

CAPITOLO 4 - La spesa per *Long Term Care*

4.1 Premessa

L'aggregato di spesa pubblica per *Long Term Care* (LTC) è definito in coerenza con le indicazioni metodologiche contenute nelle linee guida elaborate dall'OCSE, sulla base dei criteri di classificazione del *System of Health Accounts* (SHA). In particolare, l'aggregato comprende, oltre alla componente di spesa sanitaria per LTC, la spesa per interventi socio-assistenziali erogati in qualsiasi forma ed a qualsiasi livello di amministrazione¹¹⁷. Tale aggregato corrisponde, inoltre, alla definizione concordata in ambito EPC-WGA ai fini della predisposizione delle previsioni di medio-lungo periodo delle principali componenti di spesa pubblica *age-related*¹¹⁸.

Definizione di spesa per LTC

Sulla base dei suddetti criteri definitivi la spesa pubblica per LTC include, nel caso dell'Italia, le seguenti tre componenti: la componente di spesa sanitaria per LTC, le indennità di accompagnamento e gli interventi socio-assistenziali, erogati a livello locale, rivolti ai disabili e agli anziani non autosufficienti.

La spesa per LTC in Italia:

La componente sanitaria della spesa pubblica per LTC corrisponde alla voce HC.3 del sistema di classificazione SHA. Essa coincide con la corrispondente macrofunzione definita nell'ambito delle previsioni della spesa sanitaria illustrate nel capitolo 3. Viene qui riproposta al fine di fornire un quadro complessivo delle tendenze evolutive di tutte le componenti di spesa riconducibili alla nozione di LTC, siano esse di natura sanitaria o socio-assistenziale.

- la componente sanitaria

La seconda componente, riconducibile alla voce HC.R.7 del sistema di classificazione SHA, è costituita dalle indennità di accompagnamento erogate ad invalidi e ciechi civili e dalle indennità di comunicazione riconosciute ai sordomuti¹¹⁹. Si tratta, nel complesso, di prestazioni monetarie erogate in dipendenza di limitazioni psicofisiche che determinano condizioni di non autosufficienza. Questa caratteristica le rende parte integrante della spesa pubblica per LTC¹²⁰. Il riconoscimento del diritto prescinde da qualsiasi requisito reddituale del beneficiario.

- le indennità di accompagnamento

L'ultima componente, denominata "Altre prestazioni LTC", è per lo più inquadrabile nella voce HC.R.6.1 del sistema di classificazione SHA. Essa comprende prestazioni, prevalentemente in natura, erogate in via principale, se non esclusiva, dai comuni singoli o associati a favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe. Le prestazioni in natura possono essere di tipo

- le altre prestazioni LTC

¹¹⁷ Secondo le linee guida elaborate dall'OCSE, la spesa per LTC comprende le seguenti tre voci: i) HC.3, *Long term health care*, ii) HC.R.6.1, *Social services of LTC* e iii) HC.R.7, *Cash benefits related to sickness and disability*. Per maggiori dettagli, si veda OECD (2006b).

¹¹⁸ Economic Policy Committee - European Commission (2006, 2009a, 2012). In particolare, la spesa per LTC comprende tutti quegli interventi di natura assistenziale o sanitaria a favore delle persone anziane o disabili non autosufficienti, cioè non in grado di compiere, con continuità, gli atti quotidiani della vita senza un aiuto esterno.

¹¹⁹ Per maggiori dettagli sul profilo normativo relativo alle indennità di accompagnamento, si veda Appendice 1, lettera F.

¹²⁰ Si veda in proposito l'aggregato ricostruito in Comas-Herrera et al. (2003) e, successivamente, in Gori C. (2006).

residenziale o non-residenziale. Le prime vengono erogate in istituti come, ad esempio, le residenze socio-sanitarie per anziani o le comunità socio-riabilitative¹²¹. Le seconde sono erogate in strutture semi-residenziali, quali i centri diurni e i centri di aggregazione, o direttamente presso l’abitazione dell’assistito (assistenza domiciliare). Oltre alle prestazioni in natura, vi sono anche, seppure in misura minoritaria, prestazioni monetarie per lo più assimilabili alle indennità di accompagnamento¹²².

Le previsioni
aggiornate al 2012

Oltre alla consueta revisione dei valori iniziali, il modello di previsione della spesa per LTC ingloba l’aggiornamento della distribuzione della spesa sanitaria per tipologia di prestazione e, conseguentemente, delle componenti imputabili all’aggregato LTC (cap. 3), nonché l’aggiornamento dei corrispondenti profili di spesa, per sesso ed età. I tassi di disabilità, utilizzati nella stima del profilo per sesso ed età del consumo di prestazioni per LTC¹²³, sono stati calcolati sulla base dei dati desunti dall’indagine EU-SILC (*European Statistics on Income and Living Conditions*) del 2009¹²⁴. Tale scelta è stata adottata in linea con le nuove indicazioni concordate in ambito EPC-WGA, in occasione della predisposizione delle previsioni delle componenti di spesa pubblica *age-related* del 2012¹²⁵.

La spesa pubblica complessiva per LTC ammonta all’1,8% del PIL nel 2011, di cui circa due terzi erogata a soggetti con più di 65 anni. La componente sanitaria rappresenta il 46% del totale contro quasi il 43% della spesa per indennità di accompagnamento. Le altre prestazioni assistenziali coprono, invece, circa il 11%.

Nei tre paragrafi successivi, verranno analizzate separatamente le previsioni relative a ciascuna delle tre componenti della spesa pubblica per LTC. Nel paragrafo 4.5 verrà illustrata la previsione dell’aggregato complessivo di spesa con evidenziazione del contributo di ciascuna componente. Seguirà, infine, un’analisi comparata delle previsioni elaborate sulla base di differenti scenari demo-economici (§ 4.6) e di ipotesi alternative sull’evoluzione del consumo socio-sanitario (§ 4.7).

4.2 La componente sanitaria della spesa per LTC

La dimensione
dell’aggregato

La componente sanitaria della spesa per LTC comprende l’insieme delle prestazioni sanitarie erogate a persone non autosufficienti che, per senescenza, malattia cronica o

¹²¹ Istat (2010b).

¹²² Analogamente alle indennità di accompagnamento, la componente monetaria della spesa sociale dei comuni è riconducibile alla voce HC.R.7 del SHA.

¹²³ In particolare, in linea con le indicazioni concordate in ambito EPC-WGA, il profilo per età e sesso del consumo di prestazioni di LTC è scomposto nel prodotto di tre fattori: i tassi di disabilità, per età e sesso, le corrispondenti probabilità per un disabile di essere percettore di prestazione e i relativi costi medi, in rapporto al costo unitario. Per maggiori dettagli, si veda Ministero dell’economia e delle finanze – RGS (2009), box 4.1.

¹²⁴ Nell’ambito del progetto EU-SILC, l’Istat effettua, dal 2004, una rilevazione campionaria sulle famiglie inerente al “Reddito e condizioni di vita” i cui risultati confluiscono nei rapporti periodici dell’Unione Europea sulla situazione sociale e sulla diffusione della povertà nei Paesi dell’Unione. Per maggiori dettagli: www.istat.it/it/archivio/4152. In passato, la stima del tasso di disabilità è stata effettuata utilizzando i dati dell’indagine Istat sulle “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” relativi agli anni 2004-2005 e, successivamente, i dati, maggiormente confrontabili a livello europeo, derivanti dall’indagine SHARE - *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, relativi all’anno 2006.

¹²⁵ Per la stima dei tassi di disabilità, si è deciso di utilizzare la rilevazione EU-SILC in quanto ritenuta più affidabile e più aggiornata rispetto ai dati dell’indagine SHARE, precedentemente impiegata. Economic Policy Committee – European Commission (2011a), capitolo 4, p. 205.

limitazione mentale, necessitano di assistenza continuativa¹²⁶. In Italia, tale componente include, oltre all'assistenza territoriale rivolta agli anziani e ai disabili (disarticolata in assistenza ambulatoriale e domiciliare, assistenza semi-residenziale ed assistenza residenziale), l'assistenza psichiatrica, l'assistenza rivolta agli alcolisti e ai tossicodipendenti e l'assistenza ospedaliera erogata in regime di lungodegenza.

La componente sanitaria della spesa pubblica per LTC dell'anno 2011 è pari allo 0,85% del PIL, che corrisponde a circa il 12% della spesa sanitaria complessiva¹²⁷ (tab4.1).

I profili per età e sesso del consumo sanitario costituiscono un parametro essenziale del modello di previsione in quanto, interagendo con la struttura della popolazione, dimensionano l'effetto demografico sulla dinamica della spesa. Essi vengono stimati distintamente per ciascuna tipologia di prestazione.

*I profili del
consumo sanitario*

A fini espositivi, i profili del consumo sanitario per LTC possono essere aggregati in tre componenti principali a seconda dei destinatari delle prestazioni e delle modalità di erogazione. Si tratta, in particolare: dell'assistenza residenziale agli anziani e ai disabili, dell'assistenza non-residenziale rivolta alla stessa categoria di soggetti e, infine, dell'assistenza, in qualunque forma erogata, rivolta a soggetti affetti da dipendenze (alcolisti e tossicodipendenti) o patologie psichiatriche (figg. 4.2.a e 4.2.b).

L'assistenza rivolta agli anziani e ai disabili rappresenta circa due terzi della spesa sanitaria complessiva per LTC. Tale percentuale è suddivisa fra la componente erogata in forma residenziale, che ne rappresenta circa la metà, e quella non-residenziale, definita come aggregazione delle prestazioni legate all'assistenza semi-residenziale e all'assistenza domiciliare.

Come si evince dalle figure 4.2.a e 4.2.b, il profilo per età del consumo sanitario per LTC relativo all'assistenza agli anziani e ai disabili mostra valori molto elevati per gli ultrasettantacinquenni rispetto alla fascia di età 25-50 anni. Diversamente, la terza componente, relativa alle dipendenze e ai malati psichiatrici, evidenzia un consumo più elevato da parte dei più giovani rispetto agli anziani.

La figura 4.3 illustra i risultati della previsione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL, effettuata seguendo la metodologia del *pure ageing scenario* (cap.3), nelle ipotesi macroeconomiche e demografiche sottostanti lo scenario nazionale base (cap. 1). Tale rapporto passa dallo 0,85% del 2011 all'1,28% del 2060, registrando un incremento di 0,43 punti percentuali. Come per la previsione del rapporto fra la spesa sanitaria complessiva e il PIL, tale risultato può essere scomposto nel contributo esplicativo di tre fattori che misurano, rispettivamente, l'effetto delle scelte di politica economica, l'evoluzione dei tassi di occupazione e le dinamiche demografiche.

