



Brescia,  
21/10/17

# Intermediare i costi della non autosufficienza in Italia: possibilità e condizioni di fattibilità

Giovanni Fosti  
Francesco Longo  
Elisabetta Notarnicola  
Francesco Petracca  
*Cergas - Bocconi*



# I numeri della Non Autosufficienza

Anziani non autosufficienti, per area geografica. Anni 2004-2014-previsioni 2030 e 2050 (valori in migliaia)

	2004	2014	2030	2050
Nord-Ovest	486	564	735	1.082
Nord-Est	337	460	620	953
Centro	408	511	668	1.008
Sud e Isole	820	1.059	1.448	2.091
<b>Italia</b>	<b>2.050</b>	<b>2.593</b>	<b>3.470</b>	<b>5.133</b>

Anziani non autosufficienti, % per classe d'età. Anni 2004-2014-previsioni 2030 e 2050 (valori in migliaia)

	% su anziani 65+				% su anziani 80+			
	2004	2014	2030	2050	2004	2014	2030	2050
Nord-Ovest	15,3	15,2	15,8	18,9	35,2	56,4	31,4	32,5
Nord-Est	14,9	17,5	18,2	21,7	31,1	32,3	36,8	37,8
Centro	17,4	18,7	19,4	23,3	37,8	36,2	39,6	42,0
Sud e Isole	23,3	25,6	26,6	31,9	55,5	38,6	57,7	56,9
<b>Italia</b>	<b>18,1</b>	<b>19,6</b>	<b>20,5</b>	<b>24,4</b>	<b>40,8</b>	<b>55,7</b>	<b>42,2</b>	<b>43,0</b>

**Attualmente i non autosufficienti anziani sono oltre 2.5 milioni, con una prevalenza complessiva del 19.6%, dato che cresce fino al 55.7% quando si considerano soltanto gli over80. Ipotizzando una media di 3 caregiver familiari coinvolti, sono almeno 10 milioni gli italiani interessati**



# Un sistema “overwhelming” che invade impropriamente altri ambiti di policy

Dati i numeri, la riprogettazione dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari rappresenta una priorità dell’agenda politica.

Nella LTC prevale attualmente la frammentazione ed e’ pertanto necessario fare ordine nella gestione dell’assistenza continuativa agli anziani, che attualmente «inquina»:



## Spesa Sociale dei Comuni

Circa il 47% (3.4 bil €) della spesa sociale e sociosanitaria dei Comuni è destinata ad interventi dedicati alla non autosufficienza



## Spesa SSN

11 bil € di spesa SSN (10% del totale) per interventi sociosanitari per non autosufficienti (quote sanitarie in strutture residenziali, spesa per ADI, Centri Diurni). A questa somma si deve aggiungere la spesa per ricoveri sanitari inappropriati per over 65 (nel 2013 su 7 mil di ricoveri totali, 3,2 per over 65, di cui 1,7 ripetuti)



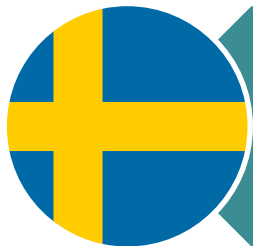
## Spesa Assistenziale INPS

17.428 milioni di euro per prestazioni di invalidità civile, di cui 13.552 milioni di euro di indennità di accompagnamento, su un totale di 25.3 bil di spesa assistenziale (Rapporto Annuale INPS 2013)



# Le esperienze di altri paesi

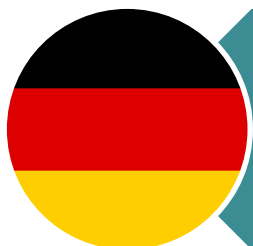
La gestione della LTC rappresenta una sfida per tutti i sistemi di welfare: se da un lato nessuno pensa di poterla coprire al 100% con risorse pubbliche, tutti i paesi stanno cercando di sterilizzarla (collocandola in un silos a parte) di modo da non consumare risorse destinate ad altri ambiti di policy



**Svezia:** le risorse destinate al settore sociosanitario sono state trasferite interamente agli enti locali per separarlo dal sistema sanitario



**Regno Unito:** tutte le prestazioni sanitarie per gli anziani, dopo 60 giorni di ricovero, diventano di competenza del settore sociosanitario



