



Rapporto CeRP

L'assistenza di lungo termine agli anziani non autosufficienti (LTC)

Un'analisi comparativa e prospettica con un'applicazione alla regione Piemonte

Rapporto realizzato da
Flavia Coda Moscarola
con la supervisione di Elsa Fornero

Moncalieri, maggio 2003

Indice

Introduzione e sommario	I
Capitolo 1 – La disabilità tra gli anziani in Italia: un quadro descrittivo e prospettico	
1.1. Introduzione	1
1.2. La numerosità e le caratteristiche demografiche dei disabili	1
1.2.1. Le stime ISTAT	2
1.2.2. Le stime ILSA	4
1.3. L'evoluzione attesa del fenomeno	6
Appendice	9
Capitolo 2 – L'assistenza ai disabili anziani in Italia	
2.1. Introduzione	14
2.2. Il nuovo orientamento delle politiche di sostegno dei disabili anziani (legge quadro 328/2000)	14
2.3. Il ruolo dei soggetti pubblici e privati coinvolti nella cura dell'anziano disabile	15
2.3.1. La “devoluzione” a favore degli enti locali: il modello “municipale”	16
2.3.2. Il ruolo dei soggetti privati tra attività di mercato e attività <i>no profit</i>	18
2.4. Le strutture, i servizi e i trasferimenti ai disabili	19
2.5. Costi delle prestazioni, dimensioni e fonti di finanziamento dell'intervento pubblico	22
2.6. Le dimensioni dell'intervento privato e la spesa privata per LTC	27
2.7. Il ruolo della famiglia: una caratterizzazione della figura del “ <i>care giver</i> ”	27
Appendice	35
Capitolo 3 – Una comparazione tra sistemi europei di protezione degli anziani disabili	
3.1. Introduzione	37
3.2. Indicatori utili a un confronto tra i diversi sistemi di protezione dell'anziano disabile	38
3.3. Efficacia e adeguatezza	40
3.4. Equità entro le generazioni	42
3.5. Metodi di finanziamento e sostenibilità	42
3.6. Conclusioni	43
Appendice	45

Capitolo 4 – Il mercato dell’assicurazione della cura di lungo termine (LTC)

4.1. Introduzione	58
4.2. La “dominanza” della ricchezza assicurativa	58
4.3. Il mercato LTC	59
4.3.1. I fattori frenanti dal lato dell’offerta	60
4.3.2. I fattori frenanti dal lato della domanda	63
4.4. Il mercato italiano della LTC: uno sviluppo gravato da molte incertezze	63
Appendice	67

Capitolo 5 – La domanda di *Long Term Care* a livello regionale: un’applicazione al Piemonte

5.1. Introduzione	71
5.2. Il quadro demografico piemontese comparato con la realtà nazionale	72
5.3. La domanda e l’offerta di <i>Long Term Care</i>	74
5.4. Modelli alternativi di organizzazione regionale dei servizi LTC	75
5.5. Un Fondo regionale piemontese per la non autosufficienza in età anziana	78
5.6. Un’ipotesi di progetto pilota per la stima della domanda di LTC basato su microdati (l’Asl 15 di Cuneo)	80
Appendice	84
Bibliografia	89

Introduzione e sommario*

1. Secondo le statistiche, anche nelle età anziane, le famiglie italiane continuano a risparmiare, smentendo le teorie economiche secondo le quali dovrebbero invece decumulare ricchezza. La ragione principale di tale comportamento sembra essere il risparmio precauzionale, ovvero il risparmio che si accumula in vista di futuri e imprevedibili eventi negativi. In effetti, l'incertezza è tanta, anche nella fase "inattiva" della vita. Non si tratta più, però, dell'incertezza sul posto di lavoro e sul reddito che ne deriva – ossia sul "capitale umano", secondo la terminologia economica - bensì dell'incertezza sulla durata della vita, sulle condizioni di salute e, in particolare, sulle condizioni di autosufficienza. Mentre le pensioni - oggi soprattutto pubbliche, ma in futuro anche private - forniscono una risposta al primo tipo di rischio (assicurando un flusso di risorse che sarà pagato sino a che il pensionato sarà in vita, con estensione anche ai superstiti); mentre la sanità pubblica si occupa, bene o male, del secondo, il terzo rimane ancora largamente inevaso. Con la conseguenza che esso è direttamente assorbito dalla famiglia o, quando subentrino condizioni di bisogno, dalla collettività, e quindi dai bilanci pubblici, in particolare degli enti locali.

Una delle conseguenze – forse meno discussa, ma certamente importante – dell'invecchiamento demografico è infatti rappresentata dall'incremento della frazione di popolazione anziana bisognosa di assistenza perché inabilitata, a diversi livelli di gravità, a svolgere le normali funzioni della vita quotidiana. Nella sua dimensione sociale, il problema è aggravato dal vuoto di assistenza lasciato dalla tendenziale scomparsa della tradizionale "famiglia allargata", all'interno della quale si provvedeva un tempo a questi compiti. Così com'è oggi configurato, ma soprattutto rispetto alla sua prevedibile evoluzione futura, il problema impone la ricerca di soluzioni di nuovo tipo.

Al di là della *solidarietà* richiesta per fronteggiare il presente, le statistiche e l'esperienza di altri Paesi suggeriscono che il rischio di non autosufficienza è, almeno in una certa misura, *assicurabile*. Con riguardo al futuro, pertanto, anche allo scopo di alleggerire i bilanci pubblici, si impone la ricerca di una buona configurazione per tale assicurazione, magari sulla scia delle scelte di Paesi che si sono mossi prima. E' il caso, ad esempio, della Germania, che nel 1994 ha introdotto un'assicurazione obbligatoria per l'assistenza di lungo periodo, o, come si dice in gergo tecnico, per la *Long Term Care* (LTC).

Gli interrogativi che si aprono sono assai simili a quelli che riguardano il sistema previdenziale in senso stretto, del quale si può ritenere che l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza nell'età anziana faccia parte. Meglio l'assicurazione pubblica o l'assicurazione privata? E, nel caso della prima, meglio il finanziamento con imposte o con contributi? Meglio la ripartizione (con le generazioni giovani che finanziano i trasferimenti a favore di quelle anziane) o la capitalizzazione (i giovani versano contributi che, capitalizzati ai rendimenti di mercato, saranno tradotti in prestazioni al momento in cui insorga la condizione di non autosufficienza)? Meglio una prestazione in forma monetaria o l'assistenza diretta? E, nel primo caso, con quale scansione e durata temporale? Nel secondo, meglio l'assistenza domiciliare o quella residenziale?

L'analisi di questi problemi è soltanto all'inizio, ma ha già fornito risposte persuasive in termini di superiorità del sistema misto pubblico/privato (per la consueta ragione che i difetti delle due componenti dovrebbero, almeno in parte, compensarsi); e di combinazione ripartizione/capitalizzazione, per la difficoltà del sistema privato ad assicurare il rischio di variazione dei prezzi relativi, cioè a coprire l'aumento nei costi dell'assistenza relativamente ai prezzi dei beni in generale, e la conseguente necessità che vi sia una partecipazione delle generazioni attive alla copertura dei costi.

Proprio perché si tratta di un problema serio ma non ancora "drammatizzato" sarebbe opportuno impostare una politica più attiva che faccia da raccordo tra l'intervento assistenziale pubblico e l'offerta di nuovi prodotti assicurativi da parte del mercato.

* La ricerca è stata realizzata con il contributo finanziario di San Paolo IMI e Torino Incontra.

2. All'analisi di questi problemi - con l'aggiunta di un esame comparativo della realtà di diversi Paesi europei, nell'ottica del metodo del coordinamento aperto adottato in sede comunitaria per le politiche sociali, e di una sezione focalizzata sulla regione Piemonte - è dedicata la presente ricerca. L'analisi delinea un quadro di supporto al passaggio da una politica passiva nei confronti della non autosufficienza degli anziani a una politica attiva, che non si limiti ad assistere al momento del bisogno, ma programmi gli interventi, evitando i vuoti di assistenza e di responsabilità, da un lato, ma anche l'inefficienza e le sovrapposizioni, dall'altro; che si proponga non soltanto la cura bensì, nei limiti del possibile, il recupero delle capacità perdute. Va da sé che una componente essenziale di tale politica è rappresentata dalla prevenzione, il che implica non già il limitarsi a migliorare l'offerta per soddisfare una data domanda, bensì a ricercare strumenti per contenere la stessa domanda.

La ricerca è strutturata su cinque capitoli.

i. Il primo è dedicato alla presentazione di statistiche descrittive sul fenomeno della non autosufficienza tra gli anziani, sia nella sua dimensione corrente, sia nelle proiezioni per i prossimi cinquant'anni.

Secondo dati dell'ISTAT, in Italia gli anziani con problemi di autosufficienza sono pari a poco più di 2 milioni, con un'incidenza del 10 per cento per la popolazione nella classe di età 65-74; del 20 per cento nella classe 75-79 e del 50 per cento circa nella popolazione sopra gli 80 anni. Per il futuro, le proiezioni non sembrano indicare un peggioramento di tali percentuali e anzi, grazie ai progressi della medicina e delle tecnologie di assistenza, gli scenari più realistici ipotizzano una stabilizzazione, se non addirittura una diminuzione, dei tassi di non autosufficienza. Tuttavia, l'aumento della popolazione anziana farà pur sempre aumentare sensibilmente il numero dei non autosufficienti, creando per conseguenza un problema sociale alla cui soluzione andranno dedicate risorse adeguate.

Informazioni più disaggregate dovrebbero proporsi di distinguere tra diversi livelli di disabilità, oltre che fornire una migliore caratterizzazione economico-sociale dei disabili. Tuttavia, come viene sottolineato nel rapporto, questo tipo di informazioni è soltanto all'inizio, e spesso risulta da dati amministrativi o da indagini *ad hoc* non facilmente riconciliabili con le statistiche ufficiali dell'ISTAT, ai cui scenari demografici occorre in ogni caso far riferimento per le proiezioni future. Ne consegue un limitato contenuto informativo delle stesse proiezioni, che di fatto finiscono per riflettere unicamente l'invecchiamento demografico, senza una classificazione più fine. È il caso della disabilità delle donne: in mancanza di informazioni più dettagliate sulla maggiore o minore propensione femminile a ricadere in forme varie di disabilità, il numero di donne anziane disabili previste per il futuro riflette essenzialmente la maggiore longevità femminile rispetto a quella maschile.

Il capitolo chiude pertanto con un richiamo all'importanza di superare la attuale carente disponibilità di dati, nonché la frammentazione e la scarsa comunicabilità tra le diverse fonti. Ciò è vero a livello nazionale e ancor più a livello europeo, tant'è che la fonte OCSE solitamente citata in tema di comparazione tra tassi di disabilità (Jacobzone, 1998) riporta una forte eterogeneità nei tassi di disabilità tra gli anziani dei paesi europei, la quale riflette, tuttavia, altrettanta eterogeneità nella definizione, rilevazione e classificazione del fenomeno.

ii. A partire dal numero dei disabili anziani, che rappresenta il bacino di domanda potenziale della "cura di lungo termine" (*Long Term Care*, LTC), il capitolo 2 esamina l'organizzazione del sistema di protezione degli anziani disabili in Italia distinguendo tra i diversi livelli di intervento, sia nel pubblico (dove prevale la devoluzione, con il cosiddetto modello "municipale"), sia nel privato (essenzialmente con la distinzione tra attività di mercato e attività *no profit*).

Si sottolinea anzitutto il ritardo normativo (peraltro comune ad altri paesi europei), con una legge di inquadramento generale delle politiche LTC approvata soltanto nel 2000. La legge fissa obiettivi condivisibili e delimita, con maggior chiarezza rispetto alle sovrapposizioni del passato, le responsabilità dei diversi enti locali e dei diversi attori coinvolti nel processo. La legge è tuttavia carente nel fissare

tempi, modalità e strumenti di attuazione degli stessi obiettivi, così che la probabilità che i buoni propositi restino “sulla carta” non è irrisoria.

Il Comune è già oggi, e lo sarà anche di più in futuro, l'attore principale nella organizzazione e realizzazione dell'assistenza pubblica ai non autosufficienti. Se ciò è comprensibile e positivo, data la maggiore vicinanza di questo livello di intervento rispetto agli assistiti e alle loro famiglie, con le quali è in ogni caso auspicabile una stretta cooperazione, si possono però anche creare forti disparità di servizio, non soltanto a livello nazionale, ma anche di una medesima area territoriale (provincia e regione). Sotto questo profilo, è importante che l'autorità di livello superiore fissi non soltanto generici obiettivi di sostegno agli anziani disabili, condivisibili, ma scarsamente operativi, ma fissi standard e procedure atte a realizzarli, in modo da contenere le differenze di trattamento.

Nell'ambito del privato, posta la normale preferenza dell'anziano per servizi di cura all'interno della famiglia e la minore onerosità di tale soluzione dal punto di vista sociale, il capitolo si sofferma in particolare sul ruolo del volontariato e su quello dei prestatori di cura domiciliari (*care giver* o “badanti”).

Utilizzando una banca dati europea (ECHP), viene condotta un'analisi originale sulla caratterizzazione sociale e economica del *care giver*. L'analisi, i cui risultati debbono in ogni caso essere intesi come preliminari per carenza di dati di base, è utile ai fini del disegno di politiche che si propongano efficacemente di evitare il più possibile il ricovero in presidi residenziali.

Si rileva come le motivazioni che stanno alla base della decisione di divenire *care giver* siano molteplici e combinino elementi di natura genuinamente altruistica con elementi di convenienza economica. La sfera culturale e affettiva, nonché l'obbligo morale di comportamenti solidaristici, interagiscono con variabili economiche - quali il reddito familiare e il reddito del soggetto di cui ci si prende cura - anche se le prime sembrano avere maggior peso che non le seconde. Da ciò consegue che gli effetti attesi delle dinamiche sociali in corso, ossia principalmente la maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro e il declino del modello di “famiglia allargata”, potrebbero, almeno in parte, essere contrastati da politiche volte a sussidiare economicamente l'attività di *care giving*. Se si considera il reddito da lavoro come il costo opportunità del tempo dedicato all'assistenza, incentivi economici nei confronti dell'attività di cura abbasserebbero tale costo e potrebbero influenzare positivamente la quantità di ore prestate alla cura di un disabile.

iii. Nell'ambito delle politiche sociali, delle quali il sistema di cura per gli anziani non autosufficienti è parte, l'Europa - a riprova di una nuova consapevolezza dell'inopportunità di lasciare che ciascun Paese proceda secondo proprie linee su temi di grande rilevanza sociale ed economica - ha adottato il cosiddetto metodo del coordinamento aperto, con il richiamo a un comune metodo di lavoro; l'adozione di “indicatori” atti a valutare gli effetti delle politiche di intervento; la definizione di un calendario di lavori.

Ciò significa che ciascun paese mantiene la sovranità legislativa, peraltro nell'ambito di obiettivi condivisi a livello di Unione Europea e di una metodologia di *benchmarking* tendente a indurre i “peggiori” a seguire le orme dei migliori. In questa prospettiva, il capitolo 3 cerca di individuare modelli “di assistenza” applicati a livello europeo che possano servire da esempio per le politiche italiane in fase di realizzazione. Pur con qualche approssimazione, è possibile caratterizzare cinque principali modelli di tutela della disabilità di lungo periodo, classificabili sulla base del carattere *universalistico* piuttosto che *assicurativo* (assicurazione sociale) del diritto alla prestazione; delle modalità di finanziamento (tassazione piuttosto che contributi sociali) e della subordinazione delle prestazioni ad una qualche forma di prova dei mezzi. Gli elementi di valutazione dei diversi modelli ruotano attorno ai concetti di sostenibilità finanziaria del sistema, equità e adeguatezza delle prestazioni.

Il capitolo dedica maggiore attenzione al cosiddetto modello tedesco - un modello di assicurazione sociale obbligatoria finanziato con contributi sociali e caratterizzato da un certo grado di libertà per l'assicurato di scegliere la struttura pubblica o privata presso la quale assicurarsi (di fatto tale libertà è limitata alle categorie di lavoratori ad alto reddito). L'applicabilità di tale modello - al quale ci si riferisce spesso nel dibattito politico italiano - al nostro Paese viene peraltro messa in dubbio da due ordini di

considerazioni:

- il primo riguarda la scarsa *adattabilità* di un modello di assicurazione sociale al servizio sanitario nazionale, al quale finirebbero per essere impropriamente addossati oneri più correttamente classificabili come LTC;
- il secondo attiene all'inopportunità di finanziare la LTC con contributi sociali, poiché ciò significherebbe caricare di ulteriori oneri un costo del lavoro sul quale il sistema di *welfare* già grava in modo sostanziale.

Più che adottare in modo rigido il modello tedesco, l'Italia potrebbe cercare di incorporarne gli aspetti positivi (essenzialmente l'universalità dell'assicurazione), senza però snaturare un'impostazione che invece ci avvicina maggiormente ai sistemi inglese e svedese di protezione sociale (più improntati alle prestazioni basate sul bisogno, e al finanziamento mediante tassazione, a includere anche il reddito da capitale nella base contributiva).

iv. L'esperienza europea mostra come, indipendentemente dal carattere più assicurativo o più assistenziale-redistributivo del programma di protezione degli anziani disabili, un ruolo di rilievo per l'assicurazione privata che integri quanto è erogato a livello pubblico rimane pur sempre. Il capitolo 4, pertanto, è dedicato al mercato dell'assicurazione LTC. Si parte dalla considerazione dell'apparente paradosso tra consolidati modelli economici e la realtà. I primi - nell'ambito di schemi concettuali che analizzano il risparmio come conseguenza di scelte intertemporali dei soggetti, basate sulla razionalità e sulla lungimiranza, nonché sull'efficienza dei mercati - postulano la cosiddetta *dominanza del contratto assicurativo*, che dovrebbe far preferire alle famiglie la ricchezza assicurativa a quella finanziaria e reale. L'evidenza empirica, per contro, mostra un mercato delle LTC ovunque sottile, quando non addirittura inesistente. Analogamente a quanto avviene per il più tradizionale mercato delle rendite (*annuities*), le ragioni hanno a che fare con "imperfezioni" dal lato della domanda (con comportamenti di selezione avversa e di azzardo morale) e dal lato dell'offerta (inassicurabilità del rischio aggregato di variazione nel prezzo relativo dell'assistenza, prevalenza di prodotti che prevedono la semplice erogazione di risorse monetarie, caricamenti rispetto al prezzo di equità attuariale).

Nel nostro paese, in particolare, il mercato è a uno stadio iniziale e le polizze attualmente disponibili si presentano più spesso come contratto accessorio di una forma previdenziale privata che non come polizze a sé stanti (*standalone*). Un'analisi delle caratteristiche salienti e dell'onerosità complessiva (secondo indicatori *standard* in letteratura, come la riduzione del rendimento imputabile ai costi) di tali prodotti non è stata possibile per carenza di dati. Informazioni parziali e preliminari suggeriscono però che si tratta di prodotti il cui sviluppo futuro, anche scontando il beneficio fiscale che vi è connesso, non sembra definibile all'interno di scenari brillanti. Un esercizio di simulazione volto a stimare – peraltro più come calcolo "*back of the envelope*" che secondo una procedura rigorosa – la distanza tra premi effettivi e premi attuarialmente equi sembra infatti confermare che il problema delle polizze LTC non sia principalmente un problema di prezzi, bensì di adeguatezza dei prodotti.

v. Il capitolo quinto infine contiene un inquadramento dei servizi LTC a livello regionale, con riguardo alla regione Piemonte. Si parte dalla comparazione in termini demografici tra la realtà della regione e quella media nazionale, comparazione che pone il Piemonte tra le regioni già oggi "più vecchie" e destinate a invecchiare più rapidamente in futuro. Si osserva che a dispetto di ciò il Piemonte non ha ancora adottato un chiaro e definito modello di tutela degli anziani disabili, diversamente da quanto si è verificato in altre regioni che, come il Trentino, hanno adottato il modello della fornitura diretta dei servizi o che, come la Lombardia, hanno adottato un modello "competitivo", basato sulla libertà di scelta individuale (realizzata mediante l'attribuzione di *vouchers*) e sui benefici della libera concorrenza tra fornitori di servizi. Al tempo stesso, però, quanto a tasso di copertura, cioè quanto a capacità di accoglienza delle strutture e dei servizi, la regione Piemonte risulta in posizione di relativo vantaggio rispetto alla media delle regioni italiane, ciò che dovrebbe rendere relativamente meno affannosa l'impostazione di un efficace programma di tutela degli anziani disabili.

A scopo illustrativo il capitolo contiene una stima dell'ordine di grandezza delle risorse necessarie per

garantire una copertura completa delle spese medie di cura degli anziani disabili piemontesi. Nell'ipotesi che a tale fine venga creato un apposito Fondo, l'esercizio quantifica l'onere che verrebbe richiesto per la sua costituzione. Se consideriamo come base impositiva il prodotto regionale, tale onere risulta dell'ordine di un punto percentuale del Pil, una misura che può giudicarsi contenuta e sostenibile. Per contro, ove si prospetti un finanziamento basato su contributi sociali gravanti sul solo reddito da lavoro (dipendente e autonomo), l'aliquota contributiva "di equilibrio" appare alquanto gravosa, soprattutto in considerazione del fatto che gli oneri contributivi di carattere previdenziale sono già molto consistenti.

Anche il Piemonte, d'altronde, come il resto d'Italia presenta carenze informative sulla domanda e sull'offerta complessiva di servizi di LTC particolarmente rilevanti. Allo scopo di contribuire al superamento di tale insoddisfacente livello di conoscenza, il capitolo termina con l'esposizione di sorta di progetto pilota finalizzato alla costruzione di una banca dati appropriata alla stima della domanda corrente e futura di LTC da parte della popolazione anziana disabile. Tale progetto – per ora relativo all'Asl numero 15 di Cuneo - mira alla ricongiunzione di dati provenienti da fonti amministrative diverse, in grado di dare una più puntuale rappresentazione della domanda di cura, anche in senso dinamico, essendo la banca dati in grado di seguire nel tempo le persone assistite. Anche se le aspettative generate da tale progetto pilota appaiono incoraggianti, l'applicabilità ad altre Asl del metodo proposto e l'utilità del progetto a fini di disegno complessivo e puntuale degli interventi opportuni sul piano regionale sono ancora subordinate alla sua *performance* nell'ambito della più ristretta realtà dell'Asl 15. Si tratta peraltro, a nostro avviso, di un progetto che andrebbe sostenuto, per dare concretezza al principio della *knowledge based policy* o, in termini nostrani, del "conoscere per deliberare".

Capitolo 1.

La disabilità tra gli anziani in Italia: un quadro descrittivo e prospettico

1.1. Introduzione

L'inquadramento del fenomeno della disabilità tra gli anziani in Italia, nella sua dimensione attuale e nella sua evoluzione attesa, sconta ambiguità di carattere definitorio, frammentazione nelle fonti di informazione e svariate carenze nei dati disponibili.

Seguendo la codifica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Handicap, 1980), per disabilità si intende l'incapacità a svolgere una o più attività fondamentali del vivere quotidiano (ADL) - ossia mangiare, andare in bagno, lavarsi, vestirsi e alzarsi dal letto - e/o l'incapacità di svolgere una o più importanti attività strumentali del vivere quotidiano (IADL) - come preparare i pasti, recarsi a fare la spesa, deambulare per casa, utilizzare il telefono, svolgere lavori pesanti o leggeri, prendere autonomamente le medicine e maneggiare i soldi.

Il disabile non si identifica perfettamente nella figura dell'invalido perché, almeno per quanto concerne la realtà del nostro Paese, il concetto di invalidità rimanda al diritto di percepire un beneficio economico in conseguenza di un danno biologico indipendentemente dalla valutazione complessiva di autosufficienza (*ex lege* 118/1971); e neppure si identifica con il malato cronico perché, come mostrano i dati delle indagini ISTAT¹ e dell'*Italian Longitudinal Study on Ageing* (ILSA), sebbene l'incidenza delle malattie croniche sia notevolmente più alta tra i disabili di quanto non sia tra le persone prive di disabilità, la sovrapposizione tra le due categorie non è piena².

