



Roma, 11/7/16

# La sostenibilità economica dei modelli assistenziali nel medio periodo: prestazioni monetarie, sanità integrativa e assicurazioni

Francesco Longo  
*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 over 80. 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)



# Risorse nazionali frammentate...

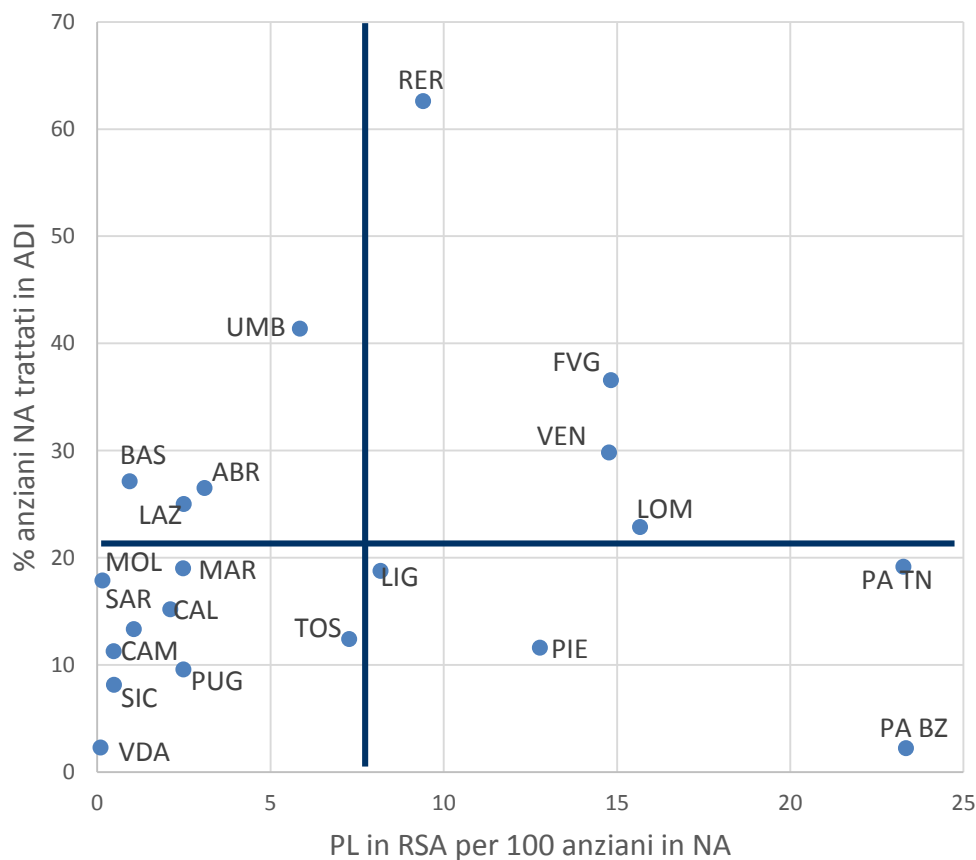
<b>SPESA PUBBLICA PER LONG TERM CARE - anno 2011</b>	<b>TOTALE, milioni di €,</b>	<b>€ PRO CAPITE sulla popolazione totale</b>
<b>Spesa per sicurezza sociale</b> (Indennità di accompagnamento, assegni di disabilità e invalidità, programmi di assicurazione per Long Term care, altre prestazioni assistenziali)	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>Spesa pubblica complessiva</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)



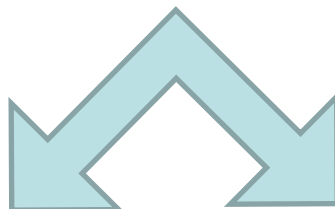
Regione	% PL RSA	% ADI	Totale
PIE	12,78	11,62	<b>24,4</b>
VDA	0,1	2,3	<b>2,4</b>
LOM	15,67	22,86	<b>38,53</b>
PA BZ	23,34	2,24	<b>25,58</b>
PA TN	23,27	19,18	<b>42,45</b>
VEN	14,77	29,82	<b>44,6</b>
FVG	14,83	36,57	<b>51,4</b>
LIG	8,18	18,79	<b>26,96</b>
RER	9,41	62,63	<b>72,04</b>
TOS	7,27	12,43	<b>19,7</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:

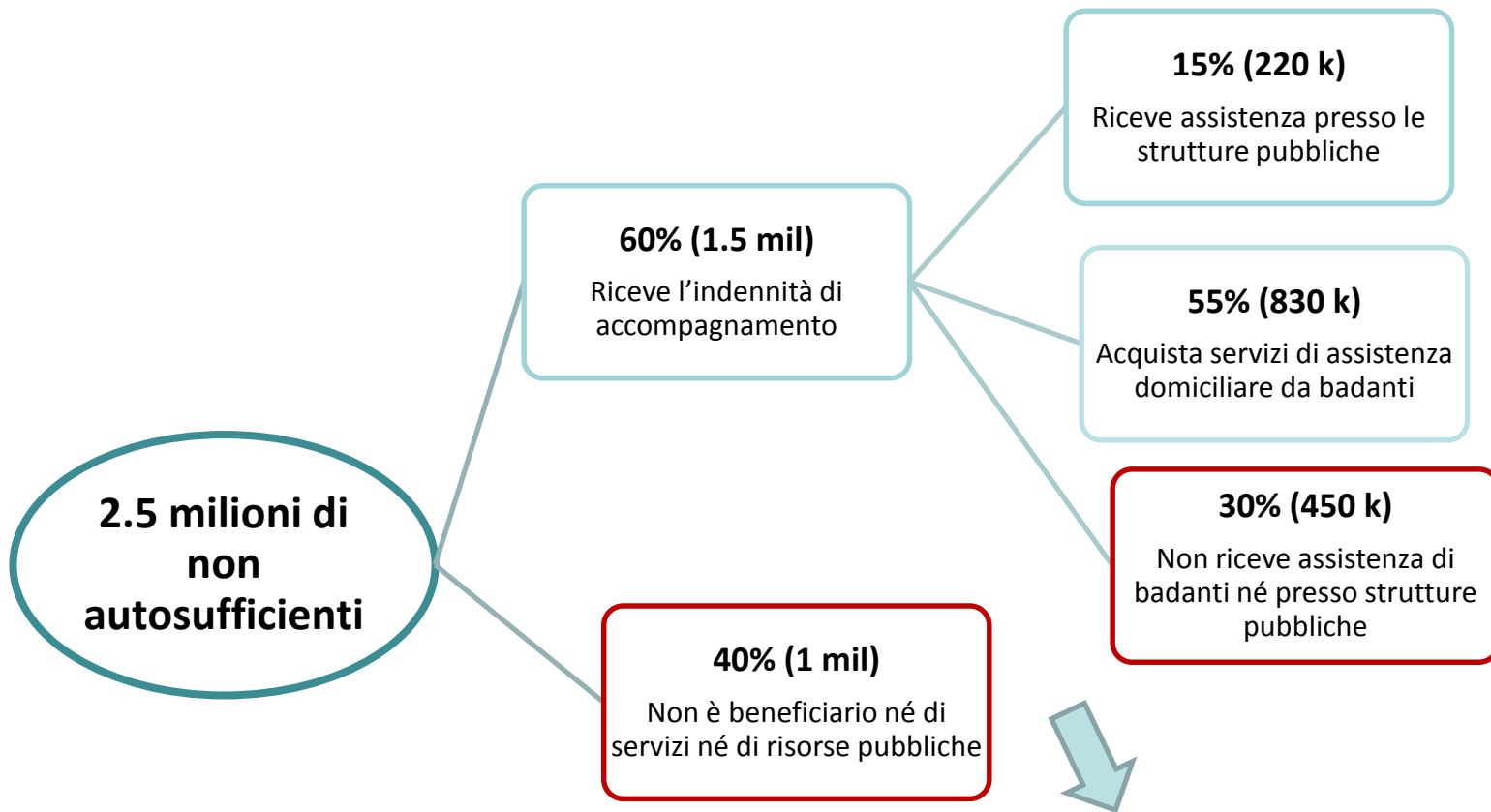
- Il numero stimato di badanti in Italia è 830.000\*, prevalentemente straniere e con contratti minimi (25 ore settimanali) rispetto alle ore lavorate effettive;
- Caregiver familiari restano un caposaldo del sistema



\*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 spesa 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**

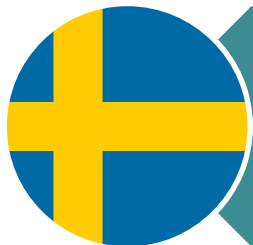


- Sistema frammentato in cui **sono l'utente e la sua famiglia a doversi fare carico dell'opera di ricomposizione delle prestazioni** e delle procedure legate all'accesso ai servizi
- **Iniquità orizzontali e verticali** e livello di inclusione nel sistema che dipende dalla capacità di orientarsi e dalla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



# 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



# Policy possibili

- I. **GENERARE DELLE PIATTAFORME LOCALI DI WELFARE DI RICOMPOSIZIONE A SUPPORTO DELLE FAMIGLIE**
  
- II. **INTRODURRE IL TEST DEI MEZZI PER ASSEGNI DI ACCOMPAGNAMENTO PER DARE IL DOPPIO DELL'IMPORTO A META' DEI NA, TRASFORMARE L'EROGAZIONE MONETARIA IN SERVIZI CON UN SISTEMA DI VOUCHER GESTITI DA PRODUTTORI ACCREDITATI**
  
- III. **RICOMPORRE LE RISORSE PER LA NA (EELL, INPS, SSN) IN UN UNICO FONDO, ON-TOPPING CON MUTUA OBBLIGATORIA PER LA NA E MODELLO VOUCHER DI SERVIZI**