**Germania:** Costituzione già nel 1994 di un «Quinto ramo» del sistema di assicurazione sociale destinato esclusivamente alla copertura della non autosufficienza



# Risorse nazionali frammentate...

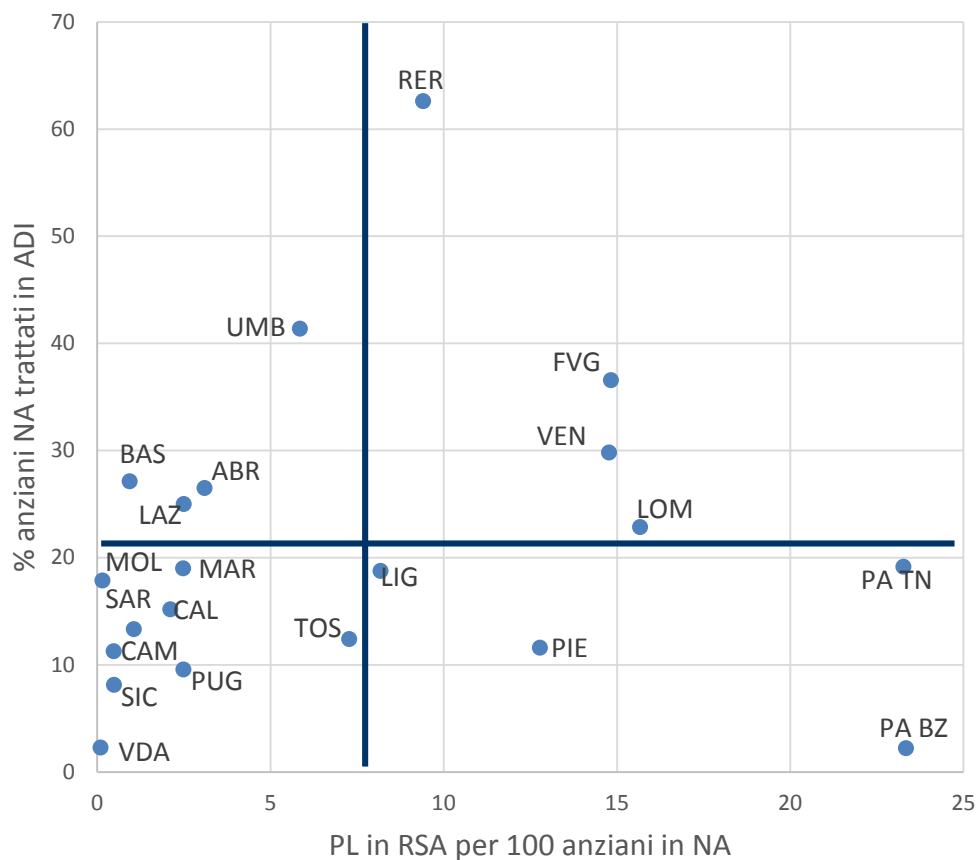
<b>SPESA PUBBLICA PER LONG TERM CARE - anno 2011</b>	<b>TOTALE, milioni di €,</b>	<b>€ PRO CAPITE sulla popolazione totale</b>
<b>Spesa per sicurezza sociale</b> (Indennità di accompagnamento, assegni di disabilità e invalidità, programmi di assicurazione per Long Term care, altre prestazioni assistenziali)	17.428 €	311€
<b>Spesa SSN</b> per interventi sociosanitari per la non autosufficienza	11.624 €	191 €
<b>Spesa Sociale dei Comuni</b> per interventi dedicati alla non autosufficienza	3.388 €	56 €
<b><i>Spesa pubblica complessiva</i></b>	<b>32.440 €</b>	<b>558 €</b>

Pur rientrando l'assistenza continuativa agli anziani tra le materie in cui la potestà legislativa spetta alle Regioni, gran parte delle risorse viene ancora gestita a livello centrale: la spesa sociale dei Comuni copre meno del 10% di spesa pubblica totale per LTC



# ...in un sistema molto eterogeneo

Percentuale di anziani non autosufficienti trattati in ADI e presso strutture residenziali, per Regione (2011)