L'informazione sulla disabilità tra gli anziani è assai lacunosa e ciò rende difficile disporre di misure univoche sul numero di disabili oggi presenti in Italia: le fonti sono poche e frammentate e neppure adottano criteri unanimi nella definizione di disabilità.

Pur con i limiti dei quali si è detto, il capitolo si propone una *survey* ragionata delle diverse fonti di informazione oggi disponibili sulla disabilità in Italia; il *focus* è ovviamente sulla disabilità tra gli anziani, anche se talvolta il riferimento è ai disabili *tout court*; si analizzano quindi le determinanti principali dell'evoluzione attesa del fenomeno e, infine, si presenta una stima della dinamica dell'incidenza del numero di disabili sulla popolazione.

1.2. La numerosità e le caratteristiche demografiche dei disabili

Le fonti di informazione di cui si dispone sono sostanzialmente due:

- l'Osservatorio sulla disabilità dell'ISTAT e
- l'*Italian Longitudinal Study on Ageing* (ILSA) del CNR.

¹ ISTAT, "Indagine su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anno 2000.

² Più in dettaglio, dall'analisi ILSA risulta che, tra le persone disabili di 65 anni e più, sebbene più del 61% dica di stare male o molto male, più del 30% dichiara invece di stare discretamente. Tra le persone della stessa età non disabili si presenta invece la situazione opposta: più del 84% sente di stare discretamente o bene, mentre solo il 15% sente di stare male o molto male. Indubbiamente quindi il disabile in media necessita di maggiori cure sanitarie rispetto al non disabile, ma è altresì vero che la figura del disabile non si può far coincidere perfettamente con la figura del malato.

Analogo discorso può essere effettuato in relazione alle malattie croniche, che sono quelle che implicano una maggior spesa per il trattamento e non vedono possibilità di cura. Nuovamente, si riscontra che l'incidenza delle malattie croniche sui disabili è sensibilmente più alta rispetto alle persone prive di disabilità, ma non può dirsi vi sia perfetta identificazione tra disabile e malato cronico.

Altre fonti potenzialmente interessanti sono infatti scarsamente utilizzabili. La prima potrebbe essere costituita dalla certificazione dell'*handicap*, come previsto dall'articolo 4 della legge n.104 del 1992; tali certificazioni, rilasciate dalle apposite commissioni istituite presso le Asl, dovrebbero costituire la più naturale fonte a cui attingere; purtroppo, come sottolineato dallo stesso nucleo di studio ISTAT dell'Osservatorio sulla disabilità (www.handicapincifre.it), si tratta di una base informativa resa inutilizzabile dal grave ritardo riportato nell'informatizzazione del sistema e dalla mancanza di uniformità nei criteri utilizzati dalle stesse Commissioni di valutazione.

Per contro, l'archivio relativo alle persone beneficiarie di una pensione di invalidità civile è accessibile (l'Inps ha istituito un apposito "Osservatorio sulle pensioni della Gestione Invalidi Civili"), ma contiene anche persone che tecnicamente non possono essere definite disabili. Il riconoscimento della condizione di invalidità cui consegue l'attribuzione dei relativi benefici economici (*ex lege* n.118 del 1971) fa infatti riferimento alla presenza di un danno biologico indipendentemente dalla valutazione complessiva di autosufficienza.

1.2.1. Le stime ISTAT

L'Osservatorio sulla disabilità ISTAT è un osservatorio permanente che si colloca nell'ambito del progetto "Sistema Informativo sull'Handicap" promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e realizzato dall'ISTAT.

Esso giunge a una stima della numerosità della popolazione disabile combinando informazioni dell'"Indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari" e della "Rilevazione statistica sui presidi socio assistenziali".

La base statistica. L'"Indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari" è un'indagine campionaria che rileva la numerosità dei disabili presenti in famiglia attraverso il metodo dell'intervista, rivolta direttamente al disabile o a un suo familiare. È definita disabile la persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee e pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc...), dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate con ciascuna domanda. La batteria di quesiti proposta fa riferimento a 4 macro-tipologie di disabilità ossia al confinamento individuale (costrizione a letto, su una sedia non a rotelle o in casa), alla disabilità nelle funzioni (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare), alla disabilità nel movimento (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi) e alle disabilità sensoriali (difficoltà a sentire, vedere o parlare).

La "Rilevazione statistica sui presidi socio assistenziali" viene invece condotta mediante l'invio di un questionario postale ad ogni presidio residenziale.

Quanti sono i disabili in Italia. Sulla base della definizione di disabilità proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nella Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Handicap (1980), l'ISTAT giunge ad una stima complessiva per il 1999 di poco più di 2 milioni 800mila disabili. Tale numero include sia i disabili che vivono in famiglia³, sia i disabili ricoverati nei presidi⁴ (165.538 unità).

Di essi, i tre quarti sono "anziani"; più precisamente 2 milioni 92mila risultano essere ultrasessantacinquenni⁵.

³ Fonte: "Indagine su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anno 2000.

⁴ Fonte: "Rilevazione statistica sui presidi socio-assistenziali", anno 2002.

⁵ Più nel dettaglio, i disabili ultrasessantacinquenni residenti nei presidi ammontano a 140.889 unità; i restanti 1,95 milioni risiedono invece in famiglia.

L'incidenza per età della disabilità. In relazione ai soli disabili che vivono in famiglia, l'indagine ISTAT rileva i seguenti tassi di prevalenza della disabilità:

- 9,31 per cento per la classe di età "65-74 anni",
- 20,72 per cento per la classe di età "75-79 anni",
- 47,5 per cento per la classe di età "più di 80 anni".

L'incidenza per età delle diverse tipologie di disabilità. L'incidenza per classe di età e per genere delle diverse tipologie di disabilità è riportata nella tabella 1.

Tabella 1 - Disabili secondo tipo di disabilità, classe di età e genere - valori percentuali - anno 1999

	da 65 a 74 anni		da 75 a 79 anni		80 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Confinamento individuale	2,4	4,1	6,1	10,1	19,1	27,8
Difficoltà nelle funzioni	3,9	5,0	8,7	13,8	27,1	39,2
Difficoltà nel movimento	3,9	5,4	6,6	12,1	17,6	24,9
Difficoltà nella vista, nell'udito, nella parola	1,9	1,5	3,5	3,6	11,8	13,4
Numero disabili che vivono in famiglia (migliaia)	204	323	129	313	260	722

Nota: La tabella fa riferimento alla sola popolazione disabile residente in famiglia. La somma dei disabili secondo il tipo di disabilità è superiore al numero complessivo di disabili, perché una stessa persona può essere portatrice di più disabilità contemporaneamente.

Fonte: ISTAT, "Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2000.

Al crescere dell'età, l'incidenza della disabilità aumenta sensibilmente.

La disabilità con maggior incidenza, nelle due classi di età più anziane, è la difficoltà nelle funzioni, cui seguono la difficoltà nel movimento e il confinamento individuale.

Inoltre, in tutte le classi di età, sussistono differenze rilevanti in termini di genere: l'incidenza della disabilità tra le donne è superiore a quella tra gli uomini, un fenomeno peraltro riconducibile alla maggior longevità delle donne.

E' ovviamente difficile inquadrare tali dati in una prospettiva comparativa, data l'eterogeneità dei criteri utilizzati nelle definizioni operative dei diversi Paesi. In termini molto generali, dalla tabella 4 riportata in Appendice al capitolo, di fonte OCSE, e riferita a Paesi e ad anni diversi, risulterebbero rispettate le proporzioni per genere e per età, a conferma di una maggiore incidenza della disabilità tra le donne e del forte incremento (normalmente più che un raddoppio) dell'incidenza dalle classi di età più giovani (65-69) a quelle più anziane. Il fatto che, soprattutto alle età più elevate, l'incidenza sia maggiore nel nostro paese rispetto alla maggior parte di quelli considerati (ad eccezione di Australia e Canada) è probabilmente da imputarsi a diversità nei metodi di definizione e rilevazione della disabilità.

Dell'altro aspetto interessante che emerge dalla tabella 4, ossia del fatto che in generale, l'incidenza tenda a diminuire nel corso del tempo (anche se il periodo coperto dalla tabella è piuttosto limitato, i segni delle colonne intestate alle variazioni percentuali sono pressoché tutti negativi), si dirà nel seguito, a proposito dell'*evoluzione attesa* del fenomeno.

1.2.2. Le stime ILSA

Il Progetto Finalizzato sull'invecchiamento (ILSA, *Italian Longitudinal Study on Ageing*) del CNR si è proposto l'obiettivo di tracciare un profilo scientifico del fenomeno dell'invecchiamento nella realtà italiana, secondo una prospettiva interdisciplinare in grado di coglierne gli aspetti più rilevanti. In tale ambito, una particolare attenzione è stata dedicata all'analisi dell'incidenza della disabilità nella popolazione anziana e della sua possibile evoluzione. Dal momento che si tratta di un'indagine meno conosciuta rispetto a quelle "ufficiali" condotte dall'ISTAT, può essere opportuno approfondire le basi statistiche su cui si fonda.

Le basi statistiche. L'indagine è basata su un campione casuale di 5.632 individui di età compresa tra i 65 anni e gli 84 anni. Nella raccolta dei dati sono coinvolti otto centri: Catania, Casamassima (Bari), Fermo, Impruneta (Firenze), Genova, Segrate (Milano), Napoli, Selvazzano e Rubano (Padova). I centri sono stati scelti in base alla rappresentatività della popolazione italiana in riferimento alla distribuzione geografica e socio-demografica; alla stabilità delle popolazioni (per rendere possibile il contatto ripetuto nel tempo); alla disponibilità di centri di ricerca in grado di condurre studi di epidemiologia geriatrica. Tutti gli individui tra i 65 e gli 84 anni di età, viventi a domicilio o istituzionalizzati e residenti in una delle otto aree selezionate all'inizio dello studio di prevalenza, sono stati considerati *eleggibili* ai fini della ricerca. In ogni centro è stato valutato un campione randomizzato di 704 soggetti, estratto dalle liste anagrafiche e stratificato per età e sesso: 88 soggetti maschi e 88 soggetti femmine distribuiti in 4 gruppi di età (65-69, 70-74, 75-79, 80-84 anni). La raccolta dei dati di prevalenza (contatto al tempo 0) è iniziata nel Marzo 1992 e si è conclusa nel Giugno del 1993. La determinazione della condizione di disabilità in una o più ADL o IADL è avvenuta attraverso una visita clinica all'Unità Valutativa.

Un confronto con i risultati dell'ISTAT. L'indagine ILSA non rivela direttamente la numerosità dei disabili, ma piuttosto l'incidenza per età della presenza di disabilità in una o più attività fondamentali o strumentali del vivere quotidiano.

In base a tale classificazione, la disabilità leggera identifica la condizione in cui si manifesta la non autosufficienza nello svolgere un'attività del vivere quotidiano; la disabilità grave identifica invece la condizione di non autosufficienza in due o più attività del vivere quotidiano.

Le stime ILSA non sono direttamente confrontabili con quelle dello studio ISTAT in quanto:

1. basate sulla dichiarazione della valutazione oggettiva e non soggettiva - come invece avviene nell'indagine ISTAT - dello stato di disabilità;
2. afferenti a un criterio di valutazione meno restrittivo. Come specificato al paragrafo 1.1, la disabilità viene attribuita dall'ISTAT ai soggetti che dichiarino il massimo grado di impedimento nello svolgere almeno una delle attività rilevate con ciascuna domanda.

L'adozione dello schema di classificazione ILSA consente però un grado maggiore di dettaglio nella valutazione della gravità della condizione di disabilità riportata dagli individui, e conduce pertanto a una quantificazione del numero di soggetti affetti da disabilità sensibilmente superiore a quello ottenuto dall'ISTAT.

L'incidenza per età della disabilità in una o più ADL o IADL. Lo studio campionario così condotto mostra – come riportato in tabella 2 - che circa il 30 per cento della popolazione anziana (tra i 65 e gli 84 anni) è soggetta a una qualche disabilità, che può considerarsi lieve (intesa come necessità di assistenza in una ADL) nel 23 per cento della popolazione, e molto grave nel 3 per cento circa, che è completamente non autosufficiente, ossia disabile in tutte le ADL. Dalla stessa indagine risulta però che circa il 50 per cento degli uomini e il 73 per cento delle donne hanno difficoltà in 2 o più attività strumentali (IADL).

Tabella 2 - Livello di disabilità: distribuzione percentuale per genere - valori percentuali

	Livello di disabilità					
	Assente	Lieve	Moderata	Severa	Assoluta	Cumulata
Uomini anziani	74,2	20,4	2,0	1,3	2,1	100,0
Donne anziane	66,4	25,7	2,8	1,7	3,4	100,0
Totale	70,0	23,3	2,4	1,5	2,8	100,0

Nota: disabilità lieve = disabilità in 1 ADL;
 disabilità moderata = disabilità in 2 ADL;
 disabilità severa = disabilità in 3 ADL;
 disabilità totale = disabilità in 4 ADL.

Fonte: ILSA (1995).

Distinguendo per genere e per classe di età, come nella tabella 3, si osservano i seguenti dati:

- nella popolazione maschile di età compresa tra i 65 e i 69 anni, l'87 per cento è completamente autosufficiente; il 9,6 per cento è invece affetto da disabilità lieve, mentre il 3,4 per cento è affetto da disabilità grave (ossia in due o più ADL). Nella classe di età 80-84, la percentuale di totalmente autosufficienti scende al 56,2 per cento e la percentuale di persone con disabilità grave (24 per cento) sale molto più di quanto non avvenga per la disabilità lieve (19,8 per cento).
- tra le donne, non soltanto, come già precedentemente osservato, è più alta l'incidenza complessiva della disabilità, ma - data la loro maggior longevità, anche in condizioni di disabilità, e la tendenza con l'età all'aggravamento della disabilità - incidono maggiormente le disabilità più gravi (4,3 per cento per la classe di età 65-69 e 26,3 per cento per la classe 80-84).

Tabella 3 - Difficoltà nelle ADL e IADL: distribuzione percentuale per genere e classe d'età

Difficoltà nelle ADL*								
Età	Uomini				Donne			
	Nessuna	1 ADL	2 (+)ADL	Totale	nessuna	1 ADL	2 (+)ADL	Totale
65-69	87,0	9,6	3,4	100,0	88,1	7,6	4,3	100,0
70-74	84,4	9,5	6,1	100,0	79,4	12,5	8,1	100,0
75-79	68,9	16,5	14,7	100,0	70,2	13,8	16,0	100,0
80-84	56,2	19,8	24,0	100,0	54,2	19,4	26,3	100,0

Difficoltà nelle IADL**								
Età	Uomini				Donne			
	Nessuna	1 IADL	2 (+)IADL	Totale	nessuna	1 IADL	2 (+)IADL	Totale
65-69	66,7	19,2	14,1	100,0	61,2	18,7	20,1	100,0
70-74	63,6	18,6	17,8	100,0	45,2	19,9	35,0	100,0
75-79	45,6	19,5	34,9	100,0	23,9	20,6	55,5	100,0
80-84	27,3	23,5	49,2	100,0	13,1	13,9	73,0	100,0

Note:

* ADL: attività della vita quotidiana quali lavarsi, vestirsi, mangiare, andare in bagno e muoversi in una stanza;

** IADL: usare il telefono, fare la spesa, preparare il cibo, fare lavori di casa, fare il bucato, usare mezzi di trasporto, prendere le medicine e gestire le finanze.

Fonte: ILSA (1995).

Una stima della numerosità dei disabili in una o più ADL e IADL. Se si applicano i tassi di incidenza stimati dall'indagine ILSA al totale della popolazione anziana residente⁶ in Italia, si ottiene un numero complessivo di soggetti disabili anziani (con disabilità in una o più ADL) pari a 3,25 milioni di persone; la disabilità in una o più IADL riguarderebbe, per contro, circa 7 milioni di persone. Passando, per l'una e l'altra categoria alle forme di entità più grave, si ottengono 1,6 milioni di persone con disabilità in due o più ADL, e 4,77 milioni di persone in due o più IADL.

1.3. L'evoluzione attesa del fenomeno

Dei dati "statici" sopra presentati è possibile una lettura moderatamente ottimistica, o almeno non pessimistica. I disabili anziani, anche considerando la disabilità nella sua accezione più ampia, costituiscono meno del 6% della popolazione italiana. Il fenomeno è dunque sicuramente rilevante, ma appare gestibile. Che cosa si può dire, peraltro, della sua evoluzione attesa nei prossimi decenni?

A questo riguardo, le prospettive della disabilità dipendono da due fattori:

- l'invecchiamento della popolazione, data la correlazione positiva tra età e incidenza della disabilità;
- l'andamento dell'incidenza della disabilità per classi di età.

In relazione ai cambiamenti attesi nella demografia, è opportuno soltanto ricordare come l'invecchiamento della popolazione sia un fenomeno comune a tutti i paesi avanzati. A determinarlo concorrono sia la forte diminuzione della natalità (un fenomeno che, per quanto concerne l'Italia, ha inizio dalla seconda metà degli anni '70 e che si prevede perdurerà in futuro, dato che, persino nello "scenario alto" adottato dall'ISTAT per le proiezioni ufficiali, il tasso di fecondità è inferiore al tasso di rimpiazzo dei 2,1 figli per ogni donna), sia la diminuzione della mortalità in età giovane e avanzata. Quest'ultima, dipende essenzialmente dai progressi della medicina. In ogni caso, come mostrano non soltanto le proiezioni ufficiali della popolazione, ma anche le stime di singoli studiosi (Livi Bacci 2000), neppure l'immigrazione, pur rappresentando una risorsa, può considerarsi un efficace strumento per contrastare il prevedibile invecchiamento della popolazione. A meno di una brusca inversione di tendenza della fecondità o di non auspicabili battute di arresto nel progresso della longevità, il processo appare dunque inarrestabile.

In particolare, secondo le stime ISTAT, la popolazione con più di 65 anni si prevede in aumento dal livello dei 10,56 milioni del 2001 a un livello compreso⁷ tra i 15,52 (scenario basso) e i 20,18 milioni (scenario alto) nel 2051. Analogamente, si stima che la popolazione con 75 anni e più debba all'incirca raddoppiare, passando dai 4,65 milioni del 2001 a un valore compreso tra i 9,36 milioni e gli 13,03 milioni, a seconda dello scenario. In termini relativi, ciò significa veder innalzare l'incidenza della popolazione con 65 anni e più dall'attuale 19 per cento, al 34 per cento circa dell'intera popolazione. Gli anziani con 75 anni e più passeranno invece dall'attuale 8,5 per cento a circa il 21,5 per cento (si vedano i grafici 1.a e 1.b, riferiti allo scenario demografico centrale).

⁶ Per effettuare la stima, in assenza di informazioni più specifiche, applichiamo alla popolazione con più di 84 anni gli stessi tassi di incidenza riscontrati per la popolazione di età compresa tra gli 80 e gli 84 anni.

⁷ Data l'incertezza che inevitabilmente caratterizza le previsioni sull'evoluzione della popolazione in un arco temporale molto vasto quale quello di un cinquantennio, l'ISTAT formula tre scenari: uno scenario alto, uno scenario centrale e uno scenario basso.

Grafico 1.a - Evoluzione della popolazione anziana - scenario demografico centrale

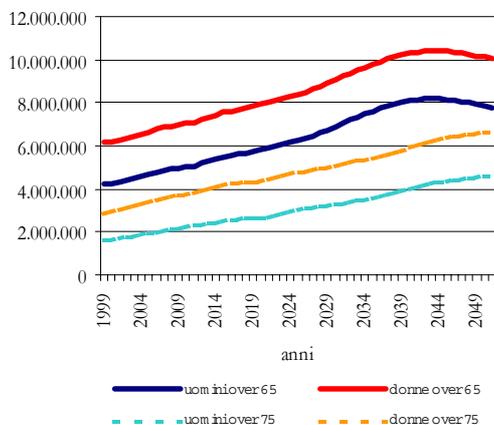
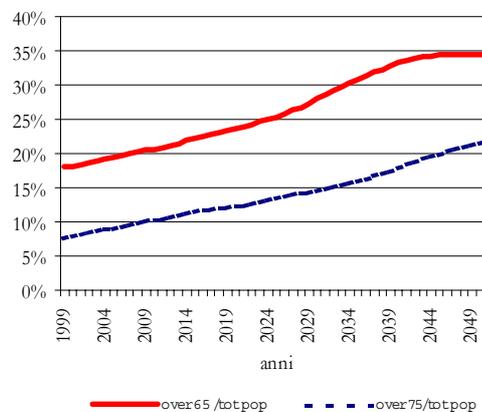


Grafico 1.b - Evoluzione nel tasso di incidenza della popolazione anziana - scenario demografico centrale



Nota: elaborazioni su dati ISTAT, Previsioni della popolazione residente - anni 2001-2051.

Per conseguenza, anche se l'incidenza della disabilità per classe di età rimanesse costante, in futuro il numero dei disabili sarebbe destinato a crescere.

Quanto al secondo fattore, ossia all'incidenza della disabilità per classi di età, esso appare assai "meno determinato" nella sua evoluzione del livello e della composizione per classi di età della popolazione.

Anzitutto, molto dipenderà dagli sviluppi futuri della medicina e, in particolare, della sua capacità di prevenire le malattie degenerative dell'età anziana. Non si può, infatti, escludere che una maggiore consapevolezza collettiva del valore della prevenzione (incluso il miglioramento delle condizioni di lavoro), nonché dell'importanza di una buona e corretta informazione, nuovamente sia in termini di prevenzione, sia in termini di terapie a cui tempestivamente sottoporsi, così come un aumento delle risorse destinate alla prevenzione e cura possano determinare una diminuzione dell'incidenza della disabilità. Un'ulteriore risorsa per protrarre nel tempo la condizione di autosufficienza degli individui deriva poi dagli sviluppi della cosiddetta "tecnologia assistenziale" ossia di quegli accorgimenti tecnologici (quali ad esempio i sistemi di controllo ambientale che permettono di controllare l'ambiente domestico mediante telecomandi o automaticamente mediante timer, ascensori, ausili protesici, ecc...) volti a permettere alle persone di ridurre l'assistenza prestata da un'altra persona.

Se questo è uno scenario verosimile, non si deve trascurare il fatto che gli stessi progressi della medicina possano operare nel senso di un aggravamento del fenomeno, come avverrebbe nel caso in cui, al progressivo aumento dell'aspettativa di vita degli individui, si associasse un miglioramento dell'aspettativa di vita in condizioni di disabilità. A parità di altre condizioni, ciò implicherebbe infatti un incremento dell'incidenza della disabilità per ogni classe di età.

In realtà, la letteratura in materia, come evidenziato nella esauriente rassegna sull'argomento effettuata da uno studio dell'OCSE (Jacobzone et al., 1998), sembra propendere a favore dell'ipotesi ottimistica. Limitandoci all'arco temporale compreso tra i primi anni '80 e il 1994, la tabella 4 dell'Appendice mostra come i tassi di incidenza della disabilità grave per gli ultrasessantacinquenni siano infatti in diminuzione in Francia, Germania, Giappone e Svezia; nel Regno Unito e in Australia, essi appaiono sostanzialmente invariati, mentre, tra i Paesi oggetto dello studio, soltanto il Canada mostra tassi in moderato aumento.

Sotto il profilo dell'incidenza non sembrano esservi, pertanto, motivi di generale pessimismo.

Per quanto riguarda l'Italia, proiezioni ufficiali per i decenni a venire della disabilità nell'età anziana non sono disponibili. A titolo di mero esercizio, e sottolineando con forza tutte le incertezze che inevitabilmente lo caratterizzano, una stima approssimativa dell'incidenza futura del numero di anziani disabili sul totale della popolazione, può essere ottenuta applicando alle tendenze demografiche sopra illustrate, l'incidenza della disabilità per classe di età e genere rilevati dall'indagine ISTAT, o alternativamente, dall'indagine ILSA e supposti costanti nel tempo. I grafici mostrano i principali risultati dell'esercizio, con riferimento allo scenario demografico centrale ISTAT. Sulla popolazione complessiva si passa da un'incidenza del 4-5 per cento circa, a percentuali vicine al 5-6 per cento nel 2010; al 7-8 per cento nel 2030, fino a raggiungere il 10 per cento circa nel 2050 (si veda il grafico 2a). Nel grafico 2b, con un maggiore scarto tra le previsioni basate su dati ISTAT e quelle basate su dati ILSA, si osservano le percentuali sulla popolazione anziana. Per un'esposizione più dettagliata dell'esercizio di stima si rinvia alle tabelle 1, 2 e 3 dell'Appendice.