*I risultati della
previsione*

La componente demografica costituisce un fattore di forte espansione del rapporto fra spesa sanitaria per LTC e PIL (fig. 4.3.d). L'invecchiamento della popolazione, ed il conseguente aumento degli anziani, si traduce infatti in un maggior consumo di prestazioni riconducibili all'aggregato in oggetto. Tale spinta risulta solo parzialmente contrastata dall'effetto di contenimento esercitato dall'aumento del tasso di occupazione (fig. 4.3.c).

¹²⁶ Economic Policy Committee (2001) e OECD (2000).

¹²⁷ Per gli anni fino al 2008, le componenti della spesa sanitaria per LTC sono stimate sulla base delle indicazioni desunte dai modelli LA, applicando i criteri concordati nel Gruppo di lavoro interistituzionale per la classificazione della spesa sanitaria secondo l'SHA (Ministero dell'economia e delle finanze – RGS, 2008, box 4.1). Per gli anni successivi, tale aggregato viene stimato tramite l'applicazione della matrice di raccordo costi-prestazioni (Ministero dell'economia e delle finanze – RGS, 2011, box 3.2).

Vale rilevare che l'incremento della spesa sanitaria per LTC è più del doppio rispetto a quello previsto per la componente *acute*. Questo risultato dipende prevalentemente dal diverso impatto del fattore demografico sui due aggregati di spesa, in dipendenza del grado di correlazione del consumo sanitario con l'età degli assistiti. Nell'intero periodo di previsione, a partire dal 2015, il contributo del fattore demografico alla dinamica della spesa sanitaria risulta del 56% per la componente LTC contro il 23% della componente *acute*.

4.3 La spesa per le indennità di accompagnamento

La dimensione
dell'aggregato

Le indennità di accompagnamento e di comunicazione (da ora in avanti solo "*indennità di accompagnamento*") sono prestazioni monetarie erogate ad invalidi civili, ciechi civili e sordomuti¹²⁸ esclusivamente in dipendenza delle condizioni psico-fisiche del soggetto. Il numero di prestazioni in pagamento alla fine del 2011 è di circa un milione e ottocento mila unità, per una spesa che ammonta attorno allo 0,8% del PIL. Il 91% delle prestazioni è erogato a favore degli invalidi civili (totali e parziali).

I profili di spesa
per età:

- ciechi e invalidi

Come si evince dalle figure 4.2.c e 4.2.d, le indennità di accompagnamento erogate agli invalidi civili, che coprono la quasi totalità della spesa complessiva, sono fortemente correlate con l'età. Infatti, l'incidenza dei beneficiari sulla popolazione residente di pari età e sesso, nelle fasce di età fino ai 65 anni, rimane sostanzialmente stabile, per poi salire rapidamente nelle fasce di età successive. Oltre i 90 anni, l'incidenza risulta pari a circa il 37%, per i maschi, e a circa il 54% per le femmine. Incrementi altrettanto significativi, sebbene rapportati ad una dimensione più contenuta del fenomeno, si registrano per le indennità di accompagnamento dei ciechi.

- sordomuti

Diverso è, invece, il caso delle indennità dei sordomuti, per le quali il legame con l'età è sostanzialmente assente. Ciò si deve al disposto normativo in base al quale tale indennità viene erogata solo se la patologia si è manifestata entro il dodicesimo anno d'età, impedendo così il completo apprendimento del linguaggio. Vale, tuttavia, rilevare che l'incidenza sulla popolazione delle indennità per i sordomuti è estremamente bassa attestandosi, mediamente, su una percentuale inferiore allo 0,1% per entrambi i sessi.

L'indicizzazione
delle prestazioni

La figura 4.4 riporta l'andamento previsto della spesa complessiva¹²⁹ per indennità di accompagnamento in rapporto al PIL, nonché la sua scomposizione sulla base di alcuni indicatori utili ad evidenziare il contributo dei principali fattori esplicativi. Come per le componenti assistenziali della spesa pensionistica (pensione sociale e assegno sociale), l'importo delle indennità viene adeguato nel tempo sulla base di un meccanismo di indicizzazione più favorevole rispetto a quello previsto dalla normativa vigente (Appendice 1, lettera F). In particolare, l'indicizzazione viene effettuata in funzione del tasso di variazione del PIL pro capite nominale, per ragioni di coerenza con la scelta adottata per la spesa sanitaria nelle ipotesi del *pure ageing scenario*¹³⁰. Nello scenario nazionale base, tale soluzione trova

¹²⁸ Nel caso dei sordomuti, l'indennità di comunicazione può aggiungersi all'indennità di accompagnamento se ricorrono i requisiti psicofisici per cui il soggetto possa beneficiare di entrambe le prestazioni. Vale, tuttavia, rilevare che il numero di indennità di comunicazione e la relativa spesa sono alquanto modesti rappresentando, per il 2011, rispettivamente, il 2,3% e l'1% dell'aggregato.

¹²⁹ Per maggiori dettagli circa la metodologia di previsione, si veda Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2005), box 4.3.

¹³⁰ Tale ipotesi è stata adottata anche in ambito EPC-WGA a partire dal *round* di previsioni del 2009 (Economic Policy Committee – European Commission, 2009a). In precedenza si assumeva che le prestazioni per LTC, incluse quelle monetarie (*cash benefits*), fossero indicizzate in funzione della dinamica della produttività (Economic Policy Committee – European Commission, 2006).

applicazione a partire dal 2016, cioè dall'anno successivo a quello coperto dai documenti di finanza pubblica elaborati nel 2012¹³¹.

Dopo un periodo di sostanziale stabilità nel quinquennio 2011-2015 ad un livello pari a circa 0,8%, il rapporto spesa/PIL cresce in maniera costante fino a raggiungere circa l'1,6% nel 2060. L'andamento iniziale è essenzialmente imputabile all'importo medio della prestazione (fig. 4.4.b) che, limitatamente al periodo in esame, viene fatto evolvere in linea con il meccanismo di adeguamento automatico previsto dalla normativa vigente.¹³² Ciò implica, ovviamente, una riduzione del rapporto fra prestazione media e produttività.

I risultati della previsione:

La costante crescita del rapporto spesa/PIL prevista a partire dal 2016 è interamente imputabile al fattore demografico. Infatti, il rapporto tra numero di indennità ed occupati raddoppia nel periodo 2016-2060, passando dall'8,6% al 15,8% (fig. 4.4.c). Fino al 2040, tale dinamica è indotta dall'aumento dell'incidenza della popolazione anziana (65 anni ed oltre) rispetto a quella in età di lavoro (fig. 4.4.f); successivamente, essa si spiega con l'aumento della quota di popolazione ultraottantenne, caratterizzata da tassi di disabilità assai elevati¹³³. Infatti, il rapporto fra il numero di indennità e la popolazione ultrasessantacinquenne oscilla attorno al 15% fino al 2040 (fig. 4.4.d), in presenza di un indice di dipendenza degli anziani in forte crescita. Diversamente, negli ultimi 20 anni del periodo di previsione, il rapporto si impenna con un incremento di circa 4 punti percentuali, a fronte di un indice di dipendenza degli anziani sostanzialmente stabile.

- l'effetto numero

La crescita del rapporto tra numero di indennità ed occupati si trasla quasi interamente sulla dinamica della spesa in termini di PIL, in quanto il rapporto fra indennità media e produttività risulta, alla fine del periodo di previsione, sostanzialmente invariato rispetto al livello del 2015 (fig. 4.4.b). Ciò deriva dal fatto che, nel periodo 2016-2060, l'importo della prestazione viene indicizzato al PIL pro capite e sconta, quindi, sia la dinamica della produttività che quella occupazionale. Poiché i livelli occupazionali alla fine del periodo di previsione sono lievemente superiori a quelli del 2015, l'indicatore avrebbe evidenziato un contributo leggermente espansivo in termini di spesa, in assenza dell'effetto di contenimento esercitato dalla graduale riduzione degli oneri per arretrati¹³⁴. Tuttavia, nel periodo intermedio, il rapporto fra prestazione media e produttività presenta un andamento leggermente fluttuante in relazione alla dinamica occupazionale che prima è positiva, poi diventa negativa in corrispondenza della transizione demografica, ed infine torna nuovamente positiva negli anni finali.

- l'effetto importo

4.4 La spesa per “Altre prestazioni LTC”

L'aggregato “Altre prestazioni LTC” raccoglie un insieme di prestazioni eterogenee, prevalentemente in natura, erogate a livello locale per finalità socio-assistenziali rivolte ai

La dimensione dell'aggregato

¹³¹ Per il periodo precedente, si applica il meccanismo previsto dalla normativa vigente.

¹³² A ciò si aggiungono gli effetti di razionalizzazione delle procedure amministrative e delle verifiche straordinarie in materia di possesso dei requisiti, previsti dagli interventi normativi adottati nell'ultimo triennio.

¹³³ Tale incremento riflette, in particolare, il passaggio delle generazioni del *baby boom* dalla fascia di età 65-74 anni a quella successiva, dove la probabilità di ricevere un'indennità di accompagnamento risulta, in media, assai superiore a quella della fascia precedente.

¹³⁴ La previsione sconta una graduale riduzione nel ritardo medio nella liquidazione delle prestazioni, in linea con la tendenza degli anni passati. Per gli aspetti metodologici relativi alle modalità con cui il modello gestisce il ritardo medio nella liquidazione delle prestazioni, si veda Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2005), box 4.3.

disabili e agli anziani non autosufficienti. Una misura della dimensione di tale componente di spesa può essere dedotta dai conti della protezione sociale della contabilità nazionale. In particolare, le principali poste contabili attribuibili a queste prestazioni si collocano nella funzione “Assistenza” in corrispondenza dei due eventi/bisogni “Invalidità” e “Vecchiaia”. Tale aggregato comprende, tuttavia, anche prestazioni non riconducibili alla funzione LTC, quali gli indennizzi per danni di tipo biologico che, pertanto, sono stati esclusi.

Per il 2011, la spesa pubblica relativa all’insieme delle prestazioni per LTC, di natura non sanitaria e non riconducibili alle indennità di accompagnamento, viene stimata intorno a 3,3 miliardi di euro (0,2% in termini di PIL), di cui il 60% è riferibile a prestazioni di natura non-residenziale, il 23% a prestazioni di natura residenziale ed il rimanente 17% a trasferimenti in denaro¹³⁵.