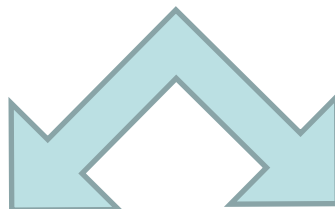
Regione	% PL RSA	% ADI	Totale
PIE	12,78	11,62	<b>24,4</b>
VDA	0,1	2,3	<b>2,4</b>
LOM	15,67	22,86	<b>38,53</b>
PA BZ	23,34	2,24	<b>25,58</b>
PA TN	23,27	19,18	<b>42,45</b>
VEN	14,77	29,82	<b>44,6</b>
FVG	14,83	36,57	<b>51,4</b>
LIG	8,18	18,79	<b>26,96</b>
RER	9,41	62,63	<b>72,04</b>
TOS	7,27	12,43	<b>19,7</b>
UMB	5,85	41,37	<b>47,22</b>
MAR	2,48	19,01	<b>21,49</b>
LAZ	2,5	25,03	<b>27,52</b>
ABR	3,1	26,52	<b>29,62</b>
MOL	0,15	17,89	<b>18,04</b>
CAM	0,48	11,28	<b>11,76</b>
PUG	2,49	9,59	<b>12,08</b>
BAS	0,94	27,13	<b>28,07</b>
CAL	2,11	15,19	<b>17,31</b>
SIC	0,49	8,16	<b>8,64</b>
SAR	1,06	13,35	<b>14,41</b>
<b>ITALIA</b>	<b>7,85</b>	<b>22,08</b>	<b>29,93</b>



# Copertura pubblica limitata

La copertura del bisogno tramite servizi reali pubblici è estremamente limitata:

- I posti disponibili in strutture residenziali sono circa 200.000. Meno del 10% degli anziani dipendenti riceve quindi servizi assistenziali e sociosanitari pubblici ad alta intensità di cura;
- Il 29% è fruitore di servizi domiciliari, ADI (22,1%) e SAD (6,9%), ad intensità assistenziale molto limitata: 2 ore mensili in media per l'ADI, 2.090€ di spesa media annua per il SAD



Nel mix di interventi **prevale la monetizzazione del bisogno:**

- Nel 2014, circa 1 milione e mezzo di anziani non autosufficienti (60%) beneficiari dell'indennità d'accompagnamento, pari a 504€ mensili
- Altre erogazioni monetarie gestite a livello comunale (assegni di cura, voucher)



Il sistema **delega ai privati un'ampia quota dell'assistenza** agli anziani:

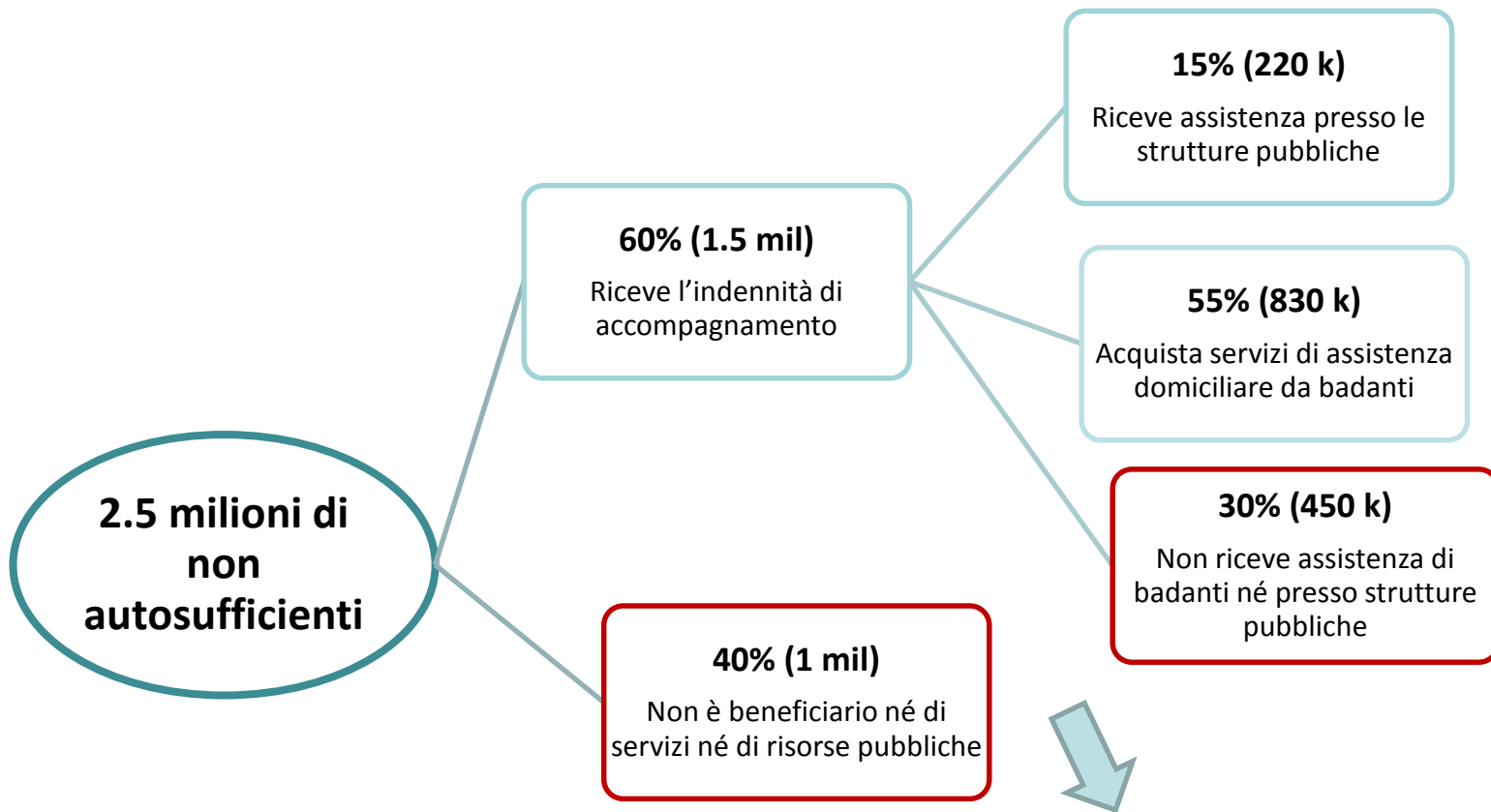
- Il numero stimato di badanti in Italia è 830.000\*, prevalentemente straniere e con contratti minimi (25 ore settimanali) rispetto alle ore lavorate effettive;
- Caregiver familiari restano un caposaldo del sistema



\*Fonte: NNA, 2015



# La situazione corrente



Quasi il 60% degli anziani non autosufficienti non riceve alcun servizio reale di natura pubblica nè li acquista sul mercato dell'assistenza privata → *Shopping around* nel resto del sistema





# Le risorse private in gioco

Le famiglie non si occupano solo di ricomporre e gestire risorse pubbliche di varia natura, ma costituiscono anche una importante fonte di finanziamento del sistema



Circa un terzo delle risorse per le cure di LTC proviene da pazienti e famiglie:

- 9,4 miliardi per assistenti familiari (assistenza prestata da lavoratori direttamente assunti dall'anziano o dalla sua famiglia);
- 4,5 miliardi per caregiver familiari (valorizzazione economica dell'assistenza informale prestata da persone che si prendono cura di un proprio familiare anziano a titolo gratuito);
- 0,2 miliardi per altra assistenza privata out-of-pocket: servizi di natura sanitaria e socio-assistenziale prestati da organizzazioni private (non- o for-profit), servizi integrativi (fondi integrativi, ecc.) e assicurativi (sulla salute, sulla vita, ecc.) acquistati direttamente dall'anziano o dalla famiglia sul mercato;
- Compartecipazione ai servizi di natura pubblica: pagamento quota sociale per servizi residenziali, SAD privato, compartecipazione Centro Diurno Integrato.