Grafico 2.a - Dinamica dell'incidenza dei disabili sulla *popolazione italiana*

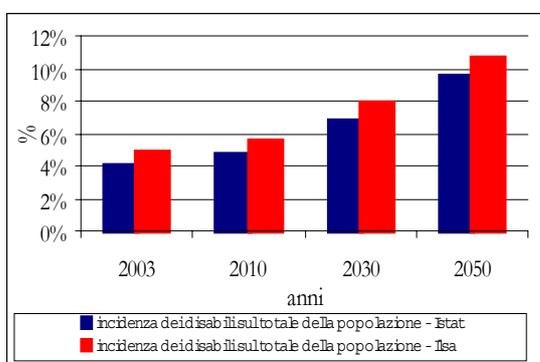
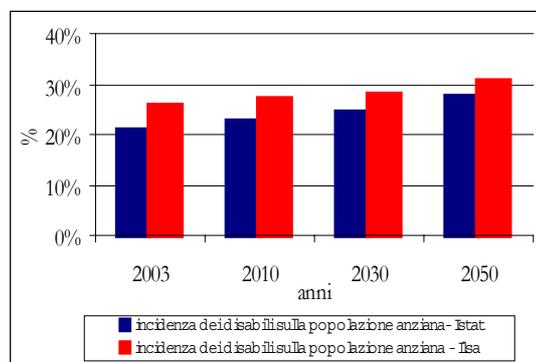


Grafico 2.b – Dinamica dell'incidenza dei disabili sulla *popolazione anziana italiana*



Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e ILSA.

Pur con tutta la prudenza del caso, sembra lecito concludere che il motivo principale di preoccupazione debba essere rappresentato dal fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, più che non dalla possibilità che i tassi di disabilità tra gli anziani aumentino in futuro. Anzi, è ben possibile che essi diminuiscano, con ciò contrastando, almeno parzialmente, l'effetto dell'invecchiamento sul numero dei disabili anziani. Le politiche a sostegno della popolazione anziana disabile (politiche generalmente conosciute come "cura di lungo termine" o LTC), ma anche le politiche volte a prevenire la disabilità, possono perciò considerarsi una specie all'interno del più generale tema dell'invecchiamento demografico.

Appendice

Tabella 1 - Evoluzione attesa del numero di disabili - tassi di incidenza ISTAT costanti nel tempo

<i>Età\Anno</i>	uomini				donne				totale			
	<i>2003</i>	<i>2010</i>	<i>2030</i>	<i>2050</i>	<i>2003</i>	<i>2010</i>	<i>2030</i>	<i>2050</i>	<i>2003</i>	<i>2010</i>	<i>2030</i>	<i>2050</i>
65-69	134.777	137.005	190.483	150.035	155.825	154.846	201.888	153.676	290.602	291.851	392.371	303.711
70-74	115.126	124.579	151.347	158.765	147.279	152.938	172.150	172.677	262.405	277.517	323.497	331.443
75-79	192.418	214.194	266.983	351.062	287.531	299.473	336.850	416.812	479.949	513.667	603.833	767.874
80-84	241.921	327.599	480.312	659.903	441.388	553.614	700.512	890.780	683.309	881.213	1.180.824	1.550.683
85 e oltre	166.105	228.664	448.498	697.419	404.147	538.691	924.114	1.288.200	570.252	767.354	1.372.613	1.985.619
% sul totale della popolazione	3,0%	3,6%	5,5%	7,9%	4,8%	5,7%	8,0%	10,9%	3,9%	4,7%	6,8%	9,5%
% sulla popolazione anziana	19,0%	20,6%	22,2%	25,6%	22,4%	24,1%	25,8%	28,9%	21,0%	22,6%	24,2%	27,5%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT.

Tabella 2 - Evoluzione attesa del numero di disabili nelle ADL - tassi di incidenza ILSA costanti nel tempo

Disabilità in 1ADL

<i>Età\Anno</i>	uomini				donne				totale			
	<i>2003</i>	<i>2010</i>	<i>2030</i>	<i>2050</i>	<i>2003</i>	<i>2010</i>	<i>2030</i>	<i>2050</i>	<i>2003</i>	<i>2010</i>	<i>2030</i>	<i>2050</i>
65-69	138.975	141.273	196.416	154.709	127.204	126.405	164.807	125.449	266.179	267.678	361.223	280.158
70-74	117.475	127.121	154.436	162.005	197.743	205.341	231.136	231.844	315.218	332.463	385.571	393.849
75-79	153.228	170.570	212.607	279.562	191.502	199.456	224.350	277.606	344.731	370.026	436.957	557.168
80-84	100.843	136.557	200.214	275.075	180.272	226.108	286.104	363.813	281.115	362.665	486.318	638.889
85 e oltre	69.240	95.317	186.953	290.714	165.062	220.013	377.428	526.128	234.302	315.329	564.381	816.842
% sul totale della popolazione	2,1%	2,4%	3,4%	4,6%	2,9%	3,3%	4,4%	5,7%	2,5%	2,8%	3,9%	5,1%
% sulla popolazione anziana	13,0%	13,4%	13,7%	14,8%	13,4%	13,9%	14,2%	15,1%	13,2%	13,7%	14,0%	14,9%

Disabilità in 2 o più ADL

<i>Età\Anno</i>	uomini				donne				totale			
	<i>2003</i>	<i>2010</i>	<i>2030</i>	<i>2050</i>	<i>2003</i>	<i>2010</i>	<i>2030</i>	<i>2050</i>	<i>2003</i>	<i>2010</i>	<i>2030</i>	<i>2050</i>
65-69	49.220	50.034	69.564	54.793	71.971	71.519	93.246	70.978	121.191	121.553	162.810	125.771
70-74	75.431	81.625	99.164	104.025	128.137	133.061	149.776	150.235	203.569	214.686	248.940	254.259
75-79	136.513	151.962	189.413	249.064	222.032	231.253	260.116	321.862	358.544	383.215	449.529	570.927
80-84	122.234	165.523	242.684	333.425	244.390	306.528	387.863	493.211	366.623	472.051	630.546	826.635
85 e oltre	83.927	115.535	226.610	352.380	223.770	298.265	511.668	713.256	307.696	413.800	738.277	1.065.636
% sul totale della popolazione	1,7%	2,0%	3,0%	4,3%	3,0%	3,5%	4,8%	6,5%	2,3%	2,7%	3,9%	5,4%
% su popolazione anziana	10,5%	11,3%	12,0%	13,9%	13,9%	14,8%	15,5%	17,3%	12,5%	13,3%	14,0%	15,8%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e ILSA.

Nota: l'incidenza della disabilità in 1 o più ADL si ottiene sommando l'incidenza della disabilità in 1 ADL e in 2 o più ADL di cui sopra.

Tabella 3 - Evoluzione attesa del numero di disabili nelle IADL - tassi di incidenza ILSA costanti nel tempo

Disabilità in 1 IADL												
<i>Età\Anno</i>	uomini				donne				totale			
	2003	2010	2030	2050	2003	2010	2030	2050	2003	2010	2030	2050
65-69	277.951	282.545	392.833	309.418	312.989	311.023	405.511	308.672	590.940	593.568	798.344	618.089
70-74	230.004	248.890	302.369	317.190	314.806	326.903	367.968	369.095	544.811	575.793	670.337	686.285
75-79	181.088	201.582	251.263	330.391	285.866	297.739	334.899	414.398	466.954	499.321	586.162	744.789
80-84	119.687	162.075	237.628	326.478	129.164	162.005	204.992	260.670	248.851	324.080	442.620	587.149
85 e oltre	82.178	113.128	221.889	345.039	118.266	157.638	270.425	376.968	200.444	270.766	492.314	722.007
% sul totale della popolazione	3,2%	3,5%	5,1%	6,4%	3,9%	4,2%	5,4%	6,4%	3,5%	3,9%	5,2%	6,4%
% su popolazione anziana	19,9%	20,1%	20,3%	20,7%	18,1%	17,8%	17,5%	17,1%	18,8%	18,8%	18,7%	18,7%
Disabilità in 2 o più IADL												
<i>Età\Anno</i>	uomini				donne				totale			
	2003	2010	2030	2050	2003	2010	2030	2050	2003	2010	2030	2050
65-69	204.120	207.494	288.486	227.229	336.421	334.308	435.871	331.781	540.541	541.802	724.357	559.009
70-74	220.111	238.185	289.364	303.547	553.680	574.956	647.179	649.162	773.791	813.141	936.543	952.709
75-79	324.101	360.780	449.696	591.316	770.172	802.160	902.277	1.116.460	1.094.274	1.162.941	1.351.973	1.707.776
80-84	250.579	339.323	497.502	683.520	678.344	850.818	1.076.577	1.368.988	928.923	1.190.141	1.574.079	2.052.508
85 e oltre	172.050	236.847	464.550	722.379	621.110	827.883	1.420.218	1.979.760	793.159	1.064.730	1.884.768	2.702.139
% sul totale della popolazione	4,2%	4,9%	7,2%	10,0%	9,9%	11,3%	15,3%	20,3%	7,1%	8,1%	11,3%	15,3%
% su popolazione anziana	26,2%	29,5%	39,7%	43,5%	46,1%	48,1%	49,5%	53,9%	37,9%	39,6%	40,5%	44,4%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e ILSA.

Nota: l'incidenza della disabilità in 1 o più IADL si ottiene sommando l'incidenza della disabilità in 1 IADL e in 2 o più IADL di cui sopra.

Tabella 4 - Evoluzione nei tassi di disabilità in alcuni Paesi OCSE

		Uomini			Donne			Totale		
Francia		1990	1994	Variazione %	1990	1994	Variazione %	1990	1994	Variazione %
	65-74	1,41	1,05	-2,63	1,73	0,82	-6,95	1,59	0,82	-4,84
	75-79	4,52	1,34	-10,47	3,49	2,57	-2,72	3,86	2,06	-5,52
	80-85	5,66	2,05	-8,82	4,94	5,28	0,61	5,18	3,99	-2,35
	Over 85	9,01	6,82	-2,50	11,86	11,41	-0,35	10,92	10,44	-0,41
	Over 65	2,96	1,51	-5,91	3,42	3,07	-0,98	3,23	2,43	-2,56
Regno Unito		1980	1994	Variazione %	1980	1994	Variazione %	1980	1994	Variazione %
	65-74	4,8	4,5	-0,53	5,8	6,5	0,89	5,4	5,6	0,34
	75-79	8,0	6,0	-2,03	10,0	9,0	-0,75	9,3	7,8	-1,20
	Over 80	21,2	14,7	-2,60	22,36	19,4	-1,10	22,2	17,8	-1,56
	Over 65	7,4	6,6	-0,81	9,7	10,2	0,34	8,8	8,7	-0,05
Australia		1981	1994	Variazione %	1981	1994	Variazione %	1981	1994	Variazione %
	65-69	7,7	6,2	-1,74	9,5	8,4	-0,99	8,6	7,3	-1,33
	70-74	9,8	9,0	-0,68	12,7	14,4	1,04	11,4	12,0	0,39
	75-79	16,0	12,0	-2,37	22,3	18,8	-1,41	19,7	16,0	-1,73
	Over 80	27,8	35,8	2,13	57,8	45,1	-2,05	40,2	42,0	0,35
	Over 65	12,3	15,1	1,71	20,4	20,7	0,13	17,0	17,3	0,14
Giappone		1975	1994	Variazione %	1975	1994	Variazione %	1975	1994	Variazione %
	65-74	8,7	7,2	-1,84	8,7	6,3	-3,24	8,7	6,7	-2,63
	Over 75	13,4	11,6	-1,41	13,8	12,8	-0,74	13,6	12,3	-0,99
	Over 65	10,3	8,8	-1,58	10,3	8,8	-1,56	10,3	8,8	-1,57
Canada		1986	1994	Variazione %	1986	1994	Variazione %	1986	1994	Variazione %
	65-74	5,1	3,9	-5,22	6,4	4,9	-5,20	5,82	4,45	-5,23
	75-84	9,2	10,4	2,48	14,9	15,9	1,31	12,56	13,72	1,79
	Over 85	29,4	35,5	3,73	49,2	46,9	-0,95	42,53	43,36	0,39
	Over 65	6,0	6,8	2,40	11,7	13,0	2,11	9,26	10,38	2,31
Germania (ovest)		1986	1995	Variazione %	1986	1995	Variazione %	1986	1995	Variazione %
	65-69	18,75	14,17	-3,07	19,4	14,5	-3,20	19,1	14,3	-3,14
	70-74	22,78	16,83	-3,31	24,9	17,3	-3,95	24,2	17,2	-3,73
	75-79	25,66	20,09	-2,68	29,4	21,8	-3,25	28,2	21,3	-3,08
	80-84	27,34	23,56	-1,64	31,5	25,8	-2,19	30,3	25,2	-2,05
	85-89	27,21	25,18	-0,86	29,6	28,4	-0,44	29,0	27,6	-0,54
	Over 90	28,11	24,12	-1,69	33,4	31,5	-0,66	32,0	29,5	-0,89
	Over 65	22,50	17,65	-2,66	25,9	20,2	-2,76	25,0	19,5	-2,73

Fonte: Jacobzone et al. (1998).

Tabella 4 - continua....

Svezia		1975	1994	Variazione %	1975	1994	Variazione %	1975	1994	Variazione %
	<i>65-74</i>	17,2	10,0	-2,68	17,0	12,7	-1,45	17,1	11,5	-1,98
	<i>75-85</i>	23,6	18,1	-1,32	29,0	25,5	-0,64	26,8	22,5	-0,87
	<i>Over 85</i>	35,9	35,9	0,00	36,9	36,9	0,00	36,6	36,6	0,00
	<i>Over 65</i>	20,4	14,7	-1,62	23,2	20,5	-0,62	22,0	18,0	-0,99
Stati Uniti		1982	1994	Variazione %	1982	1994	Variazione %	1982	1994	Variazione %
	<i>65-69</i>	6,2	5,0	-1,66	7,2	6,5	-0,86	6,8	5,8	-1,19
	<i>70-74</i>	9,8	6,2	-3,28	10,0	9,6	-0,33	9,9	8,2	-1,45
	<i>75-79</i>	11,8	10,2	-1,34	15,9	14,5	-0,34	14,3	12,8	-0,70
	<i>Over 80</i>	25,6	19,1	-2,28	31,8	31,2	-0,21	29,8	27,3	-0,72
	<i>Over 65</i>	11,1	8,9	-1,71	14,8	14,8	0,11	13,3	12,4	-0,47

Fonte: Jacobzone et al.(1998).

Capitolo 2.

L'assistenza ai disabili anziani in Italia

2.1. Introduzione

A partire dalla seconda metà degli anni '90, tutti i principali Paesi europei, e senza eccezione per l'Italia, hanno legiferato in materia di tutela (e prevenzione) della disabilità di lungo periodo, in parallelo con l'acuirsi del problema per effetto dell'invecchiamento demografico e con l'obiettivo di riorganizzare il precedente sistema di emolumenti e servizi, risultato di una stratificazione successiva di provvedimenti scarsamente coordinati tra loro.

Mentre alle esperienze degli altri Paesi europei farà riferimento il capitolo 3, il presente è dedicato a una presentazione del sistema italiano di assistenza agli anziani disabili, il riordino del quale fa perno sulle disposizioni della legge quadro 328/2000. Al di là della preliminare panoramica sugli operatori e sui servizi, il *focus* è riservato a una stima delle risorse impiegate, anche nell'ottica di misurare, pur con molti limiti, il grado di copertura del rischio di disabilità da parte delle politiche pubbliche.

Una particolare attenzione viene inoltre riservata alla figura del *care giver* informale e alla struttura degli incentivi che influenzano la scelta di prestare assistenza informale ad un familiare disabile. Tale analisi si rivela di fondamentale importanza al fine di prevedere gli effetti delle dinamiche socio demografiche in corso e approntare opportune politiche di intervento nonché predisporre l'offerta di adeguati prodotti assicurativi.

2.2. Il nuovo orientamento delle politiche di sostegno ai disabili anziani (legge quadro 328/2000)

A partire da una situazione per molti versi lacunosa e scarsamente efficiente, perché non prevista e quindi "gestita a posteriori", la legge quadro 328/2000 sancisce i nuovi indirizzi e pone le basi per un riordino complessivo del sistema.

Il nostro Paese non dispone ancora di un sistema di servizi in grado di tutelare adeguatamente il disabile anziano e il ritardo con cui – ad esempio rispetto ad altri Paesi Europei (cfr. il cap. 3) - è stata disciplinata l'assistenza ai disabili di lungo periodo, induce a ritenere che permangano vasti bacini di domanda insoddisfatta o, meglio, lasciata alle responsabilità familiari.

Inoltre, dal momento che l'organizzazione dei servizi a favore dei disabili, specie anziani, demandata interamente ai Comuni, era dunque fortemente condizionata dalla capacità di spesa e dalle valutazioni di priorità tra le diverse voci di spesa, la situazione appare oggi caratterizzata da un'estrema eterogeneità, a livello locale, nei livelli di assistenza forniti, con una forte differenziazione, soprattutto in termini di strutture residenziali, tra Nord e Sud (come testimonia la tabella 4 riportata in Appendice al capitolo).

I principi chiave ai quali si ispira la nuova normativa per la disabilità sono:

- l'universalità del diritto all'accesso alle prestazioni di tutela della condizione del disabile, riconosciuta a tutti i cittadini dell'Unione nonché agli stranieri, così come da articolo 41 del TU 286/1998;
- la garanzia di livelli minimi di assistenza sull'intero territorio;
- il riconoscimento ai disabili della priorità nell'accesso alle prestazioni della rete integrata dei servizi sociali;
- la codifica delle competenze e degli oneri finanziari attribuiti rispettivamente al Servizio Sanitario Nazionale e alle autorità locali.

Al fine di consentire una concreta applicazione di tali indirizzi, sono stati introdotti appositi strumenti di programmazione nazionale e locale, ai quali è delegata la pianificazione triennale degli interventi idonei a garantire l'introduzione della rete di servizi integrati.

In relazione agli anziani non autosufficienti, l'obiettivo prioritario è ambizioso in quanto tende a realizzare il passaggio da una sorta di assistenza "passiva" a interventi "attivi". Si propone infatti di favorire

la permanenza degli stessi a domicilio o l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, sostenendone l'autonomia e limitando quanto più possibile il ricorso all'istituzionalizzazione.

A tal fine sono inoltre disposti aiuti ai nuclei familiari attivamente impegnati nella cura dell'anziano disabile e/o non autosufficiente, in particolare di quelli confinati a letto o su una sedia con livelli di autonomia pressoché nulli.

Sulla scia della legge quadro, il "Libro bianco sul *Welfare*" di recente pubblicazione (febbraio 2003) enuncia l'intento del governo di provvedere:

- alla predisposizione di un Testo Unico delle disposizioni in materia di disabilità, per superare le incoerenze, le frammentazioni, le duplicazioni e i contrasti presenti nei testi normativi che disciplinano i diversi aspetti della materia;
- al varo di un piano nazionale per la non autosufficienza. Tale piano dovrebbe partire a metà anno 2003 in forma sperimentale all'interno di alcune Regioni che hanno offerto disponibilità in tal senso, in termini sia co-finanziamento, sia di organizzazione, con l'obiettivo di realizzare le politiche attive sopra menzionate.
- alla predisposizione, entro l'anno 2004, di un programma straordinario per la disabilità (i cui contenuti e finalità non vengono peraltro specificati).

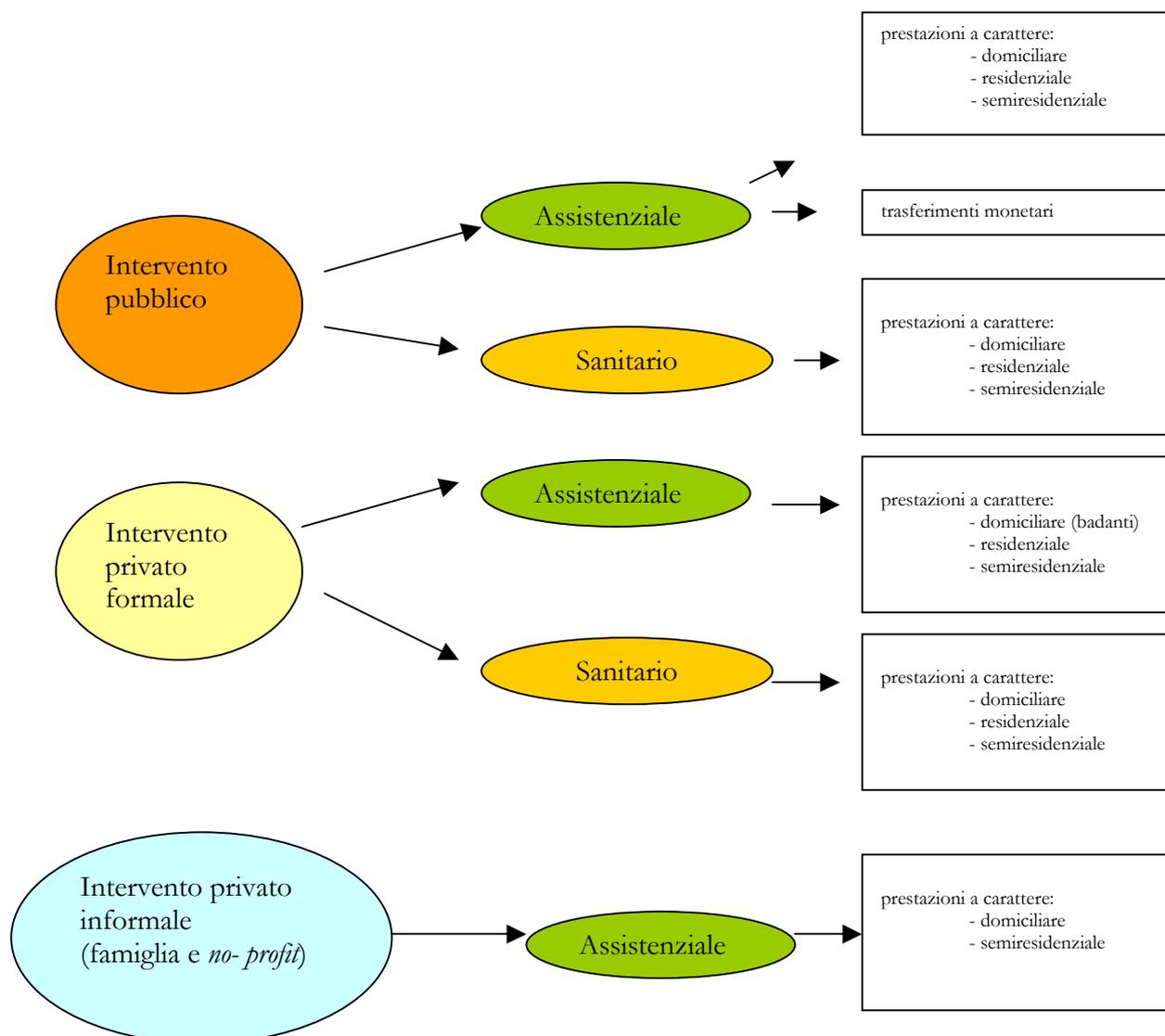
Pur muovendosi nella giusta direzione, tali interventi normativi non sono però sufficienti a garantire una buona corrispondenza tra gli obiettivi enunciati e i risultati effettivamente conseguiti. Anzi, in questo come in altri ambiti della politica sociale del nostro Paese, l'attivismo normativo non appare corredato da un'adeguata struttura di incentivi e da un attento monitoraggio del *phasing in* delle riforme. Occorrerà pertanto attendere qualche anno prima di poter valutare se i nuovi obiettivi saranno stati raggiunti.