*L’indagine sugli
interventi e servizi
sociali dei comuni*

Indicazioni più analitiche in termini di spesa pubblica, platea dei beneficiari e numerosità degli interventi per le prestazioni socio-assistenziali erogate a livello locale possono essere desunte dai risultati dell’indagine sugli “Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati”. Tale indagine produce, con regolarità ed in forma censuaria, informazioni articolate per territorio, per tipologia di prestazione ed area di intervento, secondo il dettaglio contemplato nel questionario di rilevazione (Appendice 2, lettera D).

I profili di spesa

La previsione di medio-lungo periodo della componente di spesa in esame è stata effettuata seguendo il medesimo approccio adottato per la componente sanitaria¹³⁶, il quale individua, come parametro fondamentale della previsione, il profilo della spesa pro capite per sesso ed età in corrispondenza delle differenti tipologie di prestazione. Tale profilo è stato così stimato:

- per quanto concerne i trasferimenti in denaro, si è fatto riferimento alla distribuzione per età e sesso delle indennità di accompagnamento (§ 4.3), nella presunzione che si tratti di prestazioni erogate con criteri simili;
- per le prestazioni residenziali si sono impiegate le informazioni provenienti dalla rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali, la quale fornisce la distribuzione per fasce di età e sesso degli ospiti dei presidi che ricevono un significativo contributo pubblico per attività socio-assistenziali¹³⁷;
- per le rimanenti prestazioni in natura, quelle non-residenziali, sono stati utilizzati i dati dell’indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari¹³⁸. Tale indagine fornisce la distribuzione per fascia di età e sesso dei soggetti che hanno dichiarato di aver ricevuto assistenza domiciliare a carattere non esclusivamente sanitario.

I profili stimati per ciascuna delle tre tipologie di spesa sono illustrati nelle figure 4.2.e e 4.2.f. Il consumo pro capite specifico per sesso ed età è espresso in termini del valore medio riferito all’intera popolazione. Dato che questo genere di prestazioni è rivolto prevalentemente

¹³⁵ In questa componente rientrano sia i contributi economici erogati direttamente agli utenti, sia i contributi erogati ad altri soggetti perché forniscano servizi con agevolazioni sui ticket, sulle tariffe o sulle rette a particolari categorie di utenti. Rientra in questa sezione anche l’integrazione (o il pagamento per intero) delle rette per prestazioni residenziali o semiresidenziali in strutture di cui il comune non sia titolare. Pertanto sono una quota, peraltro residuale, dei trasferimenti in denaro corrisponde a prestazioni sociali in denaro, in quanto la parte preponderante afferisce a prestazioni sociali in natura.

¹³⁶ Ministero dell’economia e delle finanze – RGS (2005), box 4.3.

¹³⁷ Istat (2007b). Gli ospiti dei presidi sono stati ponderati in funzione del finanziamento pubblico medio assegnato alla rispettiva tipologia di struttura.

¹³⁸ Istat (2007a).

agli anziani, i valori corrispondenti alle età elevate risultano decisamente più elevati. Le donne presentano un consumo maggiore dei maschi, soprattutto in relazione all'assistenza residenziale ed alle prestazioni in denaro.

La previsione illustrata nella figura 4.5 è stata effettuata recependo le indicazioni dello scenario nazionale base ed assumendo, come per la spesa sanitaria, che l'evoluzione del CPS sia pari a quella del PIL pro capite. Tuttavia, a differenza della spesa sanitaria, quest'ultima ipotesi viene applicata già a partire dal primo anno di previsione.

I risultati mostrano che, nel periodo di previsione, l'incidenza della spesa sul PIL quasi raddoppia, rispetto al livello iniziale, attestandosi poco al di sotto dello 0,4% nel 2060. La crescita è prevalentemente legata alla dinamica del fattore demografico¹³⁹ (fig. 4.5.d). Esso produce un effetto espansivo che porterebbe, in assenza di altri fattori compensativi, ad un incremento del rapporto spesa/PIL di circa una volta e mezza il valore iniziale tramite un duplice effetto che opera sulla spesa e sul PIL. Gli andamenti dei rispettivi indicatori sono illustrati, rispettivamente, nelle figure 4.5.e e 4.5.f. L'effetto di contenimento più significativo è quello esercitato dalle ipotesi occupazionali (fig. 4.5.c) che, alla fine del periodo di previsione, limitano l'incremento del rapporto spesa/PIL di circa il 20%.

*I risultati della
previsione*

4.5 La previsione della spesa totale per LTC nello scenario nazionale base

In questo paragrafo vengono presentate le previsioni della spesa pubblica complessiva per LTC, ottenute aggregando i risultati relativi alle singole componenti descritte nei paragrafi precedenti. Tuttavia, prima di passare all'analisi delle previsioni, è opportuno fornire alcuni ulteriori elementi informativi riguardo alla struttura e alla composizione dell'aggregato.

La tabella 4.1 elenca le diverse tipologie di prestazioni che concorrono alla formazione della componente sanitaria della spesa per LTC, con evidenziazione dei corrispondenti livelli di spesa. Dal raffronto emerge che quasi due terzi di essa sono riconducibili all'assistenza sanitaria territoriale. Nella tabella 4.2, invece, è riportato il contributo alla spesa complessiva per LTC di ciascuna delle tre componenti descritte nei paragrafi precedenti: circa il 50% della spesa è imputabile alla componente sanitaria ed il 40% alle indennità di accompagnamento. Inoltre, la tabella evidenzia che più dei due terzi della spesa sono rivolti agli anziani non autosufficienti, con oltre 65 anni. Tale percentuale risulta più elevata per le indennità di accompagnamento e le altre prestazioni LTC e più contenuta per la componente sanitaria.

Al fine di favorire il confronto internazionale, la spesa per LTC può essere opportunamente disarticolata per macrofunzioni. In particolare, si distingue: l'assistenza domiciliare e semiresidenziale (*at home*), l'assistenza residenziale (*in institutions*) e le prestazioni monetarie (*cash benefits*). La tabella 4.3 riporta la spesa in rapporto al PIL distribuita secondo la suddetta classificazione funzionale, mentre la figura 4.1 mostra la rappresentazione grafica dei corrispondenti profili di spesa pro capite. La disaggregazione evidenzia che le prestazioni monetarie rappresentano il 45% della spesa complessiva per LTC e che, nell'ambito dei servizi, l'assistenza *at home* risulta leggermente inferiore all'assistenza *in institutions*.

¹³⁹ Come per le prestazioni sanitarie per LTC, il risultato della previsione può essere scomposto nel contributo esplicativo di tre fattori che misurano, rispettivamente, l'effetto delle scelte di politica economica, l'evoluzione dei tassi di occupazione e le dinamiche demografiche (§ 3.4).

La spesa complessiva per LTC:

La previsione ottenuta con lo scenario nazionale base è illustrata nella figura 4.6.a. La spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL passa dall'1,8% del 2011 al 3,2% del 2060. Tale aumento si distribuisce in modo pressoché uniforme nell'intero periodo di previsione.

- distribuzione per componente

Le differenze nei profili di spesa relativi alle diverse componenti determinano, nell'interazione con l'evoluzione della struttura della popolazione, alcuni effetti redistributivi lievi a livello di componente (fig. 4.6.b), e più significativi per fascia di età (fig. 4.6.c). In particolare, aumenta il peso delle indennità di accompagnamento e quello delle altre prestazioni LTC a discapito della componente sanitaria. Quest'ultima presenta una crescita di minore intensità per la presenza, al suo interno, di prestazioni che non sono strettamente legate all'invecchiamento (malati psichici e dipendenti da alcool e droghe).

- distribuzione per età

In relazione alla struttura per età, si registra una crescita della quota di spesa destinata agli ultraottantenni la quale passa dal 45% del 2010 a circa il 70% del 2060. Questo spostamento di risorse avviene prevalentemente a discapito della fascia di età 0-64 anni.

Confronto con il precedente aggiornamento

Come si evince dalla figura 4.7.a, la previsione aggiornata (aggiornamento 2012) del rapporto spesa/PIL si colloca ad un livello leggermente inferiore a quella rappresentata nel precedente Rapporto (aggiornamento 2011) per quasi tutto il periodo di previsione per poi convergere, attorno al 2060, su un valore sostanzialmente equivalente pari a circa il 3,2%.

4.6 La previsione della spesa per LTC nello scenario EPC-WGA *baseline*

Analogamente allo schema adottato per le altre componenti della spesa sociale, la previsione dello scenario nazionale base viene posta a confronto con quella che scaturisce dall'adozione delle ipotesi macroeconomiche e demografiche sottostanti lo scenario *baseline* definito in ambito EPC-WGA (cap. 1). Entrambe le previsioni adottano le ipotesi del *pure ageing scenario* e sono effettuate con il modello della RGS. Pertanto, le differenze nei risultati dipendono esclusivamente dalle ipotesi di scenario.

Le ipotesi sul CPS per LTC

Per il periodo successivo al 2015, il CPS delle diverse componenti che concorrono alla spesa complessiva per LTC viene fatto evolvere in funzione della variazione nominale del PIL pro capite, coerentemente con la scelta operata per la spesa sanitaria. Come per lo scenario nazionale base, la previsione EPC-WGA mantiene invariati nel tempo i profili di spesa per sesso, età e tipologia di prestazione.

I risultati

Il confronto fra le previsioni del rapporto spesa/PIL ottenute adottando lo scenario nazionale base e quello EPC-WGA *baseline* è riportato nella figura 4.7.b. Nel medio-lungo termine, la previsione corrispondente allo scenario nazionale base (curva in grassetto) si colloca, a partire dal 2025, al di sopra della curva relativa allo scenario EPC-WGA (curva sottile), segnando uno scostamento crescente nel tempo. Alla fine del periodo di previsione, la differenza si attesta attorno a 0,2 punti percentuali. Poiché il valore iniziale del rapporto spesa/Pil coincide nelle due previsioni, la divergenza progressivamente accumulata nel lungo periodo scaturisce dalla diversa evoluzione della struttura demografica e, soprattutto, dalla diversa composizione della dinamica di crescita del PIL, in termini di occupazione e produttività.

4.7 La previsione della spesa per LTC nelle ipotesi del *reference scenario*

I risultati finora esaminati derivano dall'applicazione delle ipotesi di evoluzione del consumo di prestazioni per LTC sottostanti la definizione del *pure ageing scenario*. Pertanto, essi scontano i soli effetti diretti imputabili alle dinamiche demografiche. Tuttavia, come per la spesa sanitaria, altri fattori possono incidere significativamente sulla dinamica della spesa per LTC. Alcuni di questi fattori, analizzati anche in ambito EPC-WGA, sono sostanzialmente speculari ad alcune delle ipotesi alternative già esaminate a proposito della spesa sanitaria.