**Se la presa privata tracciabile è pari a circa 15 bil, a fronte di trasferimenti monetari dal livello centrale di circa 19 bil, è lecito supporre che ci sia una importante quota di spesa privata completamente ignota e inesplorata.**



# Un sistema fragile

L'attuale configurazione del sistema per la LTC presenta molteplici criticità:

1. **Mancanza di una solida vision** e di un coordinamento a monte → Eccessiva frammentazione: sistema di programmi indipendenti e non interdipendenti;
2. **Coesistenza di due sistemi paralleli e separati**: uno finanziato con risorse pubbliche e gestito da AUSL ed enti locali, il secondo, molto più ricco e frammentato, gestito direttamente dalle famiglie;
3. **Assenza di integrazione** tra le prestazioni esistenti e tra le risorse del sistema: prevale il consolidamento del sistema d'offerta corrente e si tralasciano i bisogni degli utenti;
4. **Prevalenza di produttori piccoli**, focalizzati su singoli setting assistenziali e che sono esclusi dal mercato privato di cura perchè non abbastanza competitivi rispetto al mercato informale
5. Enorme quantità di famiglie (1.5 milioni) che garantiscono in proprio tutta la cura senza alcun supporto esterno e quindi cercano di fare **shopping around nel resto del welfare**



- Sistema frammentato in cui **sono l'utente e la sua famiglia a doversi fare carico dell'opera di ricomposizione delle prestazioni** e delle procedure legate all'accesso ai servizi
- **Iniquità orizzontali e verticali** e livello di inclusione nel sistema che dipende dalla capacità di orientarsi e dalla casualità



# Il modello tedesco: caratteristiche (1/3)

Nel 1995 è stato introdotto in Germania il quinto pilastro del sistema di Welfare: lo schema assicurativo obbligatorio a tutela della non autosufficienza («*Pflegeversicherung*»), caratterizzato da:

- **Obbligatorietà della contribuzione:** Tutti sono obbligati ad aderire allo schema sociale, con diritto di opt-out per la fasce di reddito medio-alte che possono decidere di contrarre un'assicurazione privata;
- **Aliquota pari a 1,95%\* del reddito da lavoro**, versato in parti uguali da lavoratore e datore di lavoro. Per pensionati e disoccupati, contribuiscono l'ente previdenziale e quello che eroga l'assegno di disoccupazione;
- **Compresenza di due pilastri:** uno assicurativo, l'altro assistenziale, costituito da un insieme di politiche finanziate dal prelievo fiscale con l'obiettivo di fornire aiuto a livello economico e sociale;
- **Presenza di una compartecipazione** degli utenti per i servizi in-kind, al massimo pari al 20%, e possibilità per le famiglie di acquistare servizi aggiuntivi dagli stessi provider accreditati dalle mutue e liberamente scelti dagli utenti;
- **Scelta da parte delle famiglie** della prestazione cash o in-kind. Scelte differenti tra Lander: contesti socio-economici più poveri portano a tassi di take-up della prestazione cash superiori;
- Schema destinato a tutti gli invalidi in funzione dei bisogni di cura e indipendentemente dall'età (non riservato esclusivamente agli over 65).



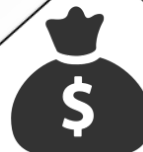
# Il modello tedesco: la selezione dell'utenza (2/3)

**Accertamento della condizione di** dipendenza e conseguente decisione circa l'eleggibilità da parte di Commissioni Mediche di Valutazione a livello nazionale (ente indipendente, senza budget)



Definizione del grado della gravità della NA su una scala che individua **3 livelli** sulla base di 4 categorie di bisogno: igiene personale, alimentazione, mobilità e faccende domestiche

Scelta dell'utente riguardo alla tipologia di prestazione da ricevere: **cash vs servizi in-kind**, suddivisi in servizi domiciliari e residenziali



Per i servizi reali, le famiglie selezionano direttamente il produttore sulla base di una **lista di erogatori accreditati** direttamente dalla singola Cassa mutua a livello locale

<b>Livello I (rilevante)</b>	Bisogno che si manifesta una volta al giorno in relazione all'igiene, all'alimentazione o ad un minimo di 2 categorie
<b>Livello II (grave)</b>	Bisogno che si manifesta almeno 3 volte al giorno relativamente ad almeno 2 categorie
<b>Livello III (gravissimo)</b>	Bisogno che si manifesta in qualsiasi orario, ogni giorno riguardo a tutte le categorie descritte dalla normativa



## Il modello tedesco: valori economici (3/3)

A seconda del livello di gravità individuato e della tipologia di prestazione prescelta, varia il corrispettivo economico del servizio:

**Ammontare mensile delle prestazioni nel modello tedesco, in € (2013)**

	Assegno di cura (Cash)	Assistenza domiciliare / Centro diurno (In kind)	Servizi residenziali (In kind)
<b>Livello I</b>	215	420	1.023
<b>Livello II</b>	420	980	1.279
<b>Livello III</b>	675	1.470	1.470