2.3. Il ruolo dei soggetti pubblici e privati coinvolti nella cura dell'anziano disabile

L'OECD definisce la *Long Term Care (LTC)* come "ogni forma di cura fornita lungo un periodo di tempo esteso, senza data di temine predefinita" (Kalisch, Aman e Buchele, 1998). L'insieme delle prestazioni LTC è molto eterogeneo, includendo sia prestazioni di carattere sanitario ad alto contenuto specialistico, sia prestazioni di carattere assistenziale che richiedono soltanto una modesta specializzazione, e contiene almeno quattro tipologie diverse di aiuto o supporto:

- il supporto medico e infermieristico;
- la cura della persona;
- l'aiuto domestico;
- il supporto sociale.

Nell'erogazione di tale complesso di prestazioni viene perciò coinvolta una molteplicità di operatori pubblici e privati (dal mercato al volontariato), con competenze diverse e non di rado sovrapposte, che la nuova legge tende a definire con maggior nitidezza. Il grafico 1 riflette tale segmentazione.

Figura 1. Le prestazioni di *Long Term Care*

2.3.1 Il ruolo dei soggetti pubblici

Per avere un quadro più preciso dell'assetto organizzativo e operativo dell'intervento pubblico per la non autosufficienza, riportiamo qui di seguito, schematicamente, l'articolazione delle competenze dei soggetti pubblici coinvolti nella tutela ai disabili.

Il ruolo dello Stato. Lo Stato fornisce le direttive principali in materia di sanità e assistenza, controlla l'uniformità dei trattamenti, ripartisce le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali ed eroga direttamente, mediante il Ministero dell'Interno, e indirettamente, mediante l'INPS, prestazioni in denaro a sostegno degli anziani e dei disabili.

Il ruolo delle Regioni e delle Province. Le regioni svolgono principalmente attività di coordinamento e controllo degli interventi sociali con particolare riferimento all'attività sanitaria e sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria (legge 328/2000); definiscono i criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture che erogano i servizi; quantificano la partecipazione alla spesa richiesta al cittadino; determinano le tariffe che i comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati e deliberano la

concessione dei buoni servizio per le strutture eroganti. Non si tratta di un ruolo operativo diretto, che spetta invece ai Comuni.

Alle province, che svolgono un ruolo secondario, viene delegata la raccolta dei dati per la realizzazione di un sistema informativo dei servizi sociali, la promozione d'intesa con i comuni di iniziative di formazione, la partecipazione alla definizione e all'attuazione dei piani di zona.

Il ruolo dei Comuni e delle Aziende Sanitarie Locali (Asl). Al Comune compete la programmazione, la progettazione e la realizzazione del sistema locale dei servizi sociali, nonché l'eventuale integrazione economica spettante ai soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali.

Il Comune è dunque l'attore principale nella realizzazione dell'assistenza pubblica ai non autosufficienti¹, in particolare per quanto concerne le prestazioni sociali anche se a rilevanza sanitaria². Alle Aziende Sanitarie Locali spetta l'erogazione delle prestazioni sanitarie e delle prestazioni socio-sanitarie connotate da specifica ed elevata integrazione sanitaria³ (Dpr 14/2/2001).

¹ La legge prevede che gli enti locali possano delegare alle Asl la gestione dei servizi di assistenza domiciliare in forma integrata, socio-sanitaria. In generale si riscontra una ampia collaborazione tra Asl e comuni nella realizzazione dei servizi.

² Ex art. 3, Dpr 14/2/2001 :

* Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

* Sono da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità' o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi e si esplicano attraverso:

- a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;
- b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
- c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
- d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;
- e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità' o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;
- f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

* Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità' o disabilità' conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

³ Per entrare maggiormente nel dettaglio, i compiti delle aziende sanitarie locali sono: l'attivazione di residenze sanitarie per anziani, la prestazione di servizi a domicilio quali le visite del medico di medicina generale, le visite specialistiche, le prestazioni di tipo infermieristico e riabilitativo, l'attivazione di un servizio di telesoccorso e telesorveglianza, l'attivazione di centri diurni integrati, accordi con ospedali per garantire continuità assistenziale ai pazienti in fase post acuta.

2.3.2 Il ruolo dei soggetti privati tra attività di mercato e attività *no profit*

Tra i soggetti privati che erogano prestazioni di *Long Term Care* rileviamo in particolare gli operatori del settore *no profit* e i prestatori di cura domiciliari (“badanti”).

Da un lato, infatti, la legge quadro sulla tutela dei disabili incoraggia il ruolo delle associazioni di volontariato come parte integrante del disegno complessivo; dall’altro, l’assunzione di un prestatore di cura domiciliare è una soluzione sempre più comune tra le famiglie che hanno un anziano disabile e la recente sanatoria in materia di immigrazione (d.l.195/2002) ha riguardato specificamente tale tipologia di lavoratori.

Il ruolo del volontariato. Secondo i dati della rilevazione Istat riferita al 1999, il numero di assistiti a vario titolo ha raggiunto 3,5 milioni di unità (Istat, 2001). I settori prevalenti di attività, definiti in base al numero di volontari impiegati, sono proprio la sanità e l’assistenza sociale. In particolare, i servizi di *Long Term Care*⁴ avrebbero riguardato il 13 per cento circa degli assistiti, ossia oltre 460 mila soggetti.

L’attività delle associazioni di volontariato nell’ambito della *LTC* consiste di servizi quali il “l’affidamento anziani”, che costituisce un’alternativa al ricovero di soggetti non pienamente autosufficienti, soli o inadeguatamente assistiti nell’ambito familiare; servizi di “pronto soccorso sociale”, miranti a fornire, solitamente in collaborazione con i servizi sociali, un supporto per lo svolgimento delle attività quotidiane. Il maggior numero delle associazioni è di piccole dimensioni e localizzato nell’Italia settentrionale; un terzo si finanzia prevalentemente o in via esclusiva attraverso fondi pubblici.

Il ruolo dei prestatori di cure domiciliari. E’ difficile stimare in modo attendibile il numero di *badanti* complessivamente presenti in Italia. Anzitutto, i badanti rientrano nella categoria dei collaboratori familiari (*colf*), dai quali non vengono distinti, anche perché spesso esercitano l’una e l’altra attività; e nel lavoro domestico da sempre prevale il sommerso (secondo una recente stima⁵ dell’Istat, i “non regolari” sul totale degli addetti regolari e non regolari sfiorerebbero l’80 per cento).

Più della metà delle posizioni del settore sarebbe ricoperta da donne immigrate (cfr. la tabella 5), a riflettere sia la scarsa offerta degli italiani, sia la maggiore disponibilità degli immigrati, in particolare donne. Una stima dei lavoratori domestici extracomunitari effettuata nel 1999 dalla Caritas indicava come uno a quattro (o cinque) il rapporto tra dichiarati e non dichiarati. Per avere una *proxy* attendibile della reale entità della presenza straniera nel settore occorrerà aspettare i dati relativi alla sanatoria concessa dalla recente legge sull’immigrazione (d.l.195/2002).

Dai dati dell’INPS emerge inoltre che la quasi totalità dei collaboratori domestici che prestano più di 45 ore settimanali (e che quindi molto presumibilmente svolgono anche lavoro di badante) sono donne immigrate; inoltre, mentre solo un italiano su dieci vive con i propri datori di lavoro, tale convivenza viene registrata per la metà delle straniere (Caritas, 1999). Sempre secondo il dossier Caritas 1999, su di un campione di 1.000 utenti dei servizi “Acli colf” metà dei *colf* stranieri svolgeva effettivamente lavoro di cura a beneficio di un anziano.

⁴ Secondo la nostra aggregazione, i servizi di *Long Term Care* includono: l’assistenza agli anziani autosufficienti e non, e l’assistenza ai portatori di handicap.

⁵ Fonte: Istat (2002), L’occupazione non regolare nelle stime di contabilità nazionale secondo il Sec95, *Anni 1992-2000*, Dati analitici.

Tabella 1 – Numero di lavoratori (regolari) per numero di ore di lavoro settimanali prestate – serie storica – anni 1996-2000

	1996		1997		1998		1999		2000	
	Numero lavoratori	% lavoratori stranieri								
Fino a 14 ore	114.052	44%	114.566	43%	114.242	44%	121.669	48%	120.433	49%
Da 15 a 24 ore	75.879	58%	59.074	53%	57.270	53%	56.918	53%	64.083	57%
25 ore	17.102	44%	23.676	56%	26.090	57%	26.723	55%	26.090	56%
Da 26 a 35 ore	24.139	51%	22.239	49%	23.545	51%	23.884	50%	27.027	55%
Da 36 a 45 ore	13.970	65%	12.284	60%	12.388	59%	13.453	61%	14.012	63%
Oltre 45 ore	5.354	56%	4.800	58%	4.542	59%	4.803	61%	4.894	63%
TOTALE	250.496	50%	236.639	49%	238.077	49%	247.450	51%	256.539	53%

Fonte: INPS, Osservatorio sui lavoratori domestici.

2.4. Le strutture, i servizi e i trasferimenti ai disabili

La cura e l'assistenza dell'anziano disabile si realizzano, nel nostro Paese, su due livelli: intensivo ed estensivo.

La cura di tipo intensivo ha connotazione sanitaria e prevede trattamenti che vengono erogati all'interno di ospedali generali per acuti o in strutture specializzate limitatamente alla fase acuta dei trattamenti. In molti casi, svolgono anche il compito di "unità valutaria" per le strategie assistenziali degli anziani nelle attività *extra ospedaliere*.

La cura e l'assistenza di tipo estensivo, ossia le vere prestazioni di *Long Term Care*, vengono invece svolte a livello *extra ospedaliero* e gestite direttamente dalle Asl e dai Comuni.

In particolare l'attività di cura e assistenza dei disabili di lungo periodo viene svolta: nei presidi residenziali socio assistenziali; negli ambulatori di riabilitazione ospedalieri o territoriali, con interventi a domicilio del paziente.

I presidi residenziali socio-assistenziali. I presidi residenziali socio-assistenziali sono strutture a carattere prettamente assistenziale in cui cioè le attività di assistenza medica e sanitaria, se presenti, sono comunque di carattere minoritario. Al momento dell'ultima rilevazione (1999), in Italia si contavano 7.505 strutture rientranti in questa tipologia. Il numero complessivo di assistiti si aggirava attorno le 291 mila unità e il numero di anziani non autosufficienti raggiungeva le 140.889 unità.

Tra le tipologie di presidio socio-assistenziale oggi presenti, quelle che più direttamente riguardano gli anziani non autosufficienti sono le Comunità alloggio (nel 1999, 2.456 utenti), le Residenze assistenziali per anziani (nel 1999, 42.994 utenti), le Residenze socio-sanitarie per gli anziani (nel 1999, 88.355 utenti)⁶.

⁶ Le comunità alloggio sono strutture nelle quali la vita comunitaria viene gestita autonomamente usufruendo dei servizi socio-assistenziali territoriali nonché della solidarietà reciproca. Data tale impostazione si tratta di strutture adatte ad accogliere un numero limitato di utenti caratterizzati da un sufficiente grado di autonomia.

Le residenze assistenziali costituiscono la tipologia di presidio che raccoglie il maggior numero di utenti. Anche in questo caso si tratta per lo più di persone autosufficienti, la cui permanenza all'interno della struttura è mediamente di lunga durata. Le residenze socio-assistenziali si contraddistinguono, invece, per una maggiore valenza sanitaria e una durata media del soggiorno inferiore rispetto a quella registrata per le Residenze assistenziali.

Tali strutture sono in parte pubbliche, in parte private, convenzionate o meno con strutture pubbliche⁷.

Gli ambulatori di riabilitazione ospedalieri o territoriali. Gli ambulatori di riabilitazione rivolgono la loro attività a utenti affetti da disabilità sia modificabili sia inemendabili. Secondo i dati del Sistema Informativo del Servizio Sanitario Nazionale, gli assistiti in strutture riabilitative residenziali⁸ nel 1999 risultavano essere complessivamente 47.093. Il numero degli assistiti in strutture riabilitative semiresidenziali ammontava a 24.542, mentre il numero di coloro che aveva ricevuto prestazioni riabilitative ambulatoriali superava i 4,7 milioni di unità. Non è tuttavia possibile distinguere i disabili dal totale degli assistiti.

Gli interventi a domicilio del paziente. L'assistenza domiciliare di puro carattere assistenziale è organizzata e gestita dai comuni. Rientrano in tale tipologia di assistenza le visite dell'assistente sociale, gli aiuti nello svolgimento dei lavori domestici, i servizi di telesoccorso e telesorveglianza, il servizio pasti a domicilio, ecc...

L'assistenza domiciliare di puro carattere sanitario (quali ad esempio l'assistenza domiciliare programmata, ADP) consiste in prestazioni infermieristiche e di medicina generale e specialistica e viene organizzata e gestita dalle Asl.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che prevede l'erogazione di prestazioni sia di carattere assistenziale sia di carattere sanitario, è realizzata dalle Asl spesso in accordo con i Comuni. Secondo i dati del Servizio Informativo del Servizio Sanitario Nazionale divulgati dall'Istat, i casi di ADI trattati nel 1998 ammontavano a 204.545, di cui l'86,3 per cento rivolto ad anziani⁹.

Infine, rientrano nella categoria dei servizi domiciliari, le prestazioni erogate dalle associazioni di volontariato, le prestazioni infermieristiche e il lavoro di cura prestato da privati (cfr. paragrafo 2.2).

Sulla base dei dati in nostro possesso, i tassi di copertura dei vari servizi pubblici e privati possono essere rappresentati come in figura 2.

In base alla classificazione dell'Istat, i rimanenti 7.084 anziani non autosufficienti risultano essere ricoverati in strutture quali: comunità socio-riabilitative, comunità familiari, centri di pronta accoglienza, centri di accoglienza immigrati e altre strutture.

⁷ Nell'86 per cento delle strutture che ospitano gli anziani il soggiorno è a pagamento per tutti gli assistiti; nell'11,55 per cento dei casi il corrispettivo è previsto per almeno una parte degli ospiti, mentre l'accoglienza gratuita è fornita solamente nel 2,4 per cento delle strutture. Nelle residenze assistenziali per anziani, gli utenti che non pagano alcun importo sono complessivamente il 5,1 per cento della popolazione a fronte del 67,3 per cento che paga interamente la retta. Il 27,5 per cento beneficia di un contributo alla spesa da parte di enti pubblici. Nelle residenze socio-sanitarie scende, seppur di poco, sia la percentuale di coloro che non pagano alcun importo (4,2 per cento), sia quella di coloro che pagano la retta completa (57,4 per cento), mentre aumenta il numero di quanti beneficiano del sussidio pubblico (38,4 per cento). Agevolazioni per gli anziani a basso reddito vengono effettuate nel 50 per cento dei centri.

Il 39,8 per cento dei presidi rivolti agli anziani non riceve alcun finanziamento pubblico, il 26 per cento riceve finanziamenti per prestazioni di carattere sanitario e il 29 per cento per prestazioni di carattere assistenziale.

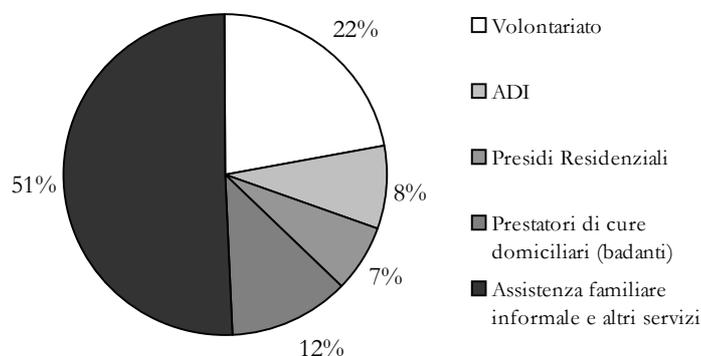
⁸ Esistono sostanzialmente due tipologie di presidi di riabilitazione (Dpr 14/01/97), i presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale e i centri ambulatoriali di Riabilitazione.

I Presidi Ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funzionale ospedalieri e territoriali svolgono attività finalizzate al recupero di pazienti affetti da menomazioni/disabilità segmentarie e/o transitorie.

L'attività dei Centri Ambulatoriali di Riabilitazione è invece prevalentemente indirizzata verso il trattamento disabilità importanti, spesso multiple e con possibili esiti permanenti e per l'azione di contenimento dell'*handicap*. Questi casi richiedono solitamente la presa in carico globale del disabile con la stesura di un progetto riabilitativo individuale da parte della équipe multidisciplinare medico psico pedagogica.

⁹ Da un'indagine campionaria condotta da un'*équipe* di gerontologi su un gruppo di 16 centri di ADI è stato evidenziato che l'ADI è un servizio in genere rivolto a pazienti ad alto rischio di ospedalizzazione e di istituzionalizzazione con una notevole compromissione dello stato funzionale e di salute. Consta principalmente in prestazioni a carattere infermieristico (66,8%) e di aiuto domiciliare (54,2%), ma anche riabilitative (38,7%). Oltre a costituire per il disabile un percorso terapeutico meno traumatico, nella maggior parte dei casi è stata di forte utilità nell'alleviare il carico di lavoro del *care giver* (Di Iorio, Ferrucci, Del Lungo, Gavazzano, Abate, 1996) e potrebbe essere fonte di risparmio per il settore pubblico. Nell'ambito della legge quadro 328/2000, tale servizio è fortemente incentivato.

Figura 2. I tassi di copertura dei servizi estensivi



Note: La costruzione del grafico si basa sull'ipotesi che il numero dei badanti sia pari al doppio dei lavoratori stranieri regolari registrati presso l'INPS nel 1999 e impiegati nei servizi domestici. I dati relativi agli utenti dei vari servizi sono quelli riportati nel testo. Essi fanno riferimento all'anno 1999 con la sola eccezione del dato relativo all'accesso ai servizi ADI che è invece riferito al 1998. L'universo è rappresentato dai disabili anziani (2,092 milioni).

La copertura fornita dall'"assistenza informale e dagli altri servizi" di cui non conosciamo il numero di utenti è calcolata in modo residuale. Tra gli "altri servizi" figurano principalmente: le ADP, l'assistenza domiciliare di puro carattere assistenziale, i servizi riabilitativi. Sempre in termini di prima approssimazione, l'esercizio suppone che l'utilizzo di un servizio escluda l'utilizzo degli altri.

La legge 238/2000 prevede inoltre, che nell'ambito del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali per l'assistenza ai disabili realizzato dagli enti locali, figurino e abbiano priorità anche:

- prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, quali: le politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura e i servizi di sollievo per affiancare i *care giver* nella responsabilità di cura.
- prestazioni in denaro quali: gli assegni di cura e i benefici di carattere economico, le agevolazioni fiscali e le agevolazioni tariffarie riservate alle famiglie che si occupano dell'assistenza ai disabili.

Tali prestazioni in denaro si vanno ad affiancare ai trasferimenti che lo Stato eroga ai disabili in forma di pensioni di invalidità civile, di inabilità e di indennità che spettano all'invalido come sussidio all'opera attiva di assistenza prestata dai suoi congiunti o da esterni (in tale classificazione rientrano istituti quali l'indennità di accompagnamento, l'indennità di comunicazione e l'assegno di invalidità). Proprio per andare nella direzione di una maggior integrazione dei diversi interventi, anche monetari, l'art.24 legge 238/2000 prevede che venga data delega al governo per un riordino di tali emolumenti.

Oltre i 65 anni, le pensioni di invalidità vengono commutate in pensione sociale o ridotte, ad integrazione dell'assegno sociale, come nel caso della pensione spettante ai ciechi civili.

Tutte le provvidenze economiche previste in favore dei "minorati civili", ad esclusione delle indennità di comunicazione e di accompagnamento, sono subordinate alla cosiddetta prova dei mezzi (Dm 4/2/2002)¹⁰. Esse ammontano, salvo alcune limitate eccezioni, a 218,65 Euro mensili¹¹.

¹⁰ Per quanto concerne le pensioni spettanti ai ciechi civili assoluti e parziali, ai mutilati, agli invalidi civili totali e ai sordomuti, il limite di reddito al di sopra del quale non vengono erogate le prestazioni è pari a 12.796,09 Euro annui. Per i

L'ammontare dell'indennità di accompagnamento varia invece molto a seconda della tipologia di invalidità. L'importo massimo spetta ai ciechi assoluti (619,85 Euro mensili), quello minimo ai ciechi ventosimisti (111,24 Euro al mese)¹².

Secondo i dati dell'Osservatorio sulle Pensioni Inps - Gestione invalidi civili, l'insieme delle prestazioni in favore di non vedenti civili, delle prestazioni in favore di non udenti civili e delle prestazioni in favore di invalidi civili erogate nel 1999 a soggetti anziani sono state 794.427, per un importo complessivo di 8.177 miliardi di lire (4.223 milioni di Euro).

Se si suppone, in prima approssimazione, che tutte le pensioni erogate a invalidi civili di età superiore ai 65 anni siano pensioni erogate a anziani disabili, ne risulta beneficiario il 38% della popolazione disabile anziana italiana.

2.5. Costi delle prestazioni, dimensione e fonti di finanziamento dell'intervento pubblico

I costi. Purtroppo non conosciamo il dettaglio dei costi medi delle prestazioni di *Long Term Care*. A titolo puramente indicativo, riportiamo, in proposito, nella tabella 2, i dati contenuti nel documento predisposto in merito all'applicazione del Dpcm 29/11/2001 dalle associazioni dei Comuni piemontesi.

Tabella 2 - I costi di alcune prestazioni

ADI – ADP	775 Euro per una durata media dell'intervento di 45 giorni
Centro diurno per disabili	72 Euro/giorno
Ospitalità in un centro diurno per anziani non autosufficienti o malati di Alzheimer	46 Euro/giorno
Struttura residenziale per disabili gravi	140 Euro/giorno
RSA	77 Euro/giorno

Nota: Valori riportati a livello esemplificativo dal documento predisposto in merito all'applicazione del Dpcm 29/11/2001 dalle associazioni dei comuni piemontesi.

Si auspica in tal senso che, a breve, cresca la sensibilità delle istituzioni e degli operatori alla raccolta e diffusione dei dati di modo che possano essere disponibili informazioni più esaustive. Una programmazione degli impegni di spesa per i vari interventi, nonché qualsiasi intervento di riforma non può infatti prescindere da tali informazioni.

In questo senso le esperienze del Regno unito e della Germania (cfr. cap. 3) si dimostrano esemplari. L'informazione, in questi due Paesi è infatti decisamente superiore.

Le dimensioni dell'intervento pubblico. I dati della Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2002 rivelano che la spesa sociale sul totale delle istituzioni pubbliche e private ammontava nel 1999 al 24,4% del Pil, contro il 26,4% della media degli altri 15 Stati Membri. Anche se il nostro Paese si colloca poco al disotto della media europea, un forte elemento di distinzione è la composizione della spesa. La parte di gran lunga preponderante (circa i due terzi) della spesa è infatti assorbita dalla spesa previdenziale.

mutilati e gli invalidi civili parziali tale limite di reddito è pari a 3.755,83 Euro, per i ciechi civili decimisti titolari di un assegno a vita è pari a 6.151,97 Euro.

¹¹ Per i ciechi civili assoluti ammonta a 236,45 Euro al mese, per i ciechi decimisti è invece pari a 162,4 Euro al mese.

¹² L'indennità di accompagnamento per gli invalidi totali è pari a 426,09 Euro al mese. Per i ciechi decimisti è invece pari a 162,4 Euro al mese. E per i sordi è di 174,35 Euro al mese (cosiddetta indennità di comunicazione).

Nel “resto” è ovviamente compresa la *Long Term Care*, anche se la forte varietà delle prestazioni che vi sono incluse¹³ rende ardua una stima dell’aggregato. Andando per approssimazioni successive, le prestazioni di protezione sociale per invalidità di natura previdenziale e assistenziale ammontavano nel 2001 a circa 1,5 punti di Pil; in tale ammontare, per un verso, non è possibile scorporare la quota direttamente imputabile ai soli disabili e, per altro verso, non è conteggiata la spesa di carattere sanitario (per quest’ultima, in relazione alla sola *LTC*, la Ragioneria Generale dello Stato stima uno 0,6 per cento circa del Pil; per una prospettiva comparata si veda in proposito la scheda 1).