In particolare, per quanto attiene all'effetto indotto dal miglioramento delle condizioni di salute conseguente all'aumento della speranza di vita, l'ipotesi alternativa adottata coincide con l'applicazione "parziale" della metodologia del *dynamic equilibrium*, così come specificata nell'ambito della previsione della spesa sanitaria (§ 3.8). Tale metodologia trova applicazione per tutte e tre le componenti di spesa. Per quanto concerne, invece, la dinamica del CPS, l'aggancio alla produttività, anziché al PIL pro capite, è stata considerata come ipotesi alternativa per la componente sanitaria e per quella relativa alle altre prestazioni sociali erogate a livello locale. Diversamente, per le indennità di accompagnamento, si è mantenuto l'aggancio al PIL pro capite in quanto l'ipotesi alternativa non avrebbe molto significato, trattandosi di prestazioni monetarie¹⁴⁰.

La definizione del
reference scenario

La combinazione delle ipotesi sopra illustrate ha portato, come per la spesa sanitaria, alla definizione del cosiddetto *reference scenario*. Anche in questo caso, le ipotesi alternative considerate muovono in senso opposto, per quanto riguarda gli effetti finanziari sul rapporto spesa/PIL. Tuttavia, diversamente dalla spesa sanitaria, tali effetti trovano un livello di compensazione più limitato.

I risultati delle simulazioni sono presentati nella figura 4.8, sia nelle ipotesi dello scenario nazionale base che in quelle dello scenario EPC-WGA *baseline*. Come si evince dai grafici, nel primo caso la combinazione delle ipotesi alternative porta ad un miglioramento della dinamica della spesa per LTC che si realizza, in gran parte, nel periodo 2015-2030. Nell'ultimo decennio del periodo di previsione, le due curve presentano un'ulteriore divaricazione portando la differenza del rapporto spesa/PIL a circa 0,3 punti percentuali nel 2060.

I risultati

Nello scenario EPC-WGA *baseline*, il miglioramento del rapporto spesa/PIL risulta leggermente più contenuto. La riduzione si attesta su 0,15 punti percentuali di PIL nel 2060.

¹⁴⁰ Infatti, le altre due componenti di spesa per LTC esprimono servizi alla persona la cui produzione è, generalmente, caratterizzata da alta intensità di lavoro. Diversamente, le indennità di accompagnamento esprimono importi monetari erogati a favore del beneficiario la cui dinamica è legata a meccanismi di indicizzazione ed eventuali riallineamenti periodici.

Box 4.1 - La definizione della componente sanitaria della spesa per LTC

La distribuzione della spesa sanitaria per tipologia di prestazione viene stimata tramite la matrice costi-prestazioni applicata alla spesa sanitaria distribuita per fattore di costo. La suddetta matrice, a sua volta, è stimata sulla base dei dati rilevati tramite i modelli LA (Livelli di Assistenza) relativi all'anno 2007¹⁴¹.

L'identificazione delle prestazioni riconducibili alla componente sanitaria della spesa per LTC (funzione HC.3 del System of Health Account – SHA) è stata effettuata sulla base dei seguenti criteri di attribuzione:

- *la spesa ospedaliera per lungodegenza è inclusa nella spesa sanitaria per LTC, mentre le prestazioni relative all'assistenza integrativa e all'assistenza protesica sono classificate come prestazioni di tipo acute;*
- *la spesa per l'assistenza riabilitativa ai disabili e quella rivolta ai malati psichiatrici e tossicodipendenti è stata attribuita alla componente LTC per il 90% del totale, mentre il restante 10% è stata inclusa nella componente acute della spesa sanitaria.*
- *i costi per i servizi amministrativi sono attribuiti pro quota alle varie prestazioni, incluse quelle rientranti nell'aggregato di spesa per LTC.*

Tali criteri sono stati definiti e concordati nell'ambito del gruppo di lavoro interistituzionale che si occupa della classificazione della spesa sanitaria secondo le indicazioni metodologiche contenute nel System of Health Accounts (SHA)¹⁴².

Al momento, il gruppo di lavoro ha elaborato una prima fornitura di dati relativi alla classificazione della spesa sanitaria per gli anni 2005-2008, la quale è stata inviata agli organismi internazionali titolari della rilevazione nella prima metà del 2010. Da allora non risulta effettuato alcun aggiornamento successivo. Pertanto, la ricostruzione della serie storica della componente sanitaria della spesa per LTC, riportata nella sottostante tabella A, risulta concordante con i dati comunicati dal Gruppo di lavoro fino al 2008 mentre, per il triennio successivo, è stata stimata sulla base della matrice costi-prestazioni.

Come si evince dai valori riportati nella tabella, la stima della spesa sanitaria per LTC si attesta su un livello pari a circa 0,8-0,9 punti percentuali di PIL, nel triennio 2009-2011, in leggero aumento rispetto al valore medio di circa 0,8 punti percentuali del periodo 2005-2008.

Tab. A: spesa sanitaria per LTC in rapporto al PIL – Anni 2005-2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Spesa totale	0,82%	0,78%	0,76%	0,82%	0,86%	0,86%	0,85%
Spesa per ultrassessantacinquenni	0,46%	0,45%	0,44%	0,48%	0,51%	0,51%	0,50%

¹⁴¹ Ministero dell'economia e finanze – RGS (2011), box 3.2.

¹⁴² Il gruppo di lavoro è coordinato dal Ministero della salute ed è composto, in via aggiuntiva, da rappresentanti dell'Istat, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e della RGS. Esso ha come obiettivo la creazione di un sistema informativo di rilevazione dei flussi finanziari relativi alla spesa sanitaria coerente con la classificazione utilizzata dal SHA, la ricognizione delle fonti informative attualmente disponibili e l'individuazione delle metodologie di stima funzionali alla partecipazione dell'Italia alla rilevazione congiunta OCSE-EUROSTAT-OMS dei dati di spesa sanitaria.

Box 4.2 – Evoluzione della spesa pubblica per Long Term Care in ambito europeo: previsioni EPC-WGA 2012

La spesa per Long Term Care merita una particolare attenzione, nell'ambito dell'attività di analisi e previsione delle componenti di spesa pubblica age-related, in quanto risulta fortemente correlata con il processo di invecchiamento della popolazione. Infatti, nonostante la dimensione notevolmente più contenuta rispetto alle altre componenti di spesa, presenta un potenziale di crescita decisamente più elevato, in relazione alle trasformazioni demografiche attese per i prossimi decenni.

A tal fine, risulta utile illustrare e analizzare i risultati delle previsioni della spesa pubblica per LTC recentemente prodotte in ambito EPC-WGA per l'insieme dei paesi dell'UE e per la Norvegia pubblicate nel secondo volume del "2012-Ageing Report"¹⁴³.

L'elaborazione delle suddette previsioni ha incontrato una prima grossa difficoltà nella disponibilità dei dati di base necessari alla costruzione di aggregati omogenei di spesa. Ciò anche in ragione delle significative differenze negli assetti istituzionali preposti. Pertanto, nonostante i notevoli miglioramenti conseguiti rispetto al precedente round di previsioni del 2009, problemi di confrontabilità degli aggregati tuttora permangono.

Sul piano metodologico, inoltre, la non esaustività dei dati forniti da molti paesi membri, rispetto a quanto richiesto dalla Commissione Europea, ha reso necessarie alcune semplificazioni negli algoritmi di calcolo. In particolare, nelle previsioni elaborate in ambito EPC-WGA non è stato possibile tener conto dell'incidenza dei percettori di prestazioni monetarie per LTC in rapporto al numero dei disabili¹⁴⁴.

Nel 2010, l'Italia presenta una spesa per LTC sostanzialmente in linea con il valore medio dei paesi dell'UE con l'aggiunta della Norvegia (fig. A). Tuttavia, il valore medio risulta fortemente condizionato dall'elevata incidenza in termini di PIL della spesa sostenuta da alcuni paesi, in particolare quelli del nord Europa (Svezia, Finlandia, Paesi Bassi, Danimarca, Norvegia). Diversamente, la maggior parte degli altri paesi, inclusi la Germania e la Spagna, presentano livelli di spesa in rapporto al PIL significativamente più contenuti dell'Italia. Su livelli analoghi, o leggermente superiori, si attestano invece il Belgio, la Francia, l'Austria e il Regno Unito.

Alla fine del periodo di previsione, l'incidenza della spesa per LTC in termini di PIL si incrementa di oltre l'80%, per effetto delle tendenze demografiche, passando, per l'insieme di paesi considerati, dall'1,8% del 2010 al 3,3% del 2060. L'incremento percentuale presenta, tuttavia, significative differenziazioni fra i paesi. Nel caso dell'Italia, tale incremento risulta sensibilmente più contenuto rispetto a quello sopra indicato, cosicché il rapporto spesa/PIL si attesta ad un livello percettibilmente inferiore

¹⁴³ Economic Policy Committee - European Commission (2012), capitolo 4 e l'Appendice 2. La descrizione degli aspetti metodologici e dei parametri utilizzati è riportata in Economic Policy Committee - European Commission (2011), capitolo 8.

¹⁴⁴ In questo caso, la quasi totalità dei paesi membri non ha fornito i dati necessari all'implementazione del modello di previsione con effetti di sottostima dell'invecchiamento demografico sulla spesa (per maggiore dettaglio, si veda Economic Policy Committee - European Commission (2012), capitolo 4, pag. 201). Ovviamente, le previsioni effettuate nel presente Rapporto tengono adeguatamente conto della distribuzione per età e sesso dei percettori, sia nelle ipotesi dello scenario nazionale base che di quelle dello scenario EPC-WGA.

a quello medio, alla fine del periodo di previsione, partendo da una situazione iniziale di sostanziale parità¹⁴⁵.

Ovviamente, le variazioni in valore assoluto risentono principalmente del livello iniziale, il quale a sua volta dipende dall'assetto normativo-istituzionale del paese (fig. A.3). Ne consegue, pertanto, che i paesi del Nord Europa presentano incrementi di spesa assai consistenti, compresi fra i 2,5-4 punti percentuali di PIL, valori che corrispondono a circa 3-4 volte l'incremento previsto per l'Italia.