# Il caso Lombardia per costruire una simulazione

Quante risorse sarebbero necessarie per replicare un modello assicurativo sociale sulla base dell'esempio tedesco nel sistema italiano? Data la spiccata eterogeneità tra i diversi sistemi regionali, le simulazioni sono state effettuate analizzando un singolo caso regionale: la Lombardia, anche per via della disponibilità di dati più solidi sull'out-of-pocket

## Le caratteristiche del sistema per la LTC in Lombardia:

- Circa 350.000 anziani non autosufficienti, prima regione a livello nazionale;
- Elevata disponibilità di PL presso strutture residenziali: 16 PL/100 anziani dipendenti;
- ADI in linea con la media nazionale: 22% non autosufficienti trattati, intensità molto limitata;
- Principi cardine: quasi-mercato tra soggetti erogatori accreditati, libertà di scelta, centralità della famiglia;
- Stima spesa annua per LTC: 4.3 bil € (2013)

<b>Spesa regionale per servizi</b> <b>26%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quota sosia RSA</li> <li>• Quota pubblica Centri Diurni (CD)</li> <li>• Risorse pubbliche per ADI/SAD</li> <li>• Contributi badanti</li> </ul>	<b>1.117.762.032€</b>
<b>Spesa privata finanziata da risorse INPS ed assegni di cura</b> <b>28%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indennità di accompagnamento INPS               <ul style="list-style-type: none"> <li>☐ 6.048€/anno</li> <li>☐ 195.745 beneficiari in Lombardia</li> </ul> </li> <li>• Assegni di cura</li> </ul>	<b>1.194.975.260€</b>
<b>Spesa privata per compartecipazioni</b> <b>27%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quota sociale RSA</li> <li>• Compartecipazione CD</li> <li>• Copayment Utenti per SAD</li> </ul>	<b>1.128.043.694€</b>
<b>Spesa privata out of pocket</b> <b>19%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesa privata per badanti</li> </ul>	<b>822.335.906€</b>
<b>Totale</b>		<b>4.263.116.892€</b>



# La simulazione

La simulazione del costo di un sistema di assicurazione sociale per il rischio di non autosufficienza nel contesto lombardo è stata costruita secondo le seguenti ipotesi:

- I. **Orizzonte 2030:** Si è ipotizzato l'introduzione del modello in un sistema che si deve far carico di un numero di non autosufficienti cresciuto secondo le stime epidemiologiche al 2030 (130 mila non autosufficienti in più\*, per un totale di circa mezzo milione);
- II. **Classificazione nei livelli di bisogno:** si è mantenuta la stessa definizione dei livelli e la stessa suddivisione riscontrata nel 2013 in Germania: 57% nel Livello I, 31% nel Livello II, 12% nel Livello III;
- III. **Preferenze utenti:** per le scelte tra l'alternativa cash e in-kind, si sono utilizzati i dati relativi alla Baviera, considerato il Länder che, per caratteristiche sociali ed economiche, risulta più simile alla Lombardia: 44,6% prestazioni cash vs 55,4% prestazioni in-kind;
- IV. **Valore delle prestazioni:** Il valore delle prestazioni è stato definito applicando agli ammontari tedeschi una decurtazione pari al differenziale tra PIL pro-capite italiano e tedesco;
- V. **Compartecipazione ai servizi in-kind:** si è prevista una compartecipazione degli utenti mediamente pari al 20% per i servizi reali;
- VI. **Limiti alla selezione di servizi residenziali:** è stato fissato un tetto per il numero di utenti che possono scegliere i servizi residenziali, pari al numero di posti attualmente disponibile in RSA (maggiorato del 10% per tenere conto del gap temporale)



# Nuova spesa simulata del sistema

- Spesa regionale:** la spesa pubblica per servizi reali cresce leggermente in linea con le previsioni epidemiologiche per il 2030: si ipotizzano un aumento del 10% dei PL in RSA e della spesa pubblica per ADI;