Un dato più puntuale è fornito dall’OCSE (1998), che stima la spesa pubblica per trasferimenti monetari per la disabilità nel 1998 a poco meno dell’uno per cento del Pil, e la spesa pubblica per la prestazione di servizi a disabili e anziani¹⁴ a poco meno di due decimi di punto percentuale di Pil.

Infine, secondo la Bertelsmann Foundation, che ha attivato un monitoraggio delle riforme dei sistemi di *welfare* nei diversi Paesi Europei (International Reform Monitor, www.reformmonitor.org), la spesa pubblica per la *LTC* nel triennio 1992-1995 è invece stata pari in media a tre quarti di punto di Pil.

L’ordine di grandezza delle diverse fonti risulta quindi assai simile.

¹³ In esso sono incluse prestazioni di carattere sanitario e prestazioni di carattere assistenziale, prestazioni erogate dal sistema pubblico e prestazioni invece fornite dal mercato, prestazioni erogate da forme di assistenza di carattere formale e prestazioni erogate da forme di assistenza di carattere informale, prestazioni in natura e prestazioni in denaro.

¹⁴ I trasferimenti monetari ai disabili comprendono: Disability pension, Disability civil servant pension, Disabled child pension, Disabled veteran’s pension, Disability other cash benefits.

I servizi ai disabili e agli anziani comprendono: Residential care, Home help, Day care and rehabilitation services, Other benefits in kind.

Scheda 1.

Le tendenze di medio lungo periodo della spesa sanitaria pubblica per *Long Term Care*

Non esistono delle previsioni ufficiali sull'andamento atteso della spesa complessiva per *Long Term Care* in Italia. Tuttavia, segnaliamo in proposito un contributo pubblicato in tempi recenti dalla Commissione Europea (2001). In esso viene analizzato l'impatto delle tendenze demografiche sui consumi sanitari pubblici in alcuni Stati Membri (come si può notare, mancano i dati riferiti alla Germania, alla Grecia, alla Spagna, al Lussemburgo e al Portogallo), ponendo espressamente in evidenza la dinamica prevista per la spesa sanitaria pubblica per la *Long Term Care*. In particolare, appartengono alla *Long Term Care*: i livelli di assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare nonché l'assistenza idrotermale, protesica e integrativa.

Con la sola eccezione dei Paesi nordici (Danimarca, Svezia, e Olanda) che sono caratterizzati da una spesa del 2-3 per cento del Pil e della Finlandia e del Regno Unito che hanno una spesa dell'1,6-1,7 per cento del Pil, la spesa sanitaria pubblica per *Long Term Care* è compresa per tutti gli Stati Membri considerati tra lo 0,6 e lo 0,8 per cento del Pil.

In particolare, in l'Italia, l'attuale spesa ammonta allo 0,6 per cento del Pil e si prevede, nel 2050, una crescita della stessa, in termini *pro capite*, pari a 0,4 punti percentuali.

L'Italia non è inclusa nel gruppo dei paesi per cui si prevede un'accentuata dinamica della spesa futura. Tale dinamica si prevede causerà una crescita della spesa sanitaria complessiva nei Paesi dell'Unione compresa tra lo 0,4 per cento del Pil pro capite (caso italiano) e il 2,2 per cento del Pil pro capite (caso olandese).

Tabella 1 – Dinamica attesa della spesa sanitaria complessiva e della sola componente *Long Term Care*

	Spesa sanitaria complessiva		Spesa sanitaria per <i>Long Term Care</i>	
	Spesa come % del Pil nel 2000	Crescita prevista nella spesa in percentuale di Pil dal 2000 al 2050 - valori pro capite -	Spesa come % del Pil nel 2000	Crescita prevista nella spesa in percentuale di Pil dal 2000 al 2050 - valori pro capite -
Belgio	6,1%	+2,1	0,8%	+0,8
Danimarca	8,0%	+2,7	3,0%	+2,1
Francia	6,9%	+1,7	0,7%	+0,5
Irlanda	6,6%	(+2,5 per lavoratore)	0,7%	(+0,2 per lavoratore)
Italia*	5,5%	+1,9	0,6%	+0,4
Olanda	7,2%	+3,2	2,5%	+2,2
Austria	5,8%	+2,8	0,7%	+1,0
Finlandia	6,2%	+2,8	1,6%	+1,7
Svezia	8,8%	+3,0	2,8%	+2,0
Regno Unito	6,3%	+1,8	1,7%	+0,8
Unione Europea (media ponderata dei 10 stati di cui sopra)	6,6%	+2,2	1,3%	+0,9

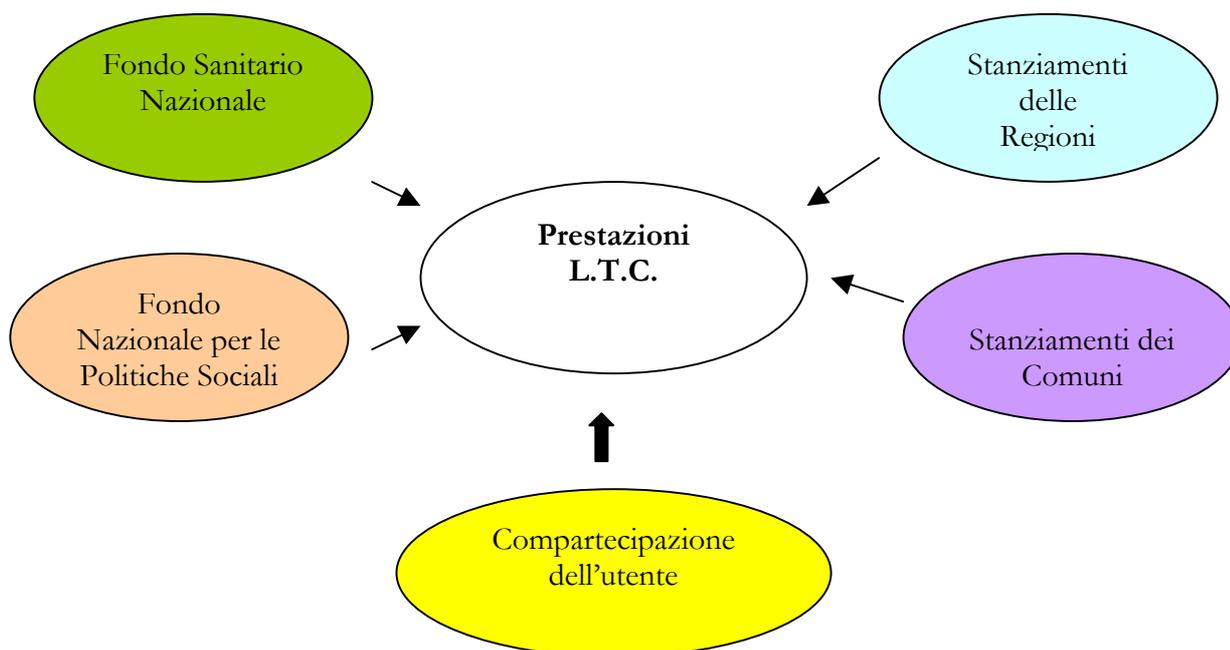
Fonte: Commissione Europea (2001)

Nota: * Le previsioni per l'Italia non coincidono con quelle pubblicate della Ragioneria Generale dello Stato (2001), perché pur facendo uso del medesimo modello di simulazione, la Commissione ha voluto utilizzare nella simulazione le previsioni demografiche Eurostat anziché quelle Istat.

Le fonti di finanziamento della spesa pubblica. La legge 328/2000 sancisce che il finanziamento della politiche per i non autosufficienti debba avvenire mediante una pluralità di fonti: Fondo Sanitario Nazionale, Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, risorse autonome dei Comuni e delle Regioni e, infine, compartecipazione al costo da parte dell'utente.

La Figura 3 fornisce una rappresentazione della molteplicità delle forme di finanziamento.

Figura 3.



Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi Sociali 2001-2003, prevede, all'interno del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, uno stanziamento complessivo per le politiche dell'handicap di 115,2 milioni di Euro. All'interno di tale cifra, è predisposto che venga effettuato un apposito stanziamento a favore delle politiche per gli anziani non autosufficienti (art. 15, l.328/2000).

L'attribuzione dell'onere finanziario degli interventi è ripartito tra Asl, Comuni e Regioni in modo diversificato rispetto alle competenze nell'erogazione dei servizi. Non vi è infatti perfetta coincidenza tra gestione e pagamenti.

Secondo l'art.3 del D.lgs del 1992, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, la cui erogazione spetta alle Asl, gravano in parte sul Fondo Sanitario, in Parte sul Fondo Nazionale per le politiche Sociali.

In particolare, dal Dpcm del 29/11/01, le prestazioni di durata breve e definita dovrebbero gravare interamente sul Fondo Sanitario Nazionale, le prestazioni di medio o prolungato periodo dovrebbero essere co-finanziate sia dal Fondo Sanitario sia da quello Assistenziale, le prestazioni di lungo periodo dovrebbero invece gravare per la maggior parte sul Fondo Assistenziale. *Rispetto al passato, si è dunque deciso di attribuire alle autorità locali una parte più consistente della spesa sanitaria rivolta ai disabili.*

Riportiamo nella tabella 1, il dettaglio relativo alle percentuali di costi per la cura dei disabili non coperte dal Sistema Sanitario Nazionale, così come stabilito dallo stesso Dpcm 29/11/2001 recante le norme in materia di predisposizione e finanziamento dei livelli elementari di assistenza.

Tabella 3 - Livelli elementari di assistenza, Dpcm 29/11/2001

Livelli di Assistenza		Prestazioni	% di costi a carico dell'utente o del comune
Macro-livelli: Assistenza territoriale ambulatoriale e residenziale			
	Micro-livelli: Assistenza domiciliare integrata (ADI) e assistenza a domicilio programmata (ADP)	Prestazioni di medicina generale e specialistica, prestazioni riabilitative, prestazioni di assistenza farmaceutica e protesica	0%
		Prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare della persona	50%
Macro-livelli: Assistenza territoriale e semiresidenziale			
	Micro-livelli: Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani	Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale (a ciclo diurno), ivi compresi gli interventi di sollievo	50%
Macro-livelli: Assistenza territoriale residenziale			
	Micro-livelli: Attività sanitaria e socio sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore degli anziani	Prestazioni di cura e recupero funzionale dei soggetti non autosufficienti in fase intensiva e estensiva	
		Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale (a ciclo continuativo), ivi compresi gli interventi di sollievo	50%

L'idea di costituire un fondo per la non autosufficienza. Al fine di aumentare le risorse destinate alle persone non autosufficienti e di meglio tutelare i diritti delle stesse, è stato da più parti¹⁵ suggerita l'istituzione di un Fondo per la non autosufficienza. In questa maniera esisterebbe quantomeno un vincolo alla destinazione di un determinato ammontare di risorse alle cure di lungo periodo.

Rispetto a tale proposta, i punti nodali da sciogliere dovrebbero riguardare:

1. *le dimensioni del fondo.* Quanto più dovesse rafforzarsi un'impostazione federalista delle politiche di *welfare* tanto maggiore dovrebbe essere la capienza del fondo regionale; per contro, considerazioni relative all'opportunità di diversificare sull'intero territorio i rischi demografici e economici del finanziamento di politiche di così rilevante portata sociale indurrebbero a sostenere la valenza nazionale del fondo stesso;
2. *il bacino dei potenziali assistiti*, che dipende dalla copertura più o meno universalistica dell'assistenza;
3. *le modalità di finanziamento* per le quali valgono considerazioni simili a quelle rilevanti per il finanziamento del sistema previdenziale quanto alla scelta tra il meccanismo della ripartizione

¹⁵ La sperimentazione di nuove forme di intervento e di finanziamento delle politiche per non autosufficienti è stata riconosciuta nel Libro Bianco sul Welfare come priorità del Governo. L'opportunità di creare un fondo speciale destinato alla tutela degli anziani non autosufficienti è ormai in discussione da parte di tutte le parti politiche. Essa ha costituito oggetto di proposta di legge da parte del centro sinistra all'inizio del 2002 (n.2166 del 15/1/2002). La sperimentazione di nuove forme di intervento e di finanziamento delle politiche per non autosufficienti è stata riconosciuta nel Libro Bianco sul Welfare come priorità del Governo.

e quello della capitalizzazione¹⁶. Anche in questo caso, ragioni legate alla costituzione di un “portafoglio efficiente” porterebbero a preferire un sistema di finanziamento misto.

4. *la base impositiva*, con la scelta tra contributi e tassazione generale. Il finanziamento con quest’ultima amplia la base contributiva, accresce la portata redistributiva degli interventi e consente una maggior flessibilità nella determinazione annuale della spesa. Il finanziamento mediante i primi consente di correlare maggiormente contributi e prestazioni e di attribuire agli interventi un carattere più assicurativo che non assistenziale. Di fatto, a legislazione vigente e a prescindere dalle regioni a statuto speciale, l’unica via percorribile è il ricorso al finanziamento con fiscalità generale o con il risparmio su altre voci di spesa o, ancora, aumentando l’addizionale regionale Irpef o l’Irap.
5. *la portabilità dei diritti all’interno del territorio nazionale e comunitario*, a evitare possibili, anche se poco probabili - data la normale resistenza dell’anziano a spostarsi dalla propria residenza - comportamenti migratori determinati dall’attesa di maggiori benefici (un’ipotesi denominata in letteratura come *welfare magnets*).

2.6. Le dimensioni dell’intervento privato e la spesa privata per LTC

Le dimensioni. Secondo i dati riportati nel libro bianco sul Welfare, il settore *no profit* operante nell’assistenza sociale attiva entrate per oltre 7,49 miliardi di Euro, fornendo un apporto, al netto dei trasferimenti pubblici ad esso devoluti, pari a circa 4,9 miliardi di Euro (0,4%-0,5% del Pil).

Per completare il quadro, a tali cifre andrebbe aggiunta la spesa privata¹⁷ e il costo implicito dei servizi di assistenza informale non professionale. Il quaderno Isvap sulla *Long Term Care* (2001) riporta in proposito un ammontare stimato di tali voci di spesa e costo implicito pari rispettivamente, nel 1998, a un quarto circa e a un mezzo di punto percentuale di Pil¹⁸.

2.7. Il ruolo della famiglia: una caratterizzazione della figura del “care giver”

La struttura familiare riveste ancora un’importanza fondamentale nella cura agli anziani disabili e per conseguenza una valutazione delle risorse sociali impegnate nella LTC non può prescindervi.

Per scelta o per necessità le famiglie sembrano ancora prevalentemente orientate a una “ gestione casalinga” dell’anziano. Come viene confermato dall’indagine ISTAT su “Famiglie, soggetti sociali e condizioni dell’infanzia” (1997), l’aiuto fornito ai disabili soli e alle famiglie con membro disabile da parenti e consanguinei è preponderante (cfr. tabelle. 1-3 in Appendice)¹⁹. L’attività di assistenza informale spesso supplisce a una copertura pubblica in molti casi ancora insufficiente, piuttosto che integrarsi con essa.

Date le diverse componenti della domanda di LTC, l’assistenza informale non può infatti considerarsi un perfetto sostituto delle prestazioni di cura professionali (si veda in proposito l’interessante analisi empirica condotta per l’Inghilterra da Wolf, Grundy e Laditka, 2000); tuttavia, come dimostrato da alcuni studi americani, la disponibilità di familiari e congiunti a prestare cure in ambito familiare figura tra le determinanti (di segno negativo) della scelta di ricovero del disabile in un istituto (Garber, MaCurdy, 1990 e Lakdawalla, Philipson, 1999) e riduce la domanda di assistenza formale anche da parte

¹⁶ Cfr. ad esempio Castellino e Fornero, a cura di, 2001.

¹⁷ Inclusa la compartecipazione ai costi delle prestazioni pubbliche da parte dell’utente. Purtroppo per carenza di dati, non sia ha misura della compartecipazione media richiesta.

¹⁸ La stima è attribuita al Prof. Piperno nell’ambito del progetto di studio del CNR sull’invecchiamento sulla popolazione ed è qui riportata senza commenti per l’impossibilità di reperire il documento originale.

¹⁹ Ulteriore conferma proviene dall’indagine Shaw (Brugiavini et al., 2001). L’universo di questa indagine è costituito da 1.068 famiglie con capofamiglia ultracinquantenne. Su di un totale di 221 individui (capofamiglia o secondo membro) intervistati che si dichiarano disabili, di cui ben 172 si dichiarano anche malati cronici, 85 non ricevono alcun tipo di aiuto, 116 utilizzano solo aiuto non professionale e solo 20 utilizzano aiuto professionale (di cui il 50% utilizza unicamente aiuto privato).

dei genitori soli (Cutler e Sheiner, 1994). In proposito, si è giunti a stimare che la domanda di assistenza formale decresca di circa 4 ore per settimana per figlio quando questi vive entro 30 minuti dalla casa del genitore (Sloan, Hoerger e Picone, 1992).

Anche se l'attività di cura informale è costituita da attività spesso poco visibili, nascoste tra le pieghe delle relazioni familiari, la sua analisi risulta importante per far sì che il “contrattato generazionale” che oggi intaccato sotto diversi profili non si deteriori ulteriormente.

In particolare, senza volere ricondurre le relazioni interpersonali a mero economicismo, è indubbio che, dal punto di vista economico, le politiche familiari non possano prescindere da un'appropriata struttura di incentivi, e un adeguato supporto alla LTC in ambito familiare non fa eccezione.

Sotto tale profilo, “tipizzare” la figura del *care giver*, delineandone le caratteristiche e individuando gli incentivi in grado di influenzarne la scelta, appare rilevante sia per la programmazione delle politiche pubbliche – proprio la legge 328²⁰ attribuisce centralità al ruolo della famiglia - sia per l'offerta di prodotti di mercato. Nel primo caso, l'analisi dà la possibilità di prefigurare gli effetti delle dinamiche sociali in corso e di disegnare *knowledge based policies*. Nel secondo, essa può offrire un ausilio alla predisposizione di prodotti assicurativi tarati per le diverse tipologie familiari. Un'assicurazione LTC di mercato risulta infatti tanto più efficiente e appetibile quanto più riesce a “completare” la copertura del rischio, integrando l'assistenza pubblica, da un lato, e quella informale, dall'altro (dell'assicurazione privata si dirà più ampiamente nel capitolo 4).

All'obiettivo di delineare la figura del *care giver* “tipico” risponde l'esercizio econometrico nel seguito presentato.

L'esercizio di stima - che prende spunto da un'analisi condotta per gli U.S. da Borsh-Supan, Kotlikoff, Godkale, Morris (1992) – utilizza i dati dell'indagine *panel* sulle famiglie dei Paesi Membri dell'Unione Europea (ossia i dati ECHP) contenuti nella sezione riferita all'Italia. Purtroppo l'indagine ECHP consente di delineare con estrema precisione la figura del *care giver*, ma non consente di definire con altrettanto grado di dettaglio la figura del disabile anziano assistito. Mentre esiste un esplicito quesito riferito all'attività di *care giving* prestate dai soggetti intervistati, non esiste infatti un quesito che esplicitamente domandi all'individuo disabile se viene assistito dai propri familiari e/o se riceve aiuto formale o informale da persone esterne al nucleo.

Per non appesantire l'esposizione, si rinvia alla Scheda 2 per una descrizione del metodo e per una breve illustrazione del modello formale su cui è basata la stima e alla Scheda 3 per un commento sul *data base*.

²⁰ La legge dispone infatti esplicitamente: agevolazioni economiche e sul lavoro, trasferimenti monetari e servizi di sollievo per i familiari dei disabili.

Scheda 2.

Il modello teorico

Le analisi Probit e Tobit che seguiranno possono essere viste come un test per un modello strutturale che vede le decisioni del *care giver* come il risultato del processo di ottimizzazione di una funzione di utilità. In particolare il tempo speso nel lavoro (che può essere zero) è esogenamente determinato e il *care giver* semplicemente divide il suo tempo non lavorativo tra tempo libero e cura del disabile. In questo modello semplificato, il consumo è determinato esogenamente del reddito complessivo (da lavoro e non). Il *care giver* massimizza dunque una funzione di utilità così definita:

$$U_i = \beta \log(\lambda_i - d_i) + \log(d_i + \sum_{j \neq i}^N d_j + m)$$

con $d_i \geq 0$

[1]

dove:

λ_i è uno meno l'offerta esogena di lavoro

d_i è il tempo dedicato alla cura del badato dal *care giver* i

$\sum_{j \neq i}^N d_j$ è il tempo dedicato alla cura del badato dagli altri *care giver* (N) presenti in famiglia

m, β sono costanti

La soluzione del problema soddisfa l'equazione:

$$\left[\frac{1}{d_i + \sum_{j \neq i}^N d_j + m} - \frac{\beta}{\lambda_i - d_i} \right] d_i = 0$$

[2]

Il tempo dedicato alla cura del disabile è positivo se l'espressione nella parentesi quadra è uguale a zero e diviene nulla qualora tale espressione sia negativa. In altri termini, $d_i = 0$ se $0 > \left[-\beta(\sum_{i \neq j} d_j + m) + \lambda \right] / (1 - \beta)$, allora

$d_i = \left[-\beta(\sum_{i \neq j} d_j + m) + \lambda \right] / (1 - \beta)$. Supponiamo che il membro di destra dell'equazione eguagli l'espressione

$x_i \gamma + \varepsilon_i$, dove x_i è il vettore delle caratteristiche individuali del *care giver* i e del disabile a cui questi bada incluso il reddito familiare complessivo del nucleo familiare, il reddito del badato e il tempo dedicato complessivamente al disabile da tutti gli altri *care giver* del nucleo familiare. In tal caso, d_i eguaglia zero se $I_i = x_i \gamma + \varepsilon_i$ è negativo e è uguale a I_i se è positivo. Si tratta dunque del modello Tobit.

Come noto, il modello Tobit rappresenta un processo decisionale sequenziale in cui prima l'individuo sceglie se prestare cura al disabile e successivamente decide quante ore di cura prestare al disabile.

Al fine di evidenziare separatamente il ruolo assunto dalle diverse caratteristiche del *care giver* nella decisione di divenire o meno un badante e il ruolo assunto dalle stesse nella decisione relativa al numero di ore di cura da dedicare al badato, nel paragrafo successivo verrà dunque stimato dapprima un modello Probit relativo alla scelta di divenire o meno un badante, successivamente un modello Tobit.

I risultati. La stima è stata effettuata mediante l'utilizzo di modelli econometrici del tipo *Probit* e *Tobit* (cfr. Scheda 1) su un campione selezionato di 728 individui, facenti parte di famiglie in cui c'è almeno un anziano che dichiara di essere disabile. Il dettaglio dei risultati è riportato nelle tabelle 4 e 5.

Dalle stime *Probit*²¹ e *Tobit*²² risulta che, sul campione osservato, la probabilità a priori di diventare un *care giver* è pari al 28 per cento. Un dato che sembra riflettere abbastanza l'esperienza comune di assistenza a anziani disabili nei nuclei famigliari inclusi nella *casual observation* di ciascuno.

Controllando per le caratteristiche degli individui, come atteso e in analogia con quanto emerso in indagini sociologiche, riscontriamo innanzitutto che le caratteristiche del soggetto quali età, genere e condizione di salute mostrano un buon grado di significatività. La figura del *care giver* più tipica è di genere femminile, non troppo giovane e in buona salute. Forse meno intuitivamente, un alto livello di istruzione sembra essere positivamente correlato con la decisione di prendersi cura della persona anziana disabile, mentre lo stato civile del *care giver* non risulta essere rilevante.

Quanto all'assistito, le caratteristiche rilevanti sono piuttosto ovvie, in particolare il genere e lo stato di salute. Forse a causa della loro maggiore longevità, le donne, ovviamente allorché si trovino in precarie condizioni di salute, sono i soggetti più frequentemente assistiti. Inoltre, pur con significatività modesta, la più alta età del "badato" risulta essere una variabile che influenza positivamente il numero di ore di assistenza prestate.