Fig.A: spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL per i 27 paesi membri e la Norvegia (2010-2060)

Fig. A.1: anno 2010

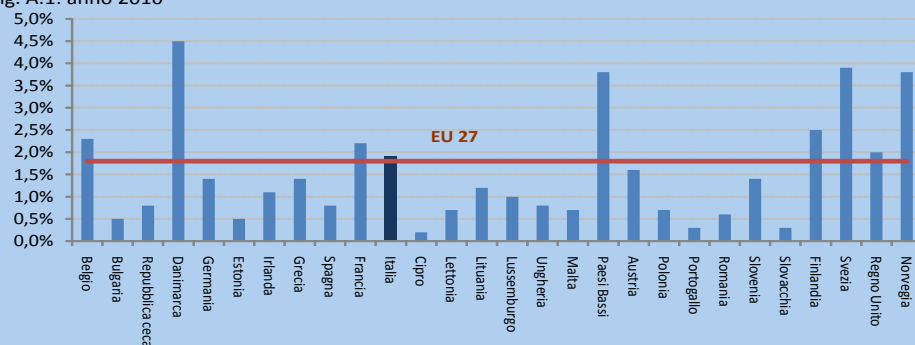


Fig. A.2: anno 2060

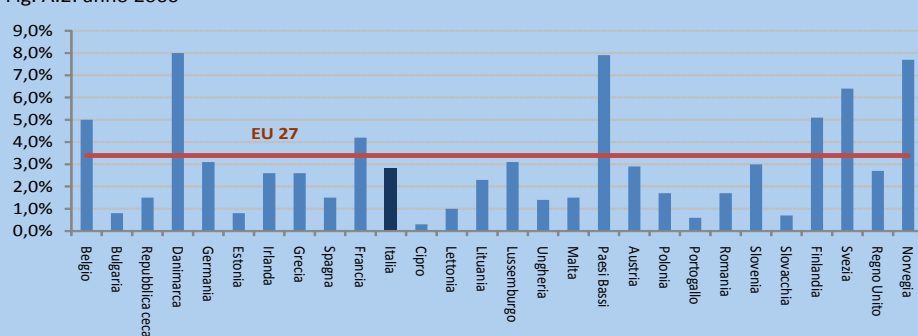
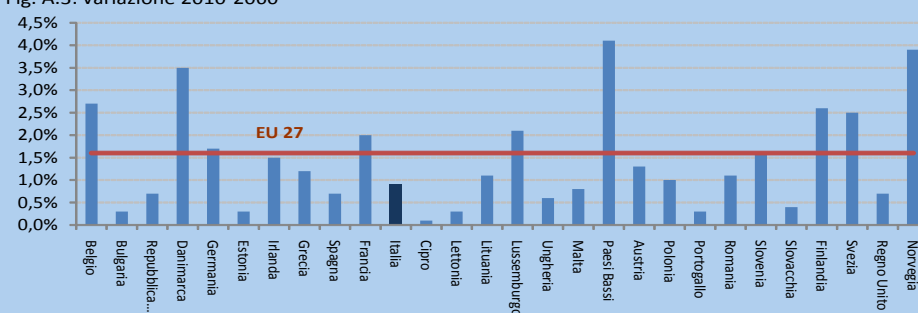


Fig. A.3: variazione 2010-2060



Fonte: Economic Policy Committee - European Commission (2012)

¹⁴⁵ La minore crescita del rapporto Spesa/PIL dell'Italia, rispetto ad altri paesi, dipende almeno in parte dal non utilizzo della struttura per età dei percettori di prestazioni monetarie nel modello di previsione della Commissione, attesa la rilevanza di tale componente nel nostro paese.

Box 4.3 – La previsione delle prestazioni assistenziali in denaro rivolte ai soggetti affetti da disabilità psicofisica

Nell'ambito degli interventi assistenziali¹⁴⁶ rivolti ai disabili, le indennità di accompagnamento (§ 4.3) e le pensioni/assegni di invalidità civile svolgono funzioni chiaramente distinte. Le prime sono prestazioni monetarie erogate a favore di soggetti non autosufficienti, cioè non in grado di compiere con continuità gli atti quotidiani della vita. Le pensioni/assegni di invalidità, invece, costituiscono una forma di intervento funzionale ad attenuare gli effetti reddituali di una riduzione nella capacità lavorativa del soggetto beneficiario¹⁴⁷. Pertanto, esse sono erogate esclusivamente a soggetti compresi nella fascia di età di lavoro e sono soggette a stringenti requisiti reddituali¹⁴⁸.

Le pensioni/assegni di invalidità civile comprendono, in realtà, due tipologie di prestazione di pari importo: le pensioni di inabilità e gli assegni mensili¹⁴⁹. La pensione di inabilità prevede un'invalidità pari al 100% ed un reddito annuo personale non superiore a 15.306 euro, mentre l'assegno viene erogato a soggetti iscritti ai Centri per l'impiego¹⁵⁰ con un'invalidità superiore al 74% e con reddito annuo personale non superiore a 4.480 euro.

Al raggiungimento del requisito minimo di età previsto per l'accesso all'assegno sociale, entrambe le pensioni/assegni di invalidità civile cessano di essere tali e si trasformano in assegno sociale (ad eccezione dei ciechi civili per i quali viene mantenuta la specifica prestazione). La rivalutazione ai prezzi segue le stesse regole previste per il sistema pensionistico obbligatorio (Appendice 1, lettera A).

Il requisito minimo di età per l'accesso all'assegno sociale è pari a 65 anni. Tuttavia, nell'ambito degli interventi di riforma del sistema pensionistico recentemente approvati (L 122/2010 e L 214/2011), è stato previsto che il suddetto requisito venga adeguato nel tempo in funzione della variazione della speranza di vita a 65 anni. La prima revisione si applicherà nel 2013, e non potrà superare i 3 mesi. Le successive revisioni sono previste nel 2016 e nel 2019 e, poi, con cadenza biennale, a partire dal 2021. Nel 2018 è previsto un ulteriore incremento di un anno al fine di consentire il pieno allineamento con il requisito di età per il pensionamento di vecchiaia. Sulla base delle ipotesi di mortalità sottostanti lo scenario demografico Istat, con base 2011, il requisito di età per l'accesso all'assegno sociale subirà un incremento cumulato, nell'intero periodo di previsione, di 5

¹⁴⁶ Si tratta di prestazioni monetarie di tipo assistenziale in quanto non si collocano all'interno di uno schema assicurativo e sono interamente a carico della fiscalità generale. Diversamente, le rendite Inail o le prestazioni erogate nell'ambito delle tutele offerte dal sistema pensionistico pubblico (pensione di inabilità e assegno ordinario di invalidità), sono prestazioni monetarie di tipo previdenziale, in quanto erogate a fronte di una specifica contribuzione.

¹⁴⁷ Tali prestazioni sono incompatibili con prestazioni analoghe offerte nell'ambito dei sistemi previdenziali quali, ad esempio, le prestazioni erogate, per le medesime finalità, dal sistema pensionistico pubblico.

¹⁴⁸ Per la pensione di invalidità civile sono richiesti: un'età compresa fra i 18 anni ed il requisito di età previsto per il conseguimento dell'assegno sociale, la cittadinanza italiana e la residenza in Italia. Ne hanno diritto anche i cittadini dell'Unione Europea e i loro familiari, residenti in Italia, che hanno svolto un lavoro dipendente o autonomo in uno degli stati membri dell'Unione. Possono fruire della prestazione anche i cittadini extracomunitari titolari di carta di soggiorno.

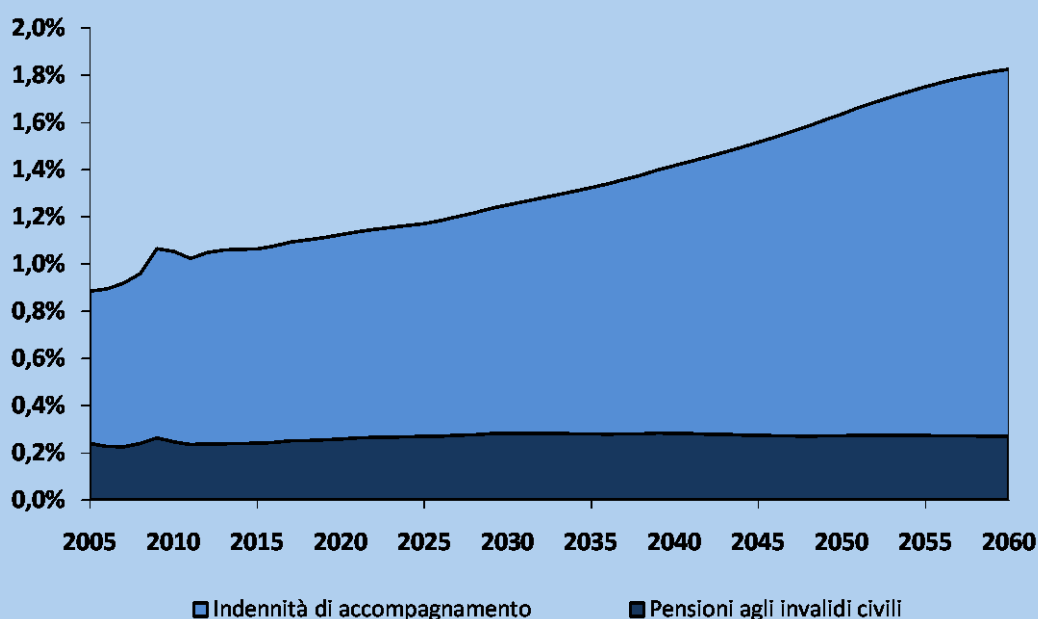
¹⁴⁹ Per entrambe le prestazioni, l'importo è pari a 260,78 euro mensili, per 13 mensilità, nel 2011.

¹⁵⁰ L'assegno viene sospeso nel caso in cui la persona disabile rifiuti di accedere ad un posto di lavoro adatto alle sue condizioni fisiche. Si prescinde dall'iscrizione per gli invalidi civili parziali che frequentano un corso di studi. L'obbligo d'iscrizione permane per gli uomini fino al compimento del 65-esimo anno di età e per le donne fino al compimento del 60-esimo anno di età.

anni e 10 mesi (di cui 4 anni e 10 mesi, imputabili alle variazioni della speranza di vita e 1 anno al riallineamento con il requisito di età per il pensionamento di vecchiaia).