**1.22 bil (+ 104 mil)**

- Spesa intermediata:**

	Numero di anziani NA		Valore mensile prestazione		Servizi Domiciliari		Servizi Residenziali		Totale
	Totale Spesa annua								
<b>Livello I</b>	126.419	170€	157.031	332€					<b>€883.505.674</b>
	<b>€ 257.893.806</b>		<b>€ 625.611.867</b>						
<b>Livello II</b>	69.893	332€	55.762	776€	31.056	1.012€			<b>€1.174.849.398</b>
	<b>€ 278.453.462</b>		<b>€ 519.225.879</b>		<b>€ 377.140.057</b>				
<b>Livello III</b>	25.903	534€			32.176	1.164€			<b>€615.416.421</b>
	<b>€ 165.987.222</b>				<b>€ 449.429.200</b>				

**2.67 bil (+ 2.67 bil)**

- Spesa privata per compartecipazioni:** Il 20% della compartecipazione resta mediamente in capo alle famiglie

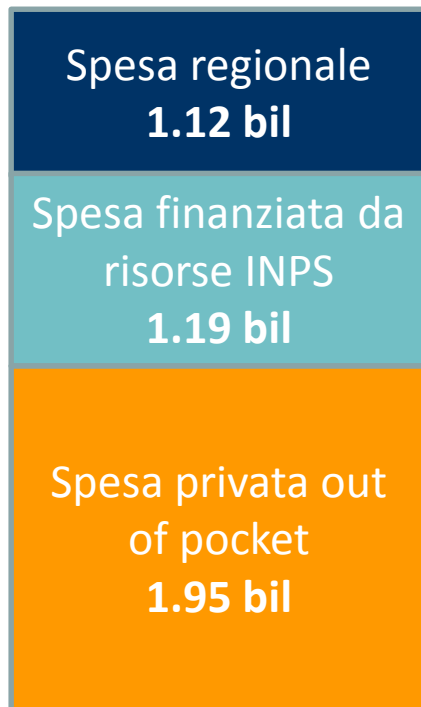
**668 mil (- 1.28 bil)**





# I differenziali di spesa

Spesa corrente del sistema  
LTC lombardo oggi



Totale: 4.26 bil

Spesa in un sistema universalistico  
di intermediazione dei costi (2030)