La presenza di altri *care giver* nel nucleo familiare sembra correlata positivamente con la scelta di divenire a propria volta dei *care giver*. È possibile che ciò denoti un *care taker* più bisognoso di assistenza, oppure che si tratti di famiglie "autoselezionate" con un più forte senso di solidarietà, o ancora che si tratti di un "effetto emulazione" di tipo positivo.

Come atteso, il reddito familiare risulta essere negativamente correlato con la decisione di divenire un *care giver*. In particolare, a un incremento del reddito annuale medio della famiglia di 5.160 Euro, corrisponde, nell'ipotesi di costanza nei livelli medi delle altre variabili, una riduzione della probabilità di divenire badanti del 2,5 per cento. Si tratta di una riduzione non irrilevante che riflette verosimilmente il maggiore costo opportunità dei soggetti caratterizzati da un più elevato reddito da lavoro.

Dall'analisi *Tobit* si deduce inoltre che, per chi effettua lavoro di cura, la media delle ore settimanali dedicate all'assistenza è pari a 31 e che l'incremento del reddito annuale familiare di 5.160 Euro, conduce, sempre *ceteris paribus*, ad una riduzione del tempo settimanalmente dedicato all'assistenza pari a circa 48 minuti (0,792 ore).

La scelta di divenire *care giver* risulta, per contro, positivamente correlata con l'ammontare del reddito del *care taker*. Come prima, il coefficiente risulta essere significativo, ma in valore assoluto molto piccolo. Un aumento del reddito annuale medio del *care taker* pari a 5.160 Euro, aumenta la probabilità di divenire *care giver* dello 4,6 per cento. Anche il numero di ore di cure prestate è positivamente influenzato dal reddito del *care taker* (il coefficiente della *Tobit* è infatti positivo anche se piccolo e poco significativo).

Se usassimo il reddito dell'assistito come *proxy* della ricchezza potenzialmente ereditabile²³, potremmo considerare tale evidenza empirica come indizio di una motivazione strategica nella scelta di divenire un *care giver* (d'altronde l'analisi economica ha da tempo riconosciuto alle eredità un valore strategico nelle relazioni interpersonali all'interno della famiglia, senza necessariamente connotare in modo negativo tali comportamenti).

²¹ La variabile dipendente (Y) è pari a zero se il soggetto è un *care giver*, è pari a uno se non lo è.

²² La variabile dipendente (Y) è il numero di ore settimanali di assistenza al disabile.

²³ La correlazione tra il reddito complessivo del badato e l'ammontare di trasferimenti assistenziali e per invalidità/malattia di quest'ultimo è molto bassa, dunque la maggior parte del reddito del badato non proviene da queste fonti, ma da una pensione o da altri redditi.

Infine, nella decisione di divenire *care giver*, il tipo di contratto di lavoro (*full time* o *part time*) non sembra assumere un ruolo importante. Si ha solo una moderatamente significativa evidenza del fatto che il contratto di lavoro *full time* risulta essere negativamente correlato con il numero di ore di assistenza prestate.

Pur con tutta la cautela suggerita dai limiti dei dati e dell'esercizio di stima, i risultati trovati si prestano ad alcune considerazioni.

In primo luogo, le motivazioni che stanno alla base della decisione di divenire *care giver* sono molteplici e combinano elementi di natura genuinamente altruistica con elementi di carattere economico. La sfera culturale e affettiva, nonché l'obbligo morale di comportamenti solidali, interagiscono con variabili economiche, quali il reddito familiare e del soggetto di cui ci si prende cura, anche se le prime sembrano avere maggior peso che non le seconde. Da ciò consegue che gli effetti attesi delle dinamiche sociali in corso, ossia principalmente la maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro e il declino del modello di "famiglia allargata", potrebbero, almeno in parte, essere contrastati da politiche volte a subsidiare economicamente l'attività di *care giving*. Se si considera il reddito da lavoro come il costo opportunità del tempo dedicato all'assistenza, incentivi economici nei confronti dell'attività di cura abbasserebbero tale costo e potrebbero influenzare positivamente la quantità di ore prestate al soggetto. L'effetto del sussidio potrebbe pertanto essere simile all'effetto originato, nelle stime sopra presentate, da una riduzione del reddito da lavoro.

Per conseguenza, una corretta struttura degli incentivi all'attività di assistenza informale potrebbe dimostrarsi un'alternativa al ricovero in strutture, e rivelarsi uno strumento non privo di efficacia nello sforzo di realizzazione dei principi fondamentali enunciati dalla legge 328/2000.

Una seconda considerazione concerne l'*effetto reddito* che è significativo. Vi è dunque una domanda potenziale di cura, che non necessariamente può essere soddisfatta all'interno del nucleo familiare. Ciò significa non soltanto che le strutture pubbliche debbano attrezzarsi per rispondere ai bisogni di chi non può fare affidamento sulla famiglia, ma che possono contare su una compartecipazione ai costi da parte degli stessi soggetti assistiti. Al tempo stesso, un ruolo emerge in modo chiaro anche per le strutture di mercato, il cui ricorso potrebbe essere adeguatamente supportato da idonee coperture assicurative. Paradossalmente il soggetto anziano benestante, che potrebbe più facilmente ricorrere a un'assicurazione privata, è anche quello meno incentivato ad assicurarsi perché può utilizzare in modo strategico la propria ricchezza ereditabile.

Tabella 4 – Analisi Probit sulla scelta di divenire *care giver* – ECHP *wave* 1995

		Coefficienti			Probabilità (conditional on being uncensored)		
		Coef.	Std. Err.	$P > \chi $	dF/dx	Std. Err.	$P > \chi $
Genere *	<i>uomo</i>	-1,2978	0,1805	0,0000	-0,2822	0,0392	0,0000
Età:	<i>età</i>	0,0249	0,0067	0,0000	0,0055	0,0015	0,0000
Livello di istruzione *	<i>massimo</i>	1,1052	0,4221	0,0090	0,3584	0,1632	0,0090
	<i>intermedio</i>	0,4860	0,2991	0,1040	0,1238	0,0857	0,1040
	<i>minimo</i>	0,2954	0,2373	0,2130	0,0627	0,0483	0,2130
Stato civile *	<i>sposato</i>	0,3024	0,2141	0,1580	0,0642	0,0435	0,1580
	<i>separato</i>	-0,4181	0,6437	0,5160	-0,0724	0,0839	0,5160
	<i>divorziato</i>	0,2355	0,8222	0,7750	0,0585	0,2269	0,7750
	<i>vedovo</i>	0,0009	0,4400	0,9980	0,0002	0,0970	0,9980
Tipo di lavoro *	<i>fulltime</i>	-0,0064	0,0208	0,7570	-0,0014	0,0046	0,7570
	<i>part_time</i>	-0,7852	0,6158	0,2020	-0,1098	0,0465	0,2020
Stato di salute *	<i>molto buono</i>	0,9641	0,5653	0,0880	0,2839	0,1982	0,0880
	<i>buono</i>	1,1885	0,5434	0,0290	0,3216	0,1659	0,0290
	<i>accettabile</i>	1,2326	0,5285	0,0200	0,3365	0,1626	0,0200
	<i>cattivo</i>	0,9636	0,5315	0,0700	0,2755	0,1790	0,0700
Genere del badato *	<i>uomo</i>	-0,5985	0,1904	0,0020	-0,1237	0,0373	0,0020
Età del badato:	<i>età</i>	0,0076	0,0128	0,5550	0,0017	0,0028	0,5550
Stato civile del badato *	<i>sposato</i>	0,0661	0,3349	0,8440	0,0146	0,0736	0,8440
	<i>vedovo</i>	0,2740	0,3347	0,4130	0,0618	0,0771	0,4130
Reddito netto del badato^a:	<i>reddito netto (incluso quello da lavoro)</i>	0,0208	0,0097	0,0320	0,0046	0,0021	0,0320
Stato di salute del badato *	<i>accettabile</i>	-0,4858	0,3216	0,1310	-0,0849	0,0428	0,1310
	<i>cattivo</i>	-0,4338	0,1538	0,0050	-0,0988	0,0364	0,0050
Numero complessivo dei badanti:	<i>n badanti</i>	1,5524	0,1156	0,0000	0,3420	0,0305	0,0000
Reddito annuale della famiglia^a		-0,0113	0,0041	0,0060	-0,0025	0,0009	0,0060
	<i>costante</i>	-4,5356	1,2270	0,0000			

Note: Numero di osservazioni=728

Log likelihood = -199.5064

Pseudo R2 = 0.5349

(*) dF/dx è un cambiamento discreto nella variabile *dummy* tra zero e uno.

(a) in milioni di lire.

Tabella 5 – Analisi Tobit sul numero di ore di *care giving* - ECHP wave 1995

		Coefficienti			Probabilità (conditional on being uncensored)		
		Coef.	Std. Err.	P> t	dF/dx	Std. Err.	P> z
Genere* :	uomo	-31,9540	4,4910	0,0000	-6,7354	0,9423	0,0000
Età:	età	0,6690	0,1723	0,0000	0,1404	0,0362	0,0000
Livello di istruzione* :	massimo	26,1104	10,1485	0,0100	6,8024	2,1294	0,0010
	intermedio	7,6305	7,6138	0,3170	1,6667	1,5976	0,2970
	minimo	4,4911	6,0799	0,4600	0,9340	1,2757	0,4640
Stato civile* :	sposato	0,9602	5,4401	0,8600	0,2011	1,1415	0,8600
	separato	4,0418	17,6799	0,8190	0,8781	3,7097	0,8130
	divorziato	9,7198	22,4319	0,6650	2,2202	4,7068	0,6370
	vedovo	-2,7342	11,3946	0,8100	-0,5611	2,3909	0,8140
Tipo di lavoro* :	fulltime	-0,8208	0,5299	0,1220	-0,1722	0,1112	0,1210
	part_time	-6,6172	15,7904	0,6750	-1,3150	3,3132	0,6910
Stato di salute* :	molto buono	31,6556	15,8800	0,0470	8,1548	3,3320	0,0140
	buono	39,0379	15,2010	0,0100	9,5308	3,1896	0,0030
	accettabile	42,7983	14,9210	0,0040	10,6588	3,1308	0,0010
	cattivo	33,4104	14,9640	0,0260	8,4971	3,1398	0,0070
Genere del badato* :	uomo	-12,0831	4,7579	0,0110	-2,4872	0,9983	0,0130
Età del badato:	età	0,5380	0,3291	0,1020	0,1129	0,0690	0,1020
Stato civile del badato* :	sposato	4,3453	8,7263	0,6190	0,9113	1,8310	0,6190
	vedovo	5,3072	8,8163	0,5470	1,1220	1,8499	0,5440
Reddito netto del badato^a:	reddito netto (incluso quello da lavoro)	0,4066	0,2473	0,1010	0,0853	0,0519	0,1000
Stato di salute del badato* :	accettabile	-20,1618	8,5796	0,0190	-3,6913	1,8002	0,0400
	cattivo	-11,0973	3,9511	0,0050	-2,3636	0,8290	0,0040
Numero complessivo dei badanti:	n badanti	29,2046	2,3852	0,0000	6,1279	0,5005	0,0000
Reddito annuale della famiglia^a		-0,3776	0,1080	0,0010	-0,0792	0,0227	0,0000
	costante	-141,9581	32,2139	0,0000	-29,7865	6,7593	0,0000

Note: Numero di osservazioni=728

Numero di osservazioni con y<=0=527

Log likelihood = -1132.9745

Pseudo R2 = 0.1364

(*) dF/dx è un cambiamento discreto nella variabile *dummy* tra zero e uno.

(a) in milioni di lire.

Scheda 3.

L'ECHP wave 2 - 1995

Universo: 17.780 individui intervistati.

Definizione di disabilità: persona che dichiara di essere impossibilitata in maniera grave nelle sue attività giornaliere da problemi fisici o mentali cronici, malattie o disabilità.

Numero di disabili: 1.242.

Numerosità del campione su cui è stata effettuata l'analisi: 728 individui. Il campione contiene gli individui "non disabili" che appartengono ad una famiglia in cui c'è almeno un membro disabile anziano (over 65).

Numero badati: 392 individui.

Criterio per definire un individuo "badato":

a cascata:

1. il membro della famiglia gravemente disabile che dichiara di non badare a nessuno
2. il più vecchio membro della famiglia gravemente disabile (anche se dichiara di badare a qualcuno)

Numero badanti: 201 individui.

Criterio per definire un individuo "badante":

1. individuo che dichiara di badare ad un membro convivente della propria famiglia che non sia un bambino.

Numero non badanti: 527 individui.

Criterio per definire un individuo "non badante":

1. individuo appartenente ad una famiglia in cui un membro è badato che dichiara di non badare ad alcun membro della sua famiglia.

Caratteristiche della popolazione dei "badati":

genere: 173 uomini, 219 donne

età: età minima= 65 anni, età massima= 86

stato civile: 234 sposati, 1 separato, 1 divorziato, 132 vedovi, 24 celibi/nubili/single.

reddito: media=11.031,53; standard deviation=9.657,985; valore minimo=0; valore massimo=83.189.

Caratteristiche della popolazione dei "badanti":

genere: 63 uomini, 138 donne

età: età minima= 17 anni, età massima= 86, età media=51,9, standard deviation=16,0.

stato civile: 138 sposati, 2 separato, 1 divorziato, 7 vedovi, 53 celibi/nubili.

reddito: media= 10.473,1; standard deviation= 10.572,65; valore minimo=0; valore massimo=64.321.

Caratteristiche della popolazione dei "non badanti":

genere: 288 uomini, 239 donne

età: età minima= 17 anni, età massima= 86, età media=51,0, standard deviation=20,3.

stato civile: 307 sposati, 4 separato, 4 divorziato, 13 vedovi, 199 celibi/nubili.

reddito: media=10.798,02; standard deviation=11.180,73; valore minimo=0; valore massimo=76.738.

Altro: 332 individui appartengono a famiglie con un solo caregiver

132 individui appartengono a famiglie con 2 caregiver

29 individui appartengono a famiglie con 3 caregiver

10 individui appartengono a famiglie con 4 caregiver

6 individui appartengono a famiglie con 5 caregiver

Appendice

Tabella 1 - Persone assistite che vivono in coppie con figli conviventi classificate in base al *care giver*, alla classe di età e alla presenza di disabilità - Anno 1998 (percentuali)

	Fino a 64 anni		65 anni e più		Totale	
	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili
Parenti consanguinei maschi	13,5	18,8	20,5	9,0	16,4	19,5
Parenti consanguinei femmine	22,6	37,0	38,3	25,2	29,1	38,5
Parenti acquisiti maschi	5,3	8,0	6,3	2,0	5,7	8,3
Parenti acquisiti femmine	11,7	12,9	1,9	5,0	7,6	8,5
Altro parente	20,2	12,0	6,1	24,8	14,4	12,9
Altri conoscenti	16,2	9,2	21,9	26,5	18,6	10,1
Altre persone	10,4	2,0	5,0	7,3	8,2	2,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine: "Famiglie, soggetti sociali e condizioni dell'infanzia" (1998).

Tabella 2 - Persone assistite che vivono in coppie senza figli conviventi classificate in base al *care giver*, alla classe di età e alla presenza di disabilità - Anno 1998 (percentuali)

	Fino a 64 anni		65 anni e più		Totale	
	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili
Parenti consanguinei maschi	6,2	15,4	19,3	14,9	22,0	15,2
Parenti consanguinei femmine	43,4	32,3	35,0	33,1	34,1	32,6
Parenti acquisiti maschi	7,7	13,6	6,9	5,1	6,6	10,4
Parenti acquisiti femmine	6,3	17,1	11,5	13,7	10,2	15,8
Altro parente	23,5	10,6	10,5	15,3	11,5	12,4
Altri conoscenti	9,5	9,5	10,3	13,2	9,7	10,9
Altre persone	3,3	1,6	6,5	4,6	5,8	2,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine: "Famiglie, soggetti sociali e condizioni dell'infanzia" (1998).

Tabella 3 - Persone assistite sole classificate in base al *care giver*, alla classe di età e alla presenza di disabilità - Anno 1998 (percentuali)

	Fino a 64 anni		65 anni e più		Totale	
	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili
Parenti consanguinei maschi	22,8	22,9	18,6	16,9	20,4	19,3
Parenti consanguinei femmine	33,5	42,6	28,1	27,4	29,3	33,5
Parenti acquisiti maschi	-	1,3	4,8	4,5	4,2	3,2
Parenti acquisiti femmine	9,5	1,9	10,3	8,3	9,8	5,7
Altro parente	9,3	7,3	15,1	21,6	13,9	15,8
Altri conoscenti	12,4	22,7	14,7	15,4	13,9	18,4
Altre persone	12,5	1,4	8,5	5,9	8,5	4,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine: "Famiglie, soggetti sociali e condizioni dell'infanzia" (1998).

Tabella 4 - Servizi socio-assistenziali nei comuni italiani per ripartizione geografica e tipo di servizio-anno 1997

CATEGORIA SOCIALE	SERVIZIO	Totale Nord	Totale Centro	Totale Sud	Totale Italia
Anziani	Assistenza domiciliare (anche diagnostica, domestica, residenziale e fornitura pasti)	73,7%	79,4%	58,4%	69,6%
	Soggiorno climatico / termale	59,0%	81,5%	32,9%	53,5%
	Servizio per il turismo sociale	8,3%	10,2%	12,3%	9,8%
	Centro sociale / Centro diurno	20,0%	68,1%	23,7%	27,1%
	Alloggio autonomo (casa famiglia)	8,0%	0,7%	0,3%	4,7%
	Albergo cittadino (o casa albergo)	0,3%	1,2%	0,2%	0,4%
	Casa di riposo / Istituto di ricovero	38,9%	39,5%	24,8%	34,5%
	Trasporto agevolato	4,2%	0,6%	5,0%	4,0%
	LSU - attività lavorativa anziani	2,0%	7,5%	9,8%	5,2%
	Servizi ricreativi, di socializzazione e attività sportive	1,4%	6,5%	6,1%	3,5%
	Altra attività per anziani	2,5%	0,6%	2,4%	2,3%

Fonte: "Gli interventi in campo socio-assistenziale dei comuni italiani", Istat, anno 1997.

Capitolo 3.

Una comparazione tra sistemi europei di protezione degli anziani disabili

3.1. Introduzione

Il disegno delle politiche per la non autosufficienza nel nostro Paese potrebbe giovare – sia in positivo, sia, eventualmente, in negativo - delle esperienze, già realizzate o in via di realizzazione, di altri Paesi Europei. Anche in assenza di vincoli normativi stringenti (com'è invece avvenuto per diversi parametri della politica fiscale e monetaria, con il trattato di Maastricht e il successivo Patto di stabilità) non è, infatti, più possibile definire nuovi assetti di protezione sociale senza tener conto degli orientamenti prevalenti in sede europea. Pur se l'organizzazione e il finanziamento delle politiche di *welfare* continuano a rientrare nella sfera di competenza nazionale, secondo il principio della sussidiarietà, il Consiglio Europeo ha recentemente adottato per tali politiche il *metodo del coordinamento aperto*.

Nello specifico dell'assistenza di lunga durata, nella Comunicazione del Consiglio Europeo n°723 del 2001 si raccomanda che tutti i paesi membri garantiscano:

- l'accesso universalistico all'assistenza, indipendentemente dal livello di reddito o di ricchezza;
- un grado elevato di qualità dei servizi;
- la sostenibilità finanziaria dei sistemi di assistenza.

Se tali principi condizioneranno il futuro, è pur vero che gli attuali sistemi di protezione della disabilità differiscono fortemente gli uni dagli altri. Come evidenziato in un'efficace sintesi a cura del CNEL (2002), è possibile, sia pure con una qualche sovrapposizione, individuare cinque principali "modelli" di tutela della disabilità di lungo periodo degli anziani:

- ✓ Il modello universalistico, con copertura pressoché totale del costo delle prestazioni mediante tassazione generale, alla stregua di un servizio sanitario nazionale, adottato in Danimarca, Finlandia e Svezia;
- ✓ Il modello dell'assicurazione obbligatoria della LTC per tutta la popolazione, con prestazioni fornite sia dall'assicurazione contro le malattie, sia da un apposito Fondo, adottato nei Paesi Bassi;
- ✓ Il modello dell'assicurazione sociale obbligatoria su base lavoristica, realizzato mediante la contribuzione a Casse Mutua oppure la sottoscrizione di una polizza privata, adottato in Germania, Austria e Lussemburgo;
- ✓ Il modello della copertura nei casi di bisogno, suddivisa tra il sistema sanitario nazionale e gli enti locali, prevalente in Irlanda e nel Regno Unito, dove peraltro esistono anche, per la fascia di popolazione più benestante, forme di copertura mediante assicurazione privata; è il modello al quale si può ricondurre, sia pure con molta approssimazione, la realtà del nostro Paese.
- ✓ Il modello misto che combina le tradizionali assicurazioni sociali, ossia le Casse Malattia/Vecchiaia/Infortunio, con il sistema di assistenza sociale a carico della fiscalità generale al quale si possono ricondurre i casi di Belgio, Grecia, Spagna, Francia e Portogallo.

Per descrivere con un maggiore grado di dettaglio le caratteristiche distintive dei diversi modelli si è individuato, all'interno di ciascun gruppo, un "paese rappresentativo". Nella fattispecie a rappresentanza di ciascuno dei primi quattro modelli si sono considerati i casi della Svezia, della Germania, dell'Olanda e del Regno Unito. Per l'ultimo gruppo, più eterogeneo e di più difficile

“descrizione stilizzata”, in mancanza di un Paese sufficientemente “rappresentativo”, si è optato per la Francia.

Inoltre, al fine di disporre di un termine di confronto afferente, sul piano delle politiche di protezione sociale, a una realtà assai diversa da quelle europee, qualche riferimento viene fatto anche alla realtà degli Stati Uniti.

Mentre si rimanda all'appendice per una descrizione più dettagliata dei singoli Paesi esaminati, l'analisi comparativa dei diversi sistemi così individuati fa ricorso a indicatori sintetici, volti in particolare a evidenziarne l'adeguatezza, l'equità e la sostenibilità finanziaria.

3.2. Indicatori utili a un confronto tra i diversi sistemi di protezione dell'anziano disabile

Gli indicatori ai quali si fa riferimento per una descrizione dei sistemi LTC comprendono:

- i tassi di copertura, ossia la percentuale di anziani ricoverati in strutture residenziali o assistiti domiciliarmene;
- la dimensione economica dell'intervento pubblico, ossia l'entità della spesa pubblica per la *Long Term Care*;
- i meccanismi di finanziamento;
- il grado di copertura del rischio;
- la dimensione territoriale dell'intervento;
- la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni erogate;
- le modalità di compartecipazione degli assistiti alla spesa pubblica;
- la presenza di interventi volti all'incentivazione dell'assistenza informale e familiare, ossia la presenza di misure a sostegno di attività di cura da parte di membri della famiglia e/o misure che obblighino i familiari alla compartecipazione alla spesa per le prestazioni *LTC* a favore dell'anziano disabile.

Una volta di più è necessaria una premessa di natura cautelativa. Com'è ovvio, la comparazione risente non soltanto dell'estrema eterogeneità dei criteri e delle fonti di informazione, ma anche di una grave insufficienza delle stesse. Anzitutto, i diversi paesi adottano approcci diversi alla stessa definizione della disabilità; in secondo luogo, non poca confusione viene ingenerata dalla mancanza di una divisione chiara delle competenze dei diversi operatori coinvolti nell'erogazione delle prestazioni (pubblici, privati, formali e informali). Infine, spesso non si dispone neppure delle necessarie informazioni di base (ad esempio, il numero degli assistiti): in parte, ciò dipende dal fatto che le istituzioni non sono abbastanza responsabilizzate e conscie dell'importanza dell'informazione; in parte, deriva dalla complessità nel definire gli ambiti operativi della *Long Term Care* e dall'accentuato localismo degli interventi.