I risultati della previsione della spesa per pensioni/assegni di invalidità civile in rapporto al PIL¹⁵¹ sono prospettati nella figura sottostante, assieme a quelli delle indennità di accompagnamento, già illustrati nel capitolo. Nel complesso, tali prestazioni esprimono il costo della tutela, di tipo assistenziale, rivolta ai soggetti disabili sotto forma di prestazioni monetarie. La spesa per pensioni di invalidità si attesta intorno allo 0,2-0,3% per tutto il periodo di previsione raggiungendo il livello massimo nel 2034. Al contrario, la spesa per indennità di accompagnamento, rispetto al PIL, mostra una crescita costante passando dallo 0,8% nel 2011 all'1,6% nel 2060 (fig. A). I due diversi andamenti derivano, principalmente, dalla differente dinamica della struttura della popolazione interessata. Infatti, l'invecchiamento della popolazione implica, da una parte, un aumento della popolazione anziana, e quindi della platea dei percettori di indennità di accompagnamento e, dall'altra, una sostanziale stabilizzazione della popolazione con età inferiore al requisito anagrafico minimo richiesto per l'accesso all'assegno sociale, dove si collocano i potenziali percettori delle pensioni di invalidità civile.

Fig. A: spesa per pensioni/assegni di invalidità civile ed indennità di accompagnamento (% PIL)



¹⁵¹ Sul piano metodologico, il modello utilizzato è analogo a quello elaborato per le indennità di accompagnamento. Esso si basa su una previsione del numero di percettori e dell'importo medio della prestazione. La prima variabile è determinata in funzione della popolazione, delle probabilità di invalidarsi e delle probabilità di possedere i requisiti per ottenere la prestazione; la seconda variabile viene fatta evolvere in funzione dei meccanismi di indicizzazione previsti per le prestazioni monetarie di natura assistenziale. Per una più dettagliata illustrazione del modello relativo alle indennità di accompagnamento, si veda Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2005).

Tab. 4.1: componente LTC della spesa sanitaria pubblica per Long Term Care - Stima anno 2011

Livello di spesa	Definizione	Spesa sanitaria per LTC in % del PIL	
		totale	[65+]
Assistenza sanitaria territoriale agli anziani e ai disabili		0,54%	0,43%
Ass. ambulatoriale e domiciliare	Riguarda tutti gli ambulatori, centri, consultori o servizi esistenti sul territorio distrettuale, sia direttamente gestiti che accreditati, per assicurare l'erogazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, in giorni ed orari diurni prestabiliti, ad anziani e disabili.	0,19%	0,14%
Ass. semi-residenziale	Comprende ogni tipo di assistenza in termini di cicli di cura e di programmi riabilitativi presso centri o istituti.	0,07%	0,05%
Ass. residenziale	Viene erogata in centri o istituti organizzati in modo da assicurare cure continuative, anche in caso di dimissione dall'ospedale, in regime di ricovero per periodi anche di lunga durata, nell'ambito di programmi riabilitativi.	0,29%	0,24%
Assistenza a tossicodipendenti, alcolisti e malati psichiatrici		0,25%	0,03%
Ass. ai tossico dipendenti ed alcolisti	Può essere erogata secondo diverse modalità, in forma di assistenza domiciliare, semi-residenziale o residenziale. Fornisce trattamenti di prevenzione, psicoterapeutici disintossicanti, ambulatoriali individuali o familiari (interventi di carattere psicologico, socio-riabilitativo e medico-farmacologico), riabilitazione e reinserimento psico-sociale.	0,06%	0,001%
Assistenza psichiatrica	Può essere erogata secondo diverse modalità, in forma di assistenza domiciliare (chiedendo assistenza presso i centri di salute mentale), in forma semi-residenziale o residenziale. La spesa sostenuta per questo livello di assistenza corrisponde ai costi sostenuti per tutte le prestazioni rivolte ai malati psichiatrici.	0,19%	0,03%
Assistenza ospedaliera per LTC		0,06%	0,05%
Lungodegenza ospedaliera	Sono i ricoveri di pazienti dimessi da reparti appartenenti alla disciplina lungodegenti (codice 60 nei modelli di rilevazione del Sistema Informativo Sanitario).	0,06%	0,05%
Totale assistenza sanitaria per Long term care		0,85%	0,51%

Fonte: elaborazioni sui dati del Ministero della salute (LA 2007 - LA 2008) e Istat (2012).

Tab. 4.2: componenti della spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL – Stima anno 2011

	Totale	[65+]
Componente sanitaria per LTC	0,85%	0,51%
Indennità di accompagnamento	0,79%	0,61%
"Altre prestazioni LTC"	0,21%	0,17%
Totale	1,85%	1,28%

Tab. 4.3: spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL per macrofunzione – Stima anno 2011

	Totale	[65+]
LTC - At home	0,50%	0,25%
LTC - In institutions	0,53%	0,40%
LTC - Cash benefits	0,82%	0,64%
Totale	1,85%	1,28%

Fig. 4.1: profili per età della spesa per LTC - Classificazione per macrofunzione

Valori di spesa pro capite in migliaia di euro

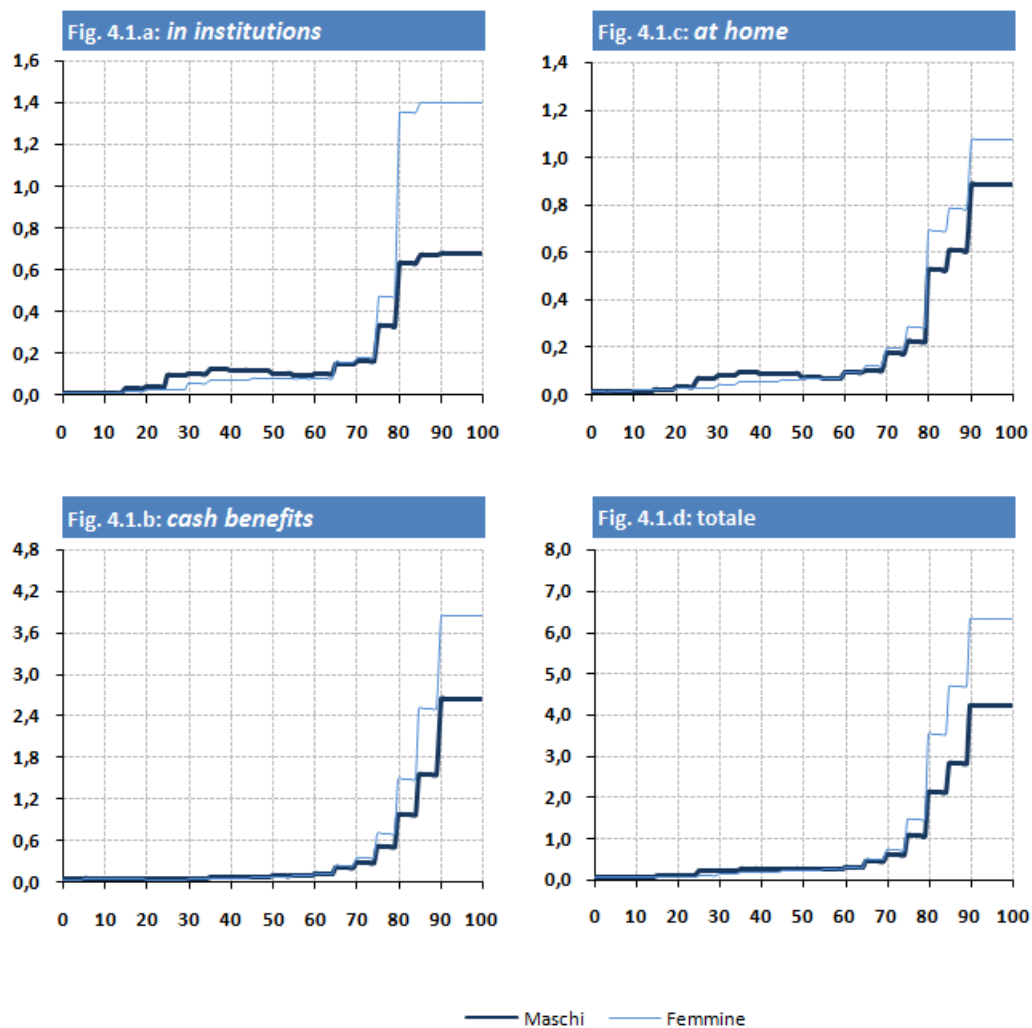
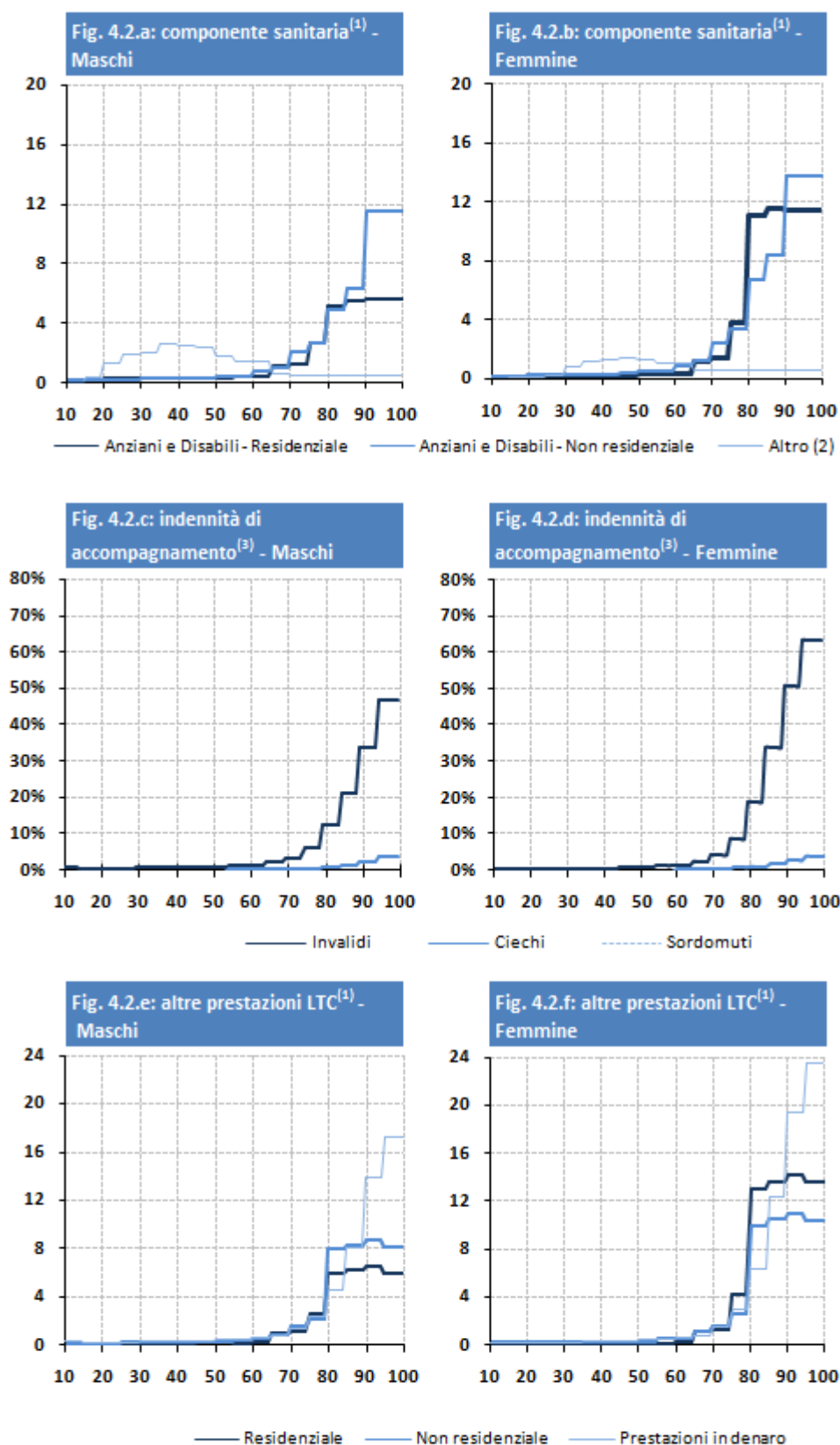