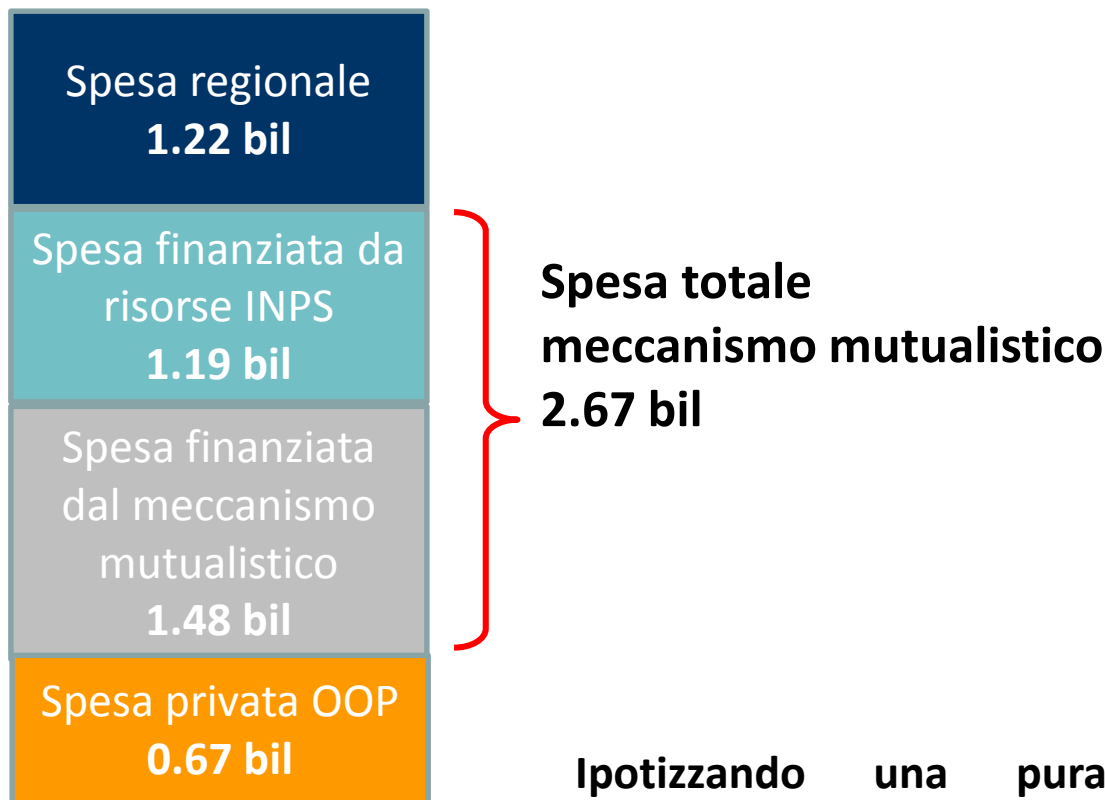
Totale: 4.56 bil

**Δ spesa: 300 milioni di euro annui**



# Nuova spesa simulata del sistema

*Spesa in un sistema di  
intermediazione dei costi*



Ipotizzando una pura ripartizione aritmetica dei 1.48 bil sui lavoratori lombardi non in tax-free area e sui pensionati autosufficienti (6.1 milioni, dato 2013), si ottiene un valore di 242€ annui procapite (20/mese)



# L'assetto istituzionale proposto

Quale assetto istituzionale potrebbe garantire la sostenibilità del modello oggetto di analisi, garantendo allo stesso tempo equità ed efficacia al sistema?



## LIVELLO CENTRALE:

Definizione dei criteri di eleggibilità, accertamento della condizione di non autosufficienza, governo generale del sistema



## LIVELLO REGIONALE:

Accreditamento dei produttori dei servizi, gestione dei fondi e successiva redistribuzione, supporto all'industrializzazione del territorio



## TERZO SETTORE LOCALE:

Produzione dei servizi



## FAMIGLIE

Selezione della prestazione che preferiscono ed eventuale scelta dei provider dei servizi in-kind



# Industrializzazione del sistema

La riorganizzazione del sistema di LTC potrebbe garantire la creazione di nuovi posti di lavoro oltre a fornire azione di contrasto contro il mercato nero.

Attualmente, circa 2/3 delle assistenti familiari (830.000, stima al ribasso) sono prive di un regolare contratto di lavoro o dotate di contratti per quantitativi di ore inferiore rispetto a quelle effettive.

Complessivamente, considerando la regolarizzazione delle assistenti familiari domestiche e la creazione di nuovi posti di lavoro per la riorganizzazione delle strutture centrali e regionali, si potrebbe formalizzare fino a 1 milione di nuovi posti di lavoro.



# Evidenze dal modello proposto

- I. Efficientamento dei modelli assistenziali: la riorganizzazione delle risorse e dei servizi in uno **schema pubblico, universalistico e redistributivo** può ricomporre le risorse attualmente disperse e promuovere un modello formale e strutturato;
- II. Razionalizzare l'uso delle risorse è necessario per garantire sostenibilità futura ad un sistema in cui gli utenti e le risorse necessarie sono destinati a crescere significativamente;
- III. Il modello proposto, oltre all'uso più razionale delle risorse, permette anche la ricalibrazione dei servizi sulla base degli effettivi bisogni, di modo da focalizzare livelli di intensità assistenziale superiori per livelli di bisogno più elevati;
- IV. Una gestione unitaria della non autosufficienza permetterebbe anche di ridurre il carico assistenziale delle famiglie, elemento particolarmente rilevante se si considerano i trend di indebolimento delle reti familiari.



# Criticità attuative

La valutazione della fattibilità di un modello di assicurazione sociale della non-autosufficienza propone molteplici spunti di discussione e criticità attuative:

- I. Come garantire la coesistenza di sistemi regionali diversi, che hanno storicamente presentato modelli di servizio differenti?
- II. Come prevedere dei correttivi regionali che tengano conto delle attuali differenze nella rete d'offerta? Necessario garantire a tutti gli utenti l'accesso a livelli di servizio simili
- III. Come gestire il passaggio dal sistema a canne d'organo attuale ad un sistema di ricomposizione organica?
- IV. Possibile ipotizzare meccanismi perequativi simili a quelli attualmente esistenti nel SSN nell'attribuzione delle risorse ai singoli SSR? Necessario correggere per le differenti capacità contributive e pesare per i rischi degli iscritti