Il problema di un'adeguata informazione travalica i confini nazionali e ciò induce a ritenere che sforzi debbano essere compiuti anche a livello europeo, in analogia a quanto avviene negli Stati Uniti con la *National Long Term Care Survey* (NLTCS), per superare tali lacune mediante un'indagine campionaria *ad hoc*, ovviamente ispirata a criteri omogenei in tutto il territorio dell'Unione.

Con queste premesse, i dati e le informazioni presentati nella tabella 1 debbono essere intesi soltanto come un primo esercizio di comparazione, volto soprattutto a mettere in luce punti nodali e a porre le basi per più fondate analisi future. Le pagine che seguono sono dedicate a una lettura ragionata della tabella.

Tabella 1 – Una comparazione dei sistemi di assistenza di lungo termine in diversi Paesi

	Svezia	Regno Unito	Germania	Olanda	Francia	Italia	Stati Uniti
Tipologia	Schema di assicurazione e sociale universalistico	Sistema di protezione sociale non contributivo	Assicurazione obbligatoria per la <i>Long Term Care</i> e assistenza sociale	Sistema di assicurazione malattia	Assicurazione sociale e casse previdenziali	Sistema di protezione sociale non contributivo	Assistenza sociale
Tassi di copertura	16,1%	22,8%	14,3%	20,8%	12,6%	4,4%	16,7%
<i>Popolazione anziana assistita in presidi residenziali</i>	7,9%	5,2%	4,3%	8,8%	6,5%	1,4%	4,8%
<i>Popolazione anziana assistita domiciliare</i>	8,2%	17,6% (24,9% se si include l'aiuto privato)	10%	12%	6,1%	3% (1,7% se si considera solo l'ADI)	11,9%
Dimensione economica dell'intervento pubblico (% Pil)							
<i>Spesa per la LTC</i>	2,5%	1,5%	1,1%(?)	2,7%	n.d.	1,4%	1,4%
<i>Quota di spesa pubblica sul totale della spesa LTC</i>	95%	64%	21% (spesa comunale, escluse le casse mutua)	67%	(0,5% Pil)	54% (?)	60%
Finanziamento dell'intervento pubblico							
<i>Metodo di finanziamento</i>	Ripartizione	Ripartizione	Ripartizione	Ripartizione	Ripartizione	Ripartizione	Ripartizione
<i>Base contributiva</i>	Tassazione generale	Tassazione generale	Contributi sul reddito da lavoro	Contributi sul reddito	Tassazione generale e contributi alle casse	Tassazione generale	Tassazione generale
<i>Legame tra contributi e prestazioni</i>			Nulla	Nulla			
Copertura del rischio							
<i>Campo di applicazione</i>	Universale	Universale	Universale	Universale	Universale	Universale	Stato di povertà
<i>Definizione della copertura</i>	Necessità di assistenza e cura	Necessità di assistenza e cura	Necessità di assistenza e cura in ADL	Necessità di assistenza e cura	Necessità di assistenza e cura	Necessità di assistenza e cura	Necessità di assistenza e cura
<i>Periodo di maturazione dei diritti</i>	Nessuno	Nessuno	5 anni per l'assicurazione e LTC, nessuno per l'assistenza	Nessuno	Nessuno	Nessuno	Nessuno
Dimensione territoriale dell'intervento pubblico							
<i>Dimensione</i>	Locale	Locale	Nazionale	Locale	Locale (?)	Locale	Nazionale

Tabella 1 – continua...

Caratteristiche delle prestazioni erogate							
<i>Tipologia</i>							
<i>Per assistenza domiciliare</i>	Natura	Denaro e natura	Denaro e natura	Natura	Denaro	Denaro e natura	Natura
<i>Per assistenza semiresidenziale</i>	Natura	Denaro	Natura	Natura	Natura	Denaro e natura	?
<i>Per assistenza residenziale</i>	Natura	Denaro e natura	Natura	Natura	Denaro e natura	Denaro e natura	Natura
<i>Altri trasferimenti monetari</i>	No	Sì	Sì	No	No	Sì	?
<i>Importo e/o valore</i>	Variabile in base al grado di bisogno	Variabile in base al grado di bisogno	Variabile in base al grado di bisogno	Variabile in base al grado di bisogno	Poco variabile in base al grado di bisogno	Variabile in base al grado di bisogno	Variabile in base al grado di bisogno
Compartecipazione							
	<i>Means test</i>	Compartecipazione ai costi	<i>Means test</i> per la sola assicurazione e sociale	Compartecipazione ai costi	<i>Means test</i> solo per alcuni trasferimenti	<i>Means test</i> e compartecipazione	?
Incentivi all'assistenza informale							
<i>Presenza di incentivi</i>	Sì	No	Sì	No	Sì	Sì	No

Fonti:

Tassi di copertura:

Per la Svezia: National Board on Health and Welfare, anno 2000;

Per il Regno Unito: Royal Commission on *Long Term Care*, anno 1996;

Per la Germania: Ministero della Sanità tedesco, anno 2000;

Per l'Olanda: OECD, anni 1992-1995;

Per la Francia: OECD, anni 1992-1995;

Per l'Italia: Servizio Informativo del Servizio Sanitario Nazionale, anno 1999; per l'assistenza domiciliare dati OECD, anni 1992-1995;

Per gli Stati Uniti: National *Long Term Care Survey*, anno 1994.

Dimensione economica dell'intervento:

Per la Svezia: Swedish Ministry of Health and Social Affairs, anno 1999;

Per il Regno Unito: Royal Commission on *Long Term Care*, anno 1996;

Per la Germania: Ania (2002), anno 1998;

Per l'Olanda: OECD, anni 1992-1995;

Per la Francia: OECD, anni 1992-1995;

Per l'Italia: Bertelsmann Foundation (spesa pubblica), anno 1995, CNR e Libro Bianco sul Welfare (spesa privata), anno 1998;

Per gli Stati Uniti: Niefeld et altri (1999), anno 1997.

Copertura del rischio e caratteristiche delle prestazioni erogate: *Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA*, anno 2003.

3.3. Efficacia e adeguatezza

La soddisfazione dei bisogni assistenziali richiede che le prestazioni complessivamente erogate dal sistema siano quantitativamente e qualitativamente idonee. In altri termini, l'offerta di servizi dovrebbe essere adeguata alla domanda, varia e rispondente a precisi canoni qualitativi.

i) *Dimensioni dell'offerta*. Purtroppo non si dispone dei dati relativi alla domanda potenziale di servizi nei diversi paesi, ma si osserva unicamente la cosiddetta domanda soddisfatta; non è possibile pertanto disporre di indicatori sintetici atti a cogliere la discrepanza tra domanda e offerta. Né va trascurato il fatto che, come evidenziato in svariate ricerche (si veda, ad esempio, Kemper 1992) e come avviene in larga misura per la domanda di tipo sanitario, anche la domanda di Long Term Care risulta fortemente indotta dall'offerta.

In queste condizioni, non stupisce che paesi oggetto di analisi differiscano molto in termini di percentuale di popolazione anziana assistita (di qui in avanti per brevità “tassi di copertura”). Olanda e Regno Unito mostrano tassi di copertura superiori al 20 per cento. Gli altri paesi hanno invece tassi del 13-17 per cento. L'Italia si contraddistingue per un grado di copertura drasticamente più basso degli altri Paesi.

Tali differenze sono verosimilmente riconducibili molteplici cause: da una diversa incidenza della disabilità tra gli anziani nei diversi paesi a difformità nei criteri utilizzati dall'eterogeneo insieme di fonti a cui fanno riferimento sia la rilevazione, sia la classificazione dei servizi; da importanti differenze nei modelli sociali e familiari a una diversa efficacia dei differenti modelli organizzativi. Purtroppo non è possibile, per insufficienza di dati, scomporre le diverse cause di differenze così marcate nei tassi di copertura e neppure stabilire una graduatoria tra di esse.

In questa prospettiva, il livello particolarmente basso della copertura italiana non può ovviamente essere considerato un indice di arretratezza nell'organizzazione dei servizi, potendo esso riflettere il ben maggiore ruolo informale che, nel nostro paese, la famiglia ha ancora nella cura degli anziani. Un'indiretta conferma di ciò può essere ricavata da un lavoro di Osterle (1999), il quale mostra come, a dispetto della notevole divergenza nei tassi di copertura, non vi siano – ad esempio tra Italia, Regno Unito e Olanda - grosse differenze nelle liste di attesa.

Le differenze nel grado di copertura si riflettono in una certa misura sull'ammontare della spesa per *Long Term Care*, in percentuale del Pil. Quest'ultima sembra peraltro direttamente correlata con la spesa complessiva per la protezione sociale. Secondo dati Eurostat 1994, i cinque paesi europei analizzati si collocano, quanto a spesa sociale, tutti al di sopra della media europea (mentre l'Italia si colloca al di sotto di tale valore) e a essi (con la sola eccezione della Francia di cui non conosciamo la spesa) corrisponde anche una maggiore spesa per la LTC.

In ogni caso, va nuovamente ribadito come l'entità della spesa non costituisca una misura idonea per la valutazione dell'efficacia degli interventi e, data la rilevanza - anche prospettica, considerato l'ineludibile invecchiamento demografico - del tema, si sottolinea una volta di più l'urgenza di un'indagine conoscitiva.

ii) *Qualità dell'offerta*. Per conseguire un maggior grado di adattamento dell'offerta alle esigenze e alle preferenze dei soggetti assistiti, l'organizzazione e la realizzazione dei servizi di LTC vengono solitamente devoluti alle autorità locali, meglio in grado di praticare una diversificazione qualitativa degli interventi, di concedere ai singoli un certo grado di libertà nella scelta delle prestazioni di cui usufruire e di fornire l'incentivazione dell'assistenza informale all'interno della famiglia. Naturalmente, se da un lato maggiori poteri agli enti locali si configurano come premessa per una maggiore efficacia dei servizi, dall'altro possono anche condurre a una maggiore dispersione della qualità tra aree.

Sotto questo profilo, i primi due criteri adottati nell'ambito del coordinamento aperto (accesso universalistico alle prestazioni ed elevato grado di qualità, *cfr.* l'introduzione al presente capitolo) appaiono lungi dall'essere realizzati e l'eterogeneità domina, sia in termini di prestazioni, sia in termini di risorse. In ogni caso, a livello di confronto tra Paesi europei, sebbene la dimensione locale prevalga in tutti i Paesi analizzati, i casi del Regno Unito e dell'Italia si contraddistinguono per la mancanza di standard minimi di intervento sull'intero territorio. In questo caso, il localismo non è fonte di maggior efficienza, ma di maggiore disuguaglianza.

In relazione alla diversificazione qualitativa degli interventi, tutti i paesi esaminati erogano prestazioni in natura, differenziate in servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali. In generale, i trasferimenti monetari senza restrizioni nell'impiego enfatizzano la libertà di scelta, ma sono anche tipici dei paesi in cui la rete di servizi è meno sviluppata e vi è limitata possibilità nella scelta delle prestazioni in natura. Non a caso assumono un peso rilevante nel Regno Unito, in Francia e in Italia, mentre sono scarsamente presenti in paesi come la Svezia e l'Olanda. La Germania pur disponendo di una efficiente rete di servizi eroga anche trasferimenti monetari, ma soprattutto a tutela dei casi di

disabilità non coperti dall'assicurazione LTC e in sostituzione dell'assistenza domiciliare (anche se quest'ultima opzione è disincentivata: il trasferimento monetario per l'assistenza domiciliare ammonta infatti alla metà dell'importo della prestazione a cui altrimenti si avrebbe diritto).

Infine, è indubbio che un ruolo centrale nella fornitura di servizi agli anziani disabili sia ricoperto dall'assistenza informale, alla quale si può pensare come a una componente "residuale" rispetto al complesso di prestazioni e di interventi pubblici oppure a una componente che, pur essendo in declino, dati i cambiamenti nella famiglie, è pur sempre la soluzione preferita dall'anziano e come tale meritevole di sostegno e di incentivazione. Quest'ultima visione sembra prevalere nella quasi totalità dei paesi esaminati, i quali adottano varie forme di sussidio all'attività di *care giving* informale: dal puro sussidio economico, com'è l'assegno di accompagnamento, all'equiparazione – anche ai fini della remunerazione - dell'attività di cura alle altre attività lavorative. In Germania, in Svezia e, in parte, in Italia, ad esempio, al *care giver* viene riconosciuta la titolarità del diritto a maturare una pensione. La disposizione normativa dell'obbligo per i familiari a prestare aiuto, sebbene soltanto economico, all'anziano disabile, è presente solamente in Italia e Francia. In Germania e in alcune realtà municipali del Regno Unito è però possibile che venga richiesto alla famiglia di compartecipare alla spesa per i costi non coperti dall'assicurazione.

3.4. Equità entro le generazioni

L'equità nelle condizioni di accesso e nei criteri utilizzati per l'erogazione dei servizi è un obiettivo centrale dei sistemi di *welfare* e la ricerca di equità si concretizza in interventi volti a garantire dei standard minimi delle prestazioni; a evitare ingiustificate disuguaglianze nell'accesso e a scongiurare una regressione del proprio *status* economico al manifestarsi della disabilità (Barr, 1993).

Non tutti i sistemi esaminati garantiscono standard minimi. Come già visto nel paragrafo precedente, nel Regno Unito e in Italia, l'accentuato localismo degli interventi genera forti disuguaglianze nel territorio.

L'equità nell'accesso può però essere minacciata anche a livello meno palese attraverso una mancanza di omogeneità nei criteri di accesso alle prestazioni. A differenza di quanto avviene negli Stati Uniti, ad esempio, nei paesi europei esaminati l'universalità nell'accesso alle prestazioni da parte di tutti i residenti e il diritto a ricevere le cure di *Long Term Care* avviene sulla base della sola condizione di bisogno a prescindere dalla situazione economica. Tuttavia la condizione di bisogno viene determinata da apposite commissioni mediche di valutazione sulla base di criteri che non fanno esplicitamente riferimento a classificazioni oggettive, quali quelle utilizzate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Soltanto la Germania eroga le prestazioni sulla base della certificata presenza di disabilità nelle ADL.

Strumenti per scongiurare un regresso nel proprio status economico al manifestarsi della disabilità sono ampiamente utilizzati in tutti i paesi. Tuttavia solo in Svezia tale principio è applicato in maniera "integrale" e la copertura pubblica copre il 95% dei costi. In particolare, Regno Unito e Olanda richiedono, in alcuni casi, una compartecipazione fissa di importo non trascurabile e la stessa assicurazione tedesca richiede esborsi notevoli in quanto, ad esempio, l'assistenza residenziale non copre i costi alberghieri.

3.5. Metodi di finanziamento e sostenibilità

Dai dati relativi alla quota di spesa pubblica sul totale della spesa per *Long Term Care*, viene evidenziato che l'intervento pubblico è ovunque superiore al 50 per cento. Segno che anche nei paesi che tradizionalmente intervengono meno nelle politiche di *welfare*, il problema del sostegno agli anziani disabili è sentito in maniera forte.

Nell'analizzare i modelli di protezione sociale adottati nei diversi paesi si fa solitamente riferimento a due macro modelli: il modello *bismarkiano*, che prevede un legame molto forte tra contribuzione e

benefici e dunque è debolmente redistributivo e il modello *beveredgiano*, in cui invece l'ammontare dei benefici è poco dipendente dalla contribuzione effettiva del soggetto e dunque è molto più redistributivo (Conde-Ruiz, Profeta, 2003). Nell'ambito della LTC, nessun paese europeo lega l'erogazione delle prestazioni all'ammontare dei contributi versati, alla stregua del metodo in vigore nei sistemi assicurativi privati. Il criterio per l'attribuzione del beneficio economico è piuttosto il bisogno manifestato dall'individuo. Lo stesso sistema di protezione statunitense è dominato da un programma di assistenza pubblica finanziato attraverso la tassazione generale.

In relazione alla protezione *Long Term Care* nessun paese potrebbe dunque definirsi *bismarkiano*; tuttavia, forzando un po' la definizione, sulla base della maggiore o minore portata redistributiva dei sistemi è possibile annoverare tra i paesi più *bismarkiani* la Germania, in quanto essi finanziano il sistema mediante contributi sul reddito da lavoro, e tra i paesi più *beveredgiani*, il Regno Unito e la Svezia e l'Olanda giacché essi fanno piuttosto ricorso al finanziamento mediante tassazione generale oppure, nel caso della sola Olanda, mediante contributi sul reddito complessivo.

Il finanziamento mediante tassazione generale è, infatti, quello maggiormente redistributivo perché allarga maggiormente la base impositiva e inoltre permette di gestire la spesa per *Long Term Care* all'interno della politica di bilancio, ampliando le possibilità di intervento sulla spesa.

Il finanziamento mediante contribuzione, invece, vincola maggiormente la destinazione delle risorse.

Dal punto di vista della sostenibilità, in quasi tutti i paesi che finanziano la *Long Term Care* con la tassazione generale, la spesa è amministrata attraverso la politica generale e dunque la sostenibilità del programma di tutela e assistenza degli anziani disabili rimanda al concetto più generale di sostenibilità dell'intera politica di bilancio. Tra i paesi che invece finanziano le prestazioni mediante contributi, il sistema tedesco è l'unico che esplicitamente commisura la contribuzione alla spesa al fine di garantire l'equilibrio tra entrate e uscite (*policy income related expenditure*).

3.6. Conclusioni

Il disegno complessivo di un sistema equo ed efficiente di LTC può dirsi ancora a uno stadio preliminare in molti Paesi europei. Forse il più compiuto appare il sistema tedesco, che infatti da più parti è considerato una sorta di *benchmark* per la tutela della disabilità.

Il sistema presenta, com'è ovvio, pregi e difetti. Tra i primi si possono annoverare: regole di accesso chiare e trasparenti; una modulazione assai fine delle prestazioni, in modo da cogliere il reale stato di bisogno; la fissazione di standard qualitativi validi a livello nazionale; l'inclusione di meccanismi automatici per garantire, almeno nel medio periodo, l'equilibrio finanziario della gestione e infine la forte incentivazione nei confronti dell'assistenza informale.

A fronte di tali aspetti positivi vanno però annoverati aspetti potenzialmente negativi. Anzitutto, essendo "contributivo", il sistema finisce per pesare maggiormente l'efficienza rispetto all'equità e per comprimere fortemente una delle ragioni per lo stesso intervento pubblico in materia, la redistribuzione a favore dei soggetti meno fortunati; non offre copertura nei casi meno gravi; non copre il rischio di inflazione relativa, perché le prestazioni sono soggette a massimali; è a ripartizione e perciò poco atto ad assorbire gli *shock* demografici; richiede comunque una consistente spesa *out of pocket* e, infine, introduce nel sistema le assicurazioni private, peraltro sfruttando scarsamente i benefici della concorrenza. Ciò dipende in larga misura dall'obbligatorietà dell'assicurazione, che impone alle compagnie di assicurare, a condizioni *standard*, chiunque lo richieda, senza possibilità di praticare differenziazioni dei premi in base al rischio specifico dell'assicurato (il che ha indotto le compagnie a cercare di ridurre il rischio specifico a carico di ciascuna attraverso la predisposizione di una camera di compensazione dei rischi). L'assicurazione obbligatoria a condizioni standard è ovviamente efficace nel prevenire le discriminazioni, ma tende inevitabilmente a ridurre la concorrenza e i conseguenti effetti benefici in termini di benessere per l'assicurato.

Ove l'Italia si proponesse di adottare il "modello tedesco" dovrebbe farlo valutando con attenzione, oltre agli elementi di debolezza sopra menzionati, due ulteriori aspetti. Il primo è l'estrema difficoltà di finanziare con contributi sociali il costo dell'assicurazione obbligatoria *LTC*, visto che il problema del nostro paese, semmai, è quello di ridurre non già di aumentare il carico contributivo che grava sul costo del lavoro. Il secondo elemento concerne la possibilità di un tale sistema di convivere efficacemente con il Servizio Sanitario Nazionale. Poiché le prestazioni di quest'ultimo rappresentano in larga misura (anche se spesso per effetto di distorsioni e inefficienze) un sostituto delle prestazioni di *Long Term Care*, si creerebbero infatti, verosimilmente, incentivi perversi a scaricare sul Servizio Sanitario Nazionale i casi più gravi e onerosi.

Più che adottare in modo rigido il modello tedesco, l'Italia potrebbe pertanto cercare di incorporarne gli aspetti positivi, senza però snaturare un'impostazione che invece ci avvicina maggiormente al sistema inglese e svedese di protezione sociale.

Appendice

1. Verso il modello misto: il caso U.S.A.

Un programma privato facoltativo e un'assicurazione pubblica di base per gli indigenti. Negli Stati Uniti la decisione di tutelarsi contro la sopravvenienza della condizione di non autosufficienza è lasciata principalmente all'individuo. Non esiste infatti l'obbligo di sottoscrizione di una polizza e, nell'eventualità dell'insorgenza della disabilità, il soggetto è chiamato a pagare di propria tasca quasi tutte le spese.

Nel caso di sopravvenienza della disabilità, il programma di *Medicare* – il programma pubblico che si occupa dell'assistenza sanitaria agli anziani - copre infatti i servizi di assistenza specialistica domiciliare di tipo infermieristico, le terapie specialistiche e l'assistenza residenziale, ma soltanto per un breve periodo. Non copre inoltre le spese per la degenza in una *nursing home*.

Lo stato interviene in maniera sostanziale, attraverso il programma di *Medicaid*, solo quando l'individuo è privo di mezzi (guadagni inferiori a 532\$ al mese e impieghi non immobiliari minori di 2000\$). Dati gli elevatissimi costi di permanenza in una *nursing home* è però molto facile che l'individuo disabile finisca per incontrare i requisiti di reddito richiesti per entrare nel suddetto programma.

Tabella 1 - Spese correnti per la *Long Term Care* – U.S.A. - anno 2002 - dollari

<i>Domiciliary care</i> (per ora)			
	<i>Home care</i>		18
	<i>Nurse</i>		37
<i>Nursing home care</i> (giornaliero)			
	stanza privata		168
	stanza semi-privata		143

Fonte: *Metlife Market Survey*, Mature Market Institute (2002).

Le statistiche rivelano in proposito che la maggior parte degli anziani residenti nelle *nursing home* diventano eleggibili per il programma *Medicaid* molto presto, dopo pochi mesi di ricovero (Cadette 1999). La *Long Term Care* ha così trasformato il programma di *Medicaid* in un programma a copertura generale che impegna una parte della spesa sociale pubblica per ora piccola, ma in continua crescita.

I beneficiari delle prestazioni. I beneficiari delle prestazioni di *Long Term Care*, nel 1994 erano circa il 16,7% della popolazione anziana (dati *National Long Term Care Survey*). Di essi il 71% riceveva prestazioni dalla comunità, il 29% da strutture residenziali.

Secondo i dati elaborati dall'*Urban Institute*, nel 1995 il 90% circa della popolazione anziana era a vario titolo inserita nel programma *Medicaid*.

La diffusione dell'assicurazione privata. Come mostrano i dati divulgati dalla *Health Insurance Association of America* (HIAA) il numero di persone che ha sottoscritto una polizza LTC dal 1990 al 1998 è

triplicato, portandosi a 6,8 milioni. Si tratta tuttavia di un numero ancora contenuto rispetto al totale della popolazione americana.

Accanto a tutte le considerazioni circa la sottovalutazione del rischio da parte dei giovani, le imperfezioni (*moral hazard* e *adverse selection*, elevati costi amministrativi, di marketing e di vendita) e la mancanza di trasparenza del mercato assicurativo, è però proprio la presenza del programma di *Medicaid* ad essere individuata come principale responsabile del mancato sviluppo del mercato delle assicurazioni private (Cutler 1993, Pauly 1990). Garantendo una copertura universale a costo zero, disincentiva infatti l'acquisto di una copertura privata.

La spesa. Secondo una stima¹ Niefeld et al. (1999), nel 1997, la spesa Usa per *Long Term Care* ammontava all'1,38% del Pil (115 miliardi di dollari). Il 66% di tale spesa era finanziata dal programma di *Medicaid* (circa 40%) e dagli esborsi dei privati (circa 25%). Il 20% era finanziata dal programma di *Medicare* e solamente il 14% dalle assicurazioni private (8% circa) e da altre fonti (Niefeld et al. 1999).