Fig. 4.2: profilo per età delle componenti di spesa pubblica per LTC

(1) Spesa pro capite per età in rapporto alla spesa pro capite complessiva.

(2) Assistenza rivolta ad alcolisti, tossicodipendenti e malati psichiatrici, in qualunque forma erogata.

(3) Rapporto fra numero di indennità e popolazione.

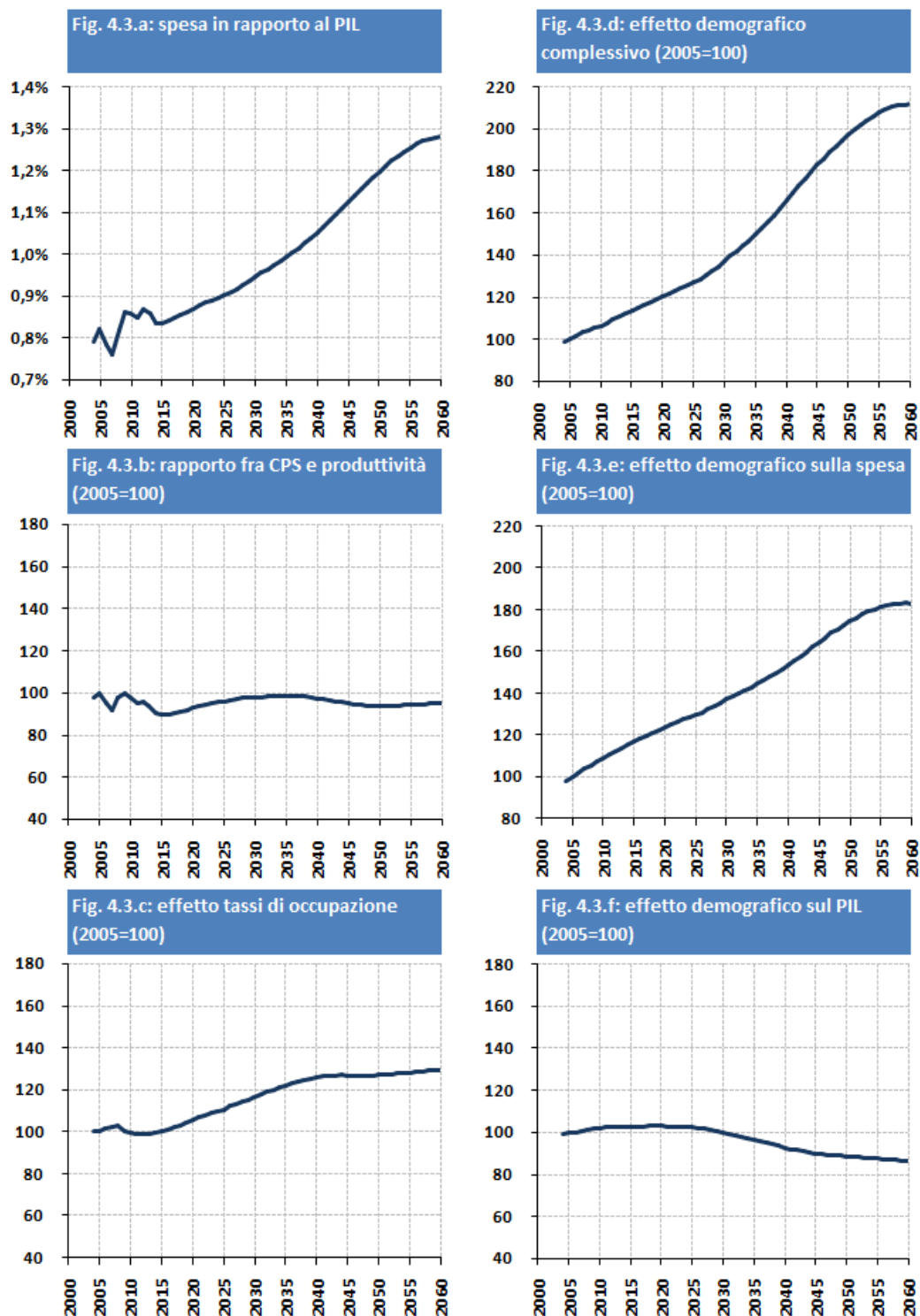
Fig. 4.3: componente sanitaria della spesa pubblica per LTC - Scenario nazionale base*Metodologia del pure ageing scenario*

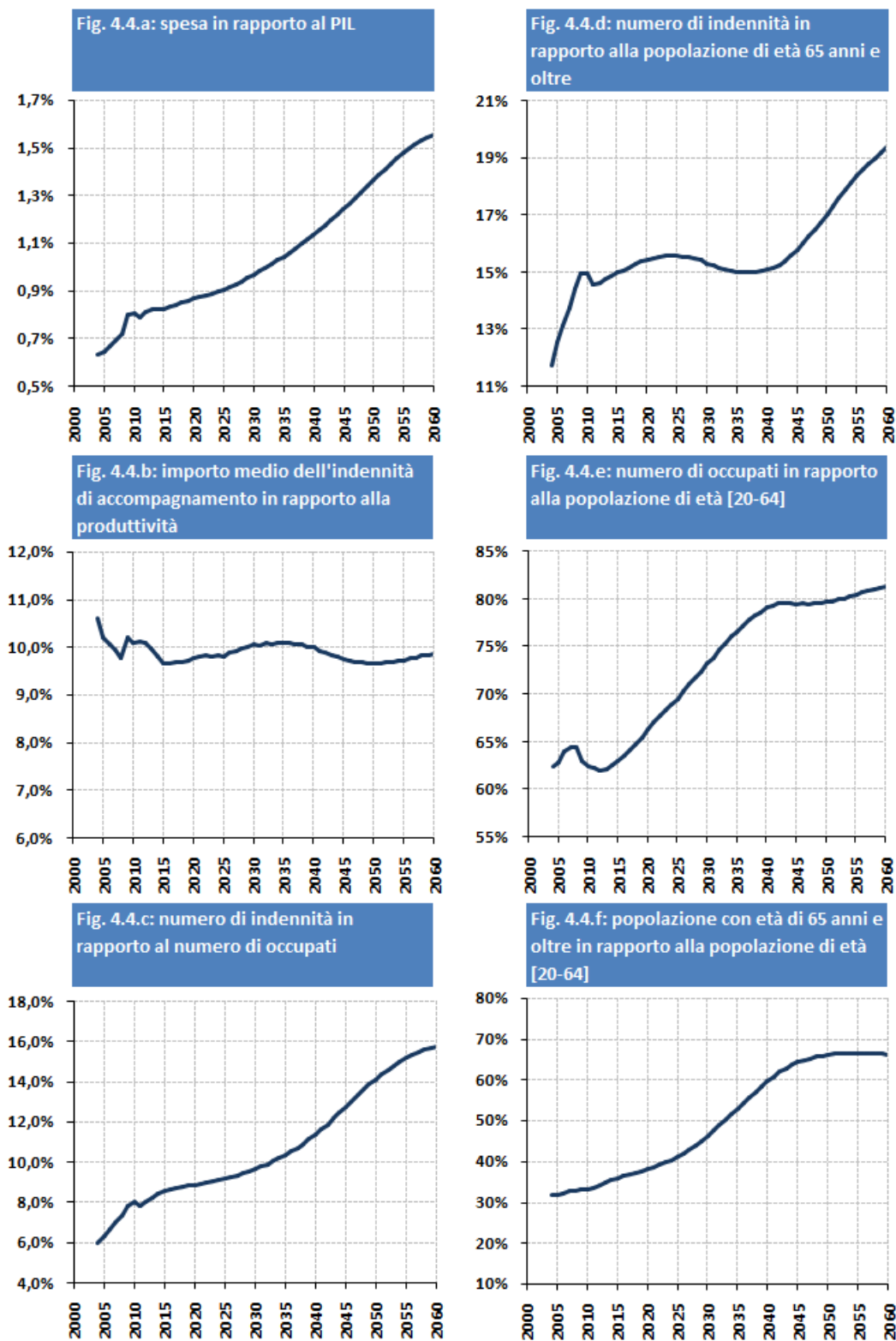
Fig. 4.4: spesa pubblica per indennità di accompagnamento - Scenario nazionale base**Metodologia del pure ageing scenario**