Il finanziamento della spesa pubblica. Il programma di *Medicaid* è finanziato attraverso la fiscalità generale, il programma di *Medicare* è invece un programma di assicurazione sociale finanziato da appositi contributi sul reddito da lavoro² (*Medicaid tax*).

Aspetti problematici del sistema:

1. L'accesso al sistema pubblico è soggetto a una rigida e selettiva prova dei mezzi. Parallelamente il mercato delle assicurazioni private non è affatto sviluppato. Molte persone si trovano dunque a dover far fronte alle spese con i propri mezzi, salvo poi rientrare, all'esaurirsi delle stesse, nel programma di assistenza pubblica. Di fatto viene dunque garantita una copertura universalistica, ma solo nel momento in cui l'anziano sia ridotto in stato di povertà. Dati gli elevatissimi costi delle prestazioni di *Long Term Care*, il percorso verso la riduzione allo stato di povertà sembra però inevitabile. Ci si interroga perciò sull'opportunità di prevedere l'intervento dello stato prima del subentrare della povertà.
2. Come sottolineato da Felder (Felder et altri, 2000), un altro problema rilevante pare essere la mancanza di coordinazione tra autorità federali e statali nell'erogazione dei servizi. Data la mancanza di integrazione e coordinamento, c'è la tendenza a cercare di scaricare progressivamente la maggior parte dei costi sul programma di *Medicare* determinando una rapida espansione delle prestazioni dello stesso.

2. I modelli europei

2.1. Un sistema pubblico universalistico a copertura totale: il caso della Svezia

Il sistema svedese è disegnato affinché l'anziano che incorra nella non autosufficienza non sia costretto a ricorrere all'assistenza sociale. Il finanziamento e l'erogazione delle prestazioni di *Long Term Care* sono prevalentemente pubbliche e gestite a livello locale. La tutela è universalistica e la richiesta di compartecipazione è ridotta. Le autorità locali sono tenute sulla base del cosiddetto *Social*

¹ E' difficile avere una chiara visione dei costi aggregati per la *Long Term Care* e della loro ripartizione tra diverse fonti di finanziamento perché a fonte diversa corrispondono stime diverse.

² Il 2,9% del reddito per il 50% coperto in parti uguali da lavoratore e datore di lavoro.

Service Act a prestare assistenza domiciliare o residenziale a chiunque necessiti di aiuto. A loro spetta inoltre l'onere di indagare i bisogni della comunità e attuare su tali basi programmi di assistenza specifici.

A sostegno della cosiddetta assistenza informale, le autorità locali sono inoltre tenute ad “assumere” il *care giver* oppure a fornire l'assistito di provvidenze economiche sufficienti a remunerare questa tipologia di assistenza.

I criteri per la determinazione dello stato di bisogno. I soggetti sono ammessi alla fruizione dei servizi di assistenza sulla base del loro stato di bisogno. Per la determinazione di tale stato non viene fatto riferimento a criteri oggettivi e unici. In particolare, l'erogazione delle prestazioni di servizi personali e sanitari e di aiuto a domicilio non necessita, fatta eccezione per alcune regioni, di riferimento medico (CNEL 2002).

I beneficiari delle prestazioni. Secondo i dati riportati dal *National Board on Health and Welfare*, i beneficiari delle prestazioni di *Long Term Care* nel 2000 erano il 16,1% della popolazione con più di 64 anni e il 39,7% della popolazione con più di 79 anni. L'8,2% della popolazione anziana usufruiva di assistenza domiciliare e il 7,9% di quella residenziale.

La spesa. Secondo i dati dello *Swedish Ministry of Health and Social Affairs*, la spesa pubblica per l'assistenza di *Long Term Care*, nel 1999 ammontava a 6,2 miliardi di dollari, pari al 2,5% del PIL. Il 73,7% della stessa faceva riferimento all'assistenza residenziale, il 24,1% all'assistenza domiciliare e il 2,1% al servizio taxi. Come si può vedere dalla tabella 4, la spesa per anziano disabile è però molto variabile da comune a comune.

Il finanziamento della spesa. Le prestazioni erogate dalle autorità locali sono finanziate da imposte locali sul reddito (64%), da trasferimenti dello Stato (15%) e da affitti e imposte indirette (10%). L'aliquota media di tali imposte nel 2002 è stata pari al 20,57%. La spesa *out of pocket*, invece, è risultata pari al solo 5% della spesa. Va tuttavia rilevato che tali cifre variano in maniera consistente tra municipalità. In proposito, per i comuni svantaggiati da una struttura demografica particolarmente sbilanciata a favore delle classi d'età anziane o da ragioni che esulano dalla possibilità di controllo della municipalità stessa, è prevista una sorta di trasferimento statale a fini redistributivi (*National Board of Health and Welfare*, 2000).

Non è previsto l'obbligo della famiglia dell'assistito alla compartecipazione alla spesa.

Aspetti problematici del sistema:

1. Il sistema svedese rimane il più generoso sistema di tutela della disabilità di lungo periodo presente in Europa, nonostante la forte crisi economica degli anni novanta abbia comunque determinato alcuni cambiamenti sostanziali nel sistema. Ora il sistema è più concentrato sulla tutela dei più anziani e bisognosi (sono cioè state ridotte le prestazioni per coloro i quali presentavano meno bisogno), è più decentralizzato (ossia il centro decisionale dalle regioni è passato alle municipalità e dall'autorità locale ai familiari degli assistiti) e la quota dei *care givers* privati è aumentata.
2. Come osserva Karlsson (2003), se da un lato, l'universalità della copertura annulla i fenomeni di selezione avversa e la richiesta di compartecipazione alla spesa limita l'azzardo morale, dall'altro l'assenza di competizione nel mercato dei fornitori potrebbe essere fonte di inefficienza (manca l'incentivo alla minimizzazione dei costi).

3. Le forti differenze nella tipologia delle prestazioni erogate, nei criteri di determinazione dello stato di bisogno e nell'entità della compartecipazione richiesta nelle diverse municipalità sono inoltre fonte di iniquità. A maggior ragione quando si riscontra una spiccata mobilità dei soggetti nel territorio che potrebbe far pensare a *welfare magnets* ossia a migrazioni strategiche volte a approfittare dei migliori servizi offerti senza averne subito l'onere del finanziamento.

2.2. Un'assicurazione sociale obbligatoria a copertura universale: il caso della Germania

Un'assicurazione sociale obbligatoria a copertura universale solo per i casi gravi. Il modello tedesco è un modello che può essere definito a metà tra pubblico e privato. Mentre la gestione, la responsabilità e i costi del sistema fanno capo ad un'assicurazione o ad una cassa mutua privata, l'obbligatorietà dell'iscrizione e la contribuzione in base al reddito nonché il metodo di finanziamento e i vincoli imposti alle assicurazione in termini di premi, prestazioni e obblighi di contrarre sono tipici di un sistema pubblico.

Il sistema prevede tetti massimi alle prestazioni e pochissima richiesta di compartecipazione. All'assicurato cui venga certificata una disabilità grave, viene data la facoltà di percepire prestazioni in denaro in sostituzione delle prestazioni in natura o di parte di esse. Come si può vedere dalla tabella 5, l'importo delle prestazioni in denaro è inferiore al valore della corrispondente prestazione in natura.

Il sistema incentiva l'assistenza informale. Le Casse Mutua sono obbligate a versare i contributi previdenziali a carico a favore di chi presta assistenza non retribuita all'assistito per un numero minimo di 14 ore settimanali ed è disoccupato o lavora meno di 30 ore settimanali. L'entità dei contributi è commisurata al carico di lavoro effettivamente svolto, ma deve comunque collocarsi ad un livello tale da poter garantire il diritto a pensione.

Non esiste un obbligo legale per i familiari di prestare cure all'anziano disabile, ma è possibile che venga loro richiesto di compartecipare alla spesa per i costi che non vengono coperti dall'assicurazione (ad esempio, i costi alberghieri nelle *nursing home*).

Obbligatorietà dell'iscrizione. L'iscrizione alle Casse è obbligatoria per tutti i lavoratori dipendenti al di sotto di un certo reddito e la copertura riguarda non solo il contribuente (lavoratori, pensionati e disoccupati), ma anche i suoi familiari. La Cassa di Assistenza per legge deve essere gestita dallo stesso ente che gestisce l'assicurazione sociale di malattia e con quest'ultima deve condividere sia gli organi di gestione, sia il personale amministrativo, sia le strutture mediche convenzionate.

I lavoratori dipendenti che decidono di non partecipare ai piani assicurativi statuari (*statutory health insurance plan*) così come pure quelli che superano un certo reddito annuo senza aver dei familiari a carico e i lavoratori rientranti nelle categorie dei funzionari pubblici, dei magistrati, dei lavoratori autonomi e dei militari di carriera sono obbligati a stipulare un'assicurazione privata.

Le prestazioni. Le prestazioni, come già detto, sono offerte in forma di servizi (cure ospedaliere, ambulatoriali, farmaci, ecc...) oppure in denaro e sono differenziate in base al grado di necessità manifestata dall'individuo: rilevante, grave, gravissima. L'assistenza domiciliare include vari aiuti e servizi, apparecchi e assistenza tecnica, assistenza diurna e notturna, ricoveri brevi.

L'assistenza residenziale non copre tutti i costi, bensì valgono anche in questo caso livelli massimi di copertura. Sono a carico dell'assistito sia la camera, sia i costi del servizio.

Quando non è possibile garantire un'adeguata assistenza domiciliare è prevista una assistenza "parziale" diurna o notturna presso le strutture organizzate (semiresidenziale).

I criteri per la determinazione dello stato di bisogno. Il beneficiario delle prestazioni di *Long Term Care* è la persona giudicata dalle apposite *equipe* mediche non autosufficiente ovvero impedita nello svolgimento di due o più attività quotidiane (ADL) rientranti nella categoria dell'igiene personale, dell'alimentazione, della mobilità, delle faccende domestiche. In particolare, le prestazioni sono differenziate in base a 3 livelli di non autosufficienza: nel primo livello rientrano le persone che necessitano di aiuto nello svolgimento di attività del vivere quotidiano per almeno 90 minuti al giorno; nel secondo livello rientrano le persone che necessitano di aiuto almeno 3 volte al giorno; nel terzo rientrano le persone che necessitano di aiuto per almeno 5 ore al giorno di cui almeno 4 dedicate alla cura di base della persona.

I beneficiari. Dai dati forniti dal Ministero della Sanità Tedesco, nel 2000 erano iscritti all'assicurazione sociale 71,42 milioni di persone. Mentre, secondo le rilevazioni del 1998 (che quindi non sono pienamente confrontabili con il numero di iscrizioni all'assicurazione sociale citato in precedenza) le persone assicurate presso un'assicurazione privata erano 8,13 milioni.

I beneficiari dell'assistenza domiciliare nel 1999 erano in tutto 1,35 milioni (il 10% circa della popolazione anziana), di cui solo 10 mila assistiti dal sistema privato (0,07% della popolazione anziana). Per lo più si trattava di casi con disabilità del primo tipo (il 52% degli assistiti dall'assicurazione sociale, il 45% degli assistiti dall'assicurazione privata). Solo l'11% circa degli assistiti dall'assicurazione sociale e il 15% degli assistiti dall'assicurazione privata erano invece affetti da disabilità del terzo tipo.

Dei 570 mila beneficiari dell'assistenza residenziale (4,3% della popolazione anziana), ben 546 mila erano assicurati presso l'assicurazione sociale. La disabilità di terzo grado riguardava unicamente il 21% dei beneficiari dell'assicurazione sociale e il 33% dei beneficiari dell'assicurazione privata.

Spesa. Nel 1991, ossia prima della riforma, a dispetto di un ammontare totale della spesa di 8,23 miliardi di Euro, l'80,9% della spesa era finanziata dai comuni. Dopo la riforma, la percentuale finanziata dai comuni è scesa al 21,3%, mentre il 78,7% è ora finanziato dalle assicurazioni di cura pubbliche e private. La spesa per *Long Term Care* nel 1997 è complessivamente cresciuta passando a 20,9 miliardi di Euro (Fonte: Ania 2002).

Il finanziamento. Il sistema delle Casse mutua è di fatto finanziato a ripartizione. L'aliquota contributiva è fissata per legge in modo che le spese non eccedano le entrate contributive (*policy income related expenditure*). Attualmente essa ammonta all'1,7% del reddito ed è per il 50% a carico del lavoratore e per il 50% a carico del datore di lavoro.

Per accedere alle prestazioni assistenziali, oltre alla richiesta cui segue l'accertamento dell'effettivo stato di bisogno, occorre un periodo minimo di soli 5 anni di contribuzione al fondo di assistenza.

Tabella 2 - Ammontare di contributi e prestazioni erogate dalle Casse Mutua - valori 1999 - in Euro

CONTRIBUTI	PRESTAZIONI			
	Grado di disabilità	Assistenza domiciliare		Assistenza residenziale
Assicurazione sociale		Assegni in denaro	Prestazioni in natura	Prestazioni in natura
	I (almeno una volta al giorno per 2 ADL)	204,52	383,475	1022,6
1,7% del reddito fino ad un massimo di 57,38 Euro mensili	II (almeno 2 volte al giorno per 2 ADL)	409,04	920,34	1278,25
	III (continuativa)	664,69	1431,64	1431,64
	Casi eccezionali		1917,375	1687,29

Fonte: Ministero della Sanità tedesco

La diffusione dell'assicurazione privata. Il programma di assicurazione sociale copre il 90% della popolazione, il restante 10% è coperto dall'assicurazione che svolge un ruolo sostitutivo rispetto alle prestazioni pubbliche.

L'assicurazione stipulata presso una compagnia di assicurazioni privata deve garantire prestazioni equivalenti a quelle delle Casse Mutua.

Pur nella piena autonomia, anche le assicurazioni sono soggette a vincoli circa il premio massimo. Esse sono inoltre vincolate a fornire una copertura gratuita per i figli a carico e a non effettuare discriminazioni in base al genere e allo stato di salute. Sono altresì soggette all'obbligo di contrarre e di dimezzare il premio al coniuge dell'assicurato privo di reddito.

Dati questi vincoli è stato inoltre stabilito che i premi di assicurazione e le prestazioni siano calcolati su basi uniformi, con la sola eccezione dei costi e dei ricarichi. E' stato dunque creato un sistema di compensazione tra assicurazioni.

A differenza di quanto avviene per le Casse Mutua, non esiste l'obbligo di stipulare l'assicurazione di *Long Term Care* con la stessa assicurazione presso cui si è stipulata la polizza malattie.

Tabella 3 - Ammontare lordo mensile dei premi assicurativi

Assicurazione privata obbligatoria	
30 anni	23,89
40 anni	31,52
50 anni	44,32
60 anni	67,79
70 anni	125,32
80 anni	264,24

*valori 2001 in Euro

Fonte: Ania e Rothgang 1998

Aspetti problematici del sistema. Come osservato da Wilbers (2000), nel sistema tedesco si rilevano i seguenti difetti:

- dal momento che l'assicurazione è obbligatoria, le assicurazioni private hanno l'obbligo di assicurare, a condizioni *standard*, chiunque lo richieda. E' infatti vietato diversificare i premi in base al rischio specifico dell'assicurato. Tant'è vero che, per ridurre il rischio a carico di ogni singola assicurazione, è prevista una camera di compensazione tra assicurazioni. Tale disposizione sicuramente scongiura le discriminazioni, ma inevitabilmente riduce la concorrenza e i relativi effetti benefici in termini di minimizzazione dei costi, azzeramento dei profitti e efficienza Paretiana;
- il rischio di crescita dei prezzi relativi delle prestazioni sia per inflazione sia per effetto del miglioramento tecnologico si riflette interamente sui beneficiari: per preservare la sostenibilità finanziaria del sistema, l'assicurazione *Long Term Care* (privata e sociale) prevede infatti un tetto massimo di spesa per persona. Il sistema pubblico non ha dunque sfruttato la capacità sua propria di coprire l'evento catastrofico, ma si è limitato a fornire coperture parziali analoghe a quelle erogabili dal sistema privato;
- nonostante gli intenti iniziali, l'introduzione dell'assicurazione sociale obbligatoria non ha dimezzato il numero di percettori dell'assistenza. Le prestazioni alberghiere delle strutture residenziali sono infatti di ammontare ingente e a completo carico dell'assistito.

2.3. Un fondo per la non autosufficienza: il caso dell'Olanda

Un sistema di assicurazione a copertura universale ma parziale. L'assicurazione contro il rischio di incorrere in una disabilità di lungo periodo è inclusa nel più ampio programma di assicurazione sociale obbligatoria per la malattia.

L'assistenza *Long Term Care* è in particolare normata dal *General Act on Exceptional Medical Expenses* (AWBZ). La riforma del 1998 ha trasformato il sistema di servizi protezione dei disabili in un sistema maggiormente orientato alla domanda. Ciò ha indotto un forte decentramento del sistema. Esistono ora 31 autorità regionali di assistenza sotto l'egida dei consigli di comunità. Ad esse spetta la determinazione di piani di assistenza individuali che meglio rispondano alle esigenze mostrate dai singoli assistiti.

L'assistenza domiciliare viene erogata da associazioni non governative che vengono sussidiate dal fondo per la non autosufficienza (AWBZ). La copertura dei costi di assistenza non è totale. In particolare la spesa *out of pocket* e la compartecipazione è consistente.

Il sistema non incentiva espressamente l'assistenza informale. Né esiste l'obbligo legale dei familiari alla copertura delle spese di cura del disabile.

Obbligatorietà dell'iscrizione. L'obbligatorietà dell'assicurazione allo schema di assicurazione sociale o meglio di contribuzione al fondo per la non autosufficienza (AWBZ), a differenza di quanto avviene per l'assicurazione malattia in senso stretto³, riguarda tutti i residenti.

Le prestazioni. L'assicurazione non eroga trasferimenti in denaro, ma copre i costi dell'assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Solo in particolari casi l'anziano disabile può beneficiare

³ Il programma di assicurazione malattia si articola in due schemi. Il primo è il sistema di assicurazione sociale obbligatoria al quale sono tenuti ad aderire tutti i lavoratori dipendenti al di sotto di un certo reddito (i 2/3 della popolazione). Il secondo è invece costituito dalle assicurazioni private. L'iscrizione alle assicurazioni private è obbligatoria solo per i dipendenti pubblici.

di assegni in denaro, di importo variabile in base alla condizione di bisogno, con cui acquistare assistenza domiciliare.

I criteri per la determinazione dello stato di bisogno. Come avviene per la Svezia, i soggetti sono ammessi alla fruizione dei servizi di assistenza sulla base del loro stato di bisogno e per la determinazione di tale stato non viene fatto riferimento a criteri oggettivi e unici.

I beneficiari. L'assicurazione copre tutti i residenti nel Paese a prescindere dall'età. Non è inoltre previsto un periodo di latenza tra la stipulazione dell'assicurazione e la possibilità di divenire beneficiario delle prestazioni.

Secondo i dati Oecd l'8,8% della popolazione con più di 65 anni usufruisce dell'assistenza residenziale, mentre il 12% si avvale di assistenza domiciliare.

La spesa. Secondo una stima OECD riferita al periodo 1992-1995, la spesa per la *Long Term Care* in Olanda ammontava complessivamente al 2,7% del Pil. Il 67% di questa era pubblica.

Il finanziamento. Il finanziamento della spesa avviene attraverso il pagamento di un contributo che ammonta al 10% del reddito annuale con un tetto massimo di 3.000 Euro.

Nel caso di ricovero presso una *nursing home*, viene inoltre richiesta una compartecipazione. Tale compartecipazione può essere di due tipi, ambedue proporzionali al reddito. Il primo tipo, la cosiddetta compartecipazione "alta", ha un ammontare massimo pari a 1.708,48 Euro al mese. Il secondo tipo, denominato compartecipazione "bassa", ha invece un ammontare massimo pari a 535,46 Euro al mese.

Si stima che nel 2000, tale compartecipazione abbia coperto il 6,5% della spesa complessiva per l'assistenza domiciliare per gli anziani.

Nel caso dell'assistenza domiciliare, le associazioni non governative che provvedono all'erogazione delle prestazioni garantiscono gratuitamente l'assistenza per 2,5 ore al giorno. Eventuale richiesta di ulteriore assistenza è totalmente a carico del paziente disabile.

2.4. Un sistema pubblico universalistico a copertura parziale: il caso del Regno Unito

Un sistema pubblico a ripartizione a copertura universale ma parziale. Il sistema inglese di tutela dei disabili di lungo periodo è in parte molto simile a quello svedese nel senso che offre copertura a tutti gli anziani bisognosi ed è realizzato e configurato per la maggior parte a livello locale. Tuttavia, esso offre solo alcuni tipi di servizi e richiede una compartecipazione ingente al beneficiario della prestazione.

In particolare, le Autorità locali forniscono i servizi di carattere non sanitario ossia di assistenza domiciliare o residenziale. I servizi sanitari erogati dal Servizio Sanitario Nazionale sono per lo più gratuiti, mentre per i servizi di carattere non sanitario viene spesso richiesta una compartecipazione. Per quanto concerne i servizi domiciliari, la misura di tale compartecipazione è variabile da Autorità locale a Autorità locale. Essa può essere una percentuale contenuta e fissa del costo, essere soggetta alla prova dei mezzi (con criteri peraltro non omogenei sul territorio) oppure, infine, essere pari al costo pieno della prestazione. Per quanto concerne invece le prestazioni residenziali o in casa di cura, la richiesta di compartecipazione avviene in base a criteri stabiliti a livello nazionale.

Il sistema non prevede l'incentivazione dell'assistenza informale attraverso mezzi ulteriori rispetto all'assegno di accompagnamento e non esiste l'obbligo legale all'assistenza da parte dei familiari (lo prevedono solamente alcune realtà comunali).

Nonostante il sistema inglese di tutela ai disabili anziani offra, a differenza di quello svedese, una copertura solo parziale delle spese per il trattamento della disabilità di lungo periodo, la diffusione delle assicurazioni private è comunque limitata.

I criteri per la determinazione dello stato di bisogno. Come avviene per la Svezia e l'Olanda, i soggetti sono ammessi alla fruizione dei servizi di assistenza sulla base del loro stato di bisogno e per la determinazione di tale stato non viene fatto riferimento a criteri oggettivi e unici.

I beneficiari delle prestazioni. La *Royal Commission on Long Term Care* ha rilevato, nel 1999, 2,3 milioni di assistiti a domicilio e 480.250 assistiti presso strutture residenziali. In termini relativi rispettivamente il 17,6% (24,9% se si include l'aiuto privato) e il 5,2% della popolazione anziana (con almeno 65 anni) residente.

Tabella 4 - Numero di beneficiari di LTC per tipologia di prestazione – U.K. – anno 1999

<i>Domiciliary care</i>				100%
Home care			610.000	26%
Community Nursing			530.000	23%
Day care			260.000	11%
Private Help			670.000	29%
Meals			240.000	10%
<i>Institutional care</i>				100%
Residential care			288.750	60%
		<i>publicly financed</i>	205.000	43%
		<i>privately financed</i>	83.750	17%
Nursing home care			157.500	33%
		<i>publicly financed</i>	115.000	24%
		<i>privately financed</i>	42.500	9%
Hospital			34.000	7%

Fonte: PSSRU - Royal Commission on Long Term Care

La spesa. La spesa complessiva per il 1996 è stimabile in 7,1 miliardi di sterline per *nursing home* e servizi sociali e 4 miliardi di sterline per quanto la gente spende in proprio (*out of pocket*). Essa raggiunge nel complesso circa l'1,5% del Pil. Si deve però in proposito tenere conto del fatto che le spese in proprio sono in parte finanziate dai 6 miliardi di sterline di trasferimenti sociali erogati (*Royal Commission on Long Term Care* 1999).

Tabella 5 - Spese correnti per la *Long Term Care* - U.K.- anno 1995/1996 - milioni di sterline

Tipo di spesa	Spesa per Nursing Home	Spesa degli enti locali per servizi alla persona al netto della compartecipazione richiesta	Spesa privata		Totale
			Servizi pubblici locali: compartecipazione alla spesa	Servizi