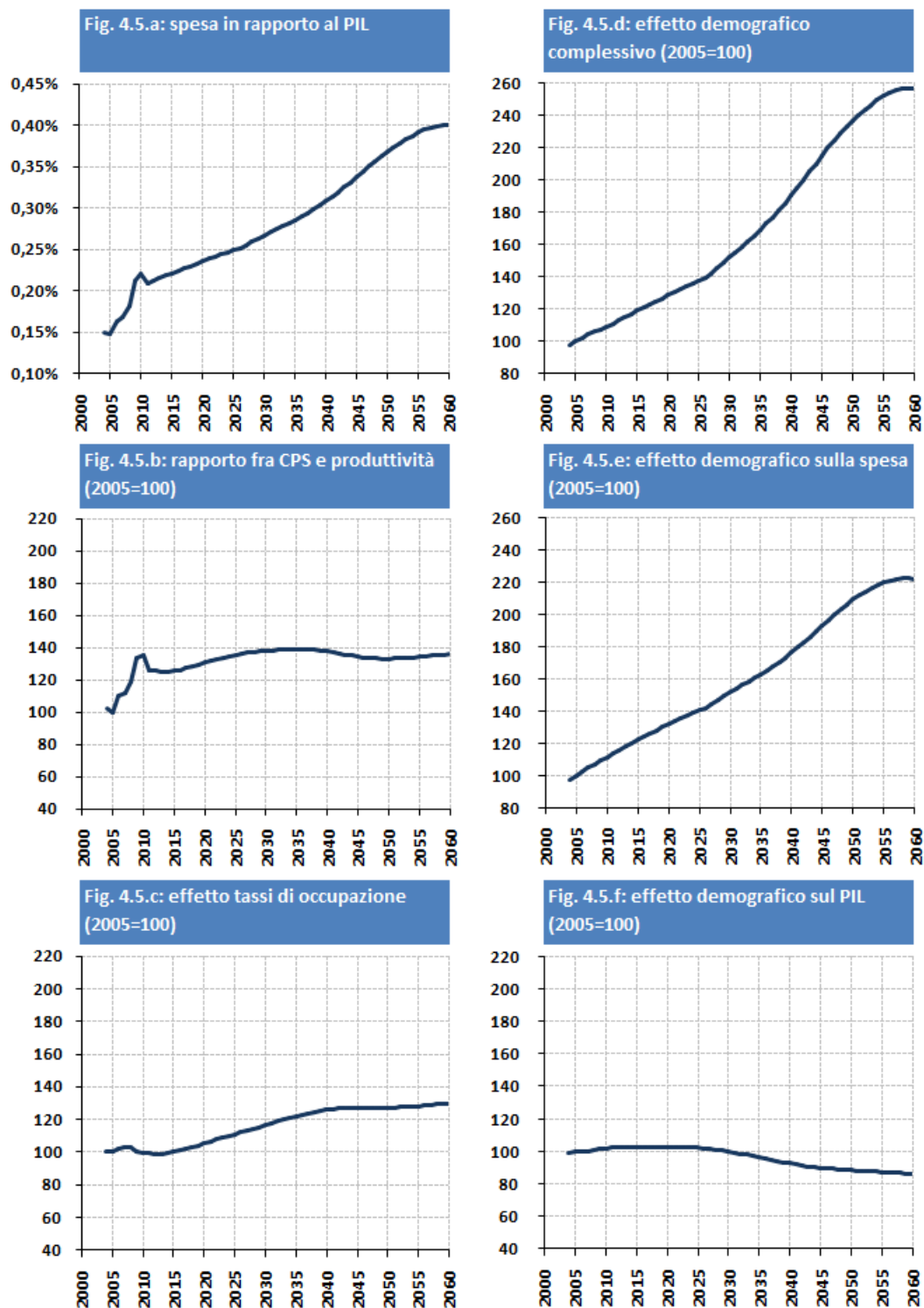
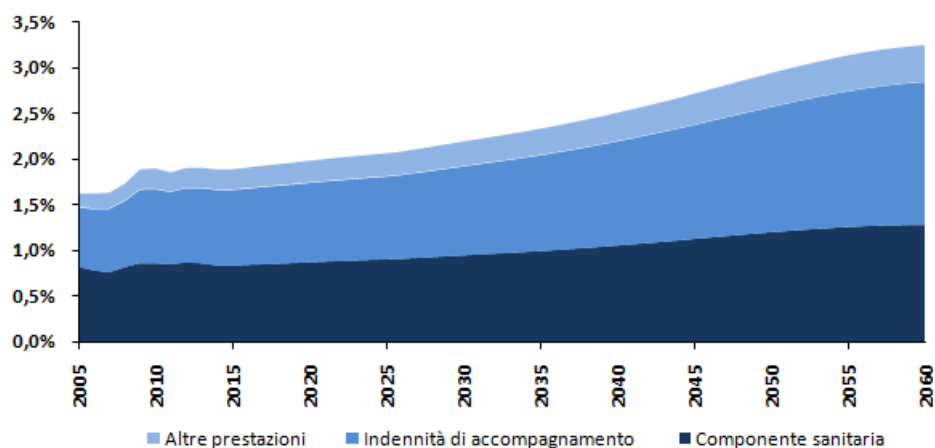
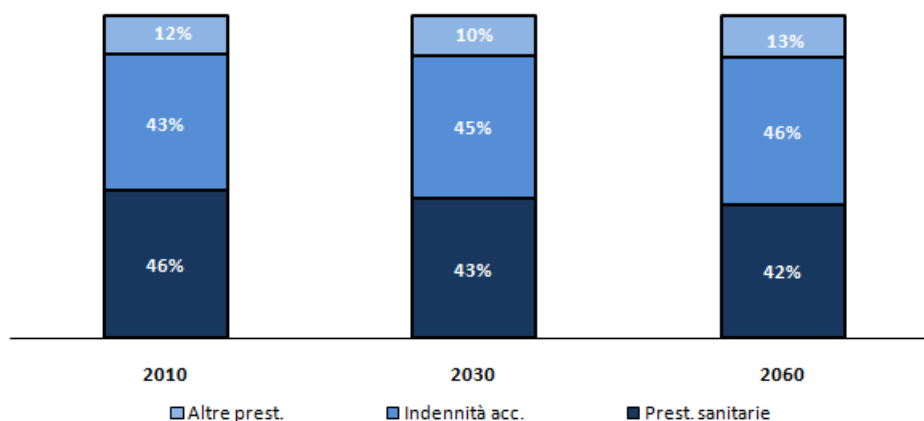
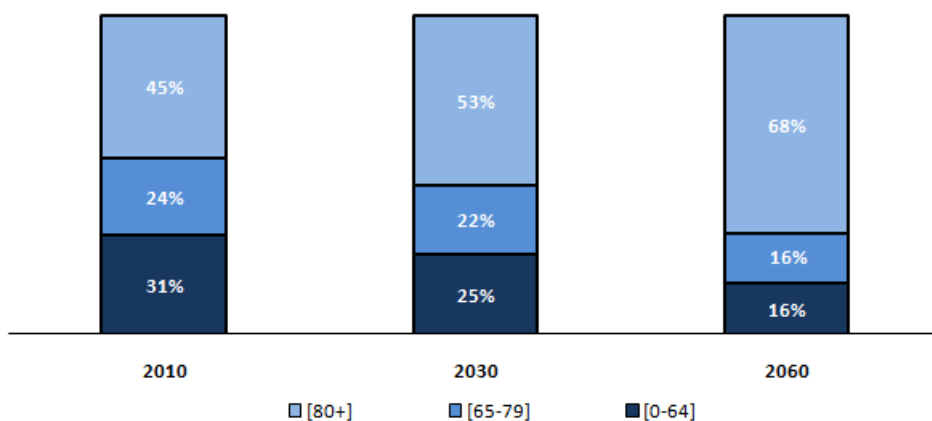
Fig. 4.5: spesa pubblica per "Altre prestazioni LTC" - Scenario nazionale base*Metodologia del pure ageing scenario*

Fig. 4.6: spesa pubblica per Long Term Care - Scenario nazionale base**Metodologia del pure ageing scenario****Fig. 4.6.a: spesa complessiva per LTC in rapporto al PIL****Fig. 4.6.b: distribuzione per componente⁽¹⁾****Fig. 4.6.c: distribuzione per fascia di età⁽¹⁾**

(1) La somma dei valori relativi alle singole componenti può non corrispondere con il totale per effetto degli arrotondamenti.

Fig. 4.7: spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL – *Pure ageing scenario*

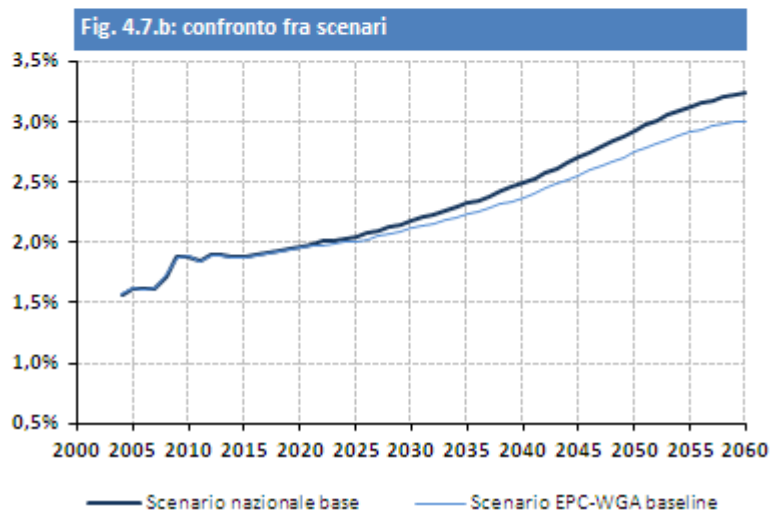
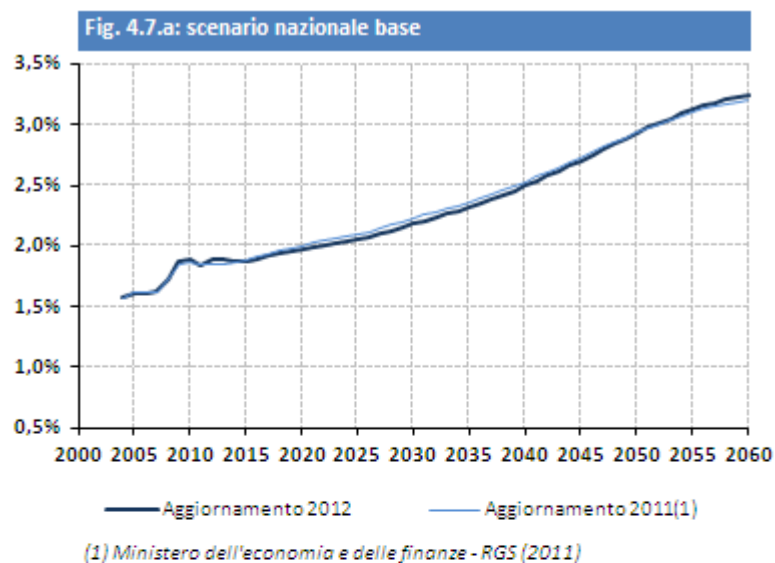


Fig. 4.8: spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL - Diverse metodologie di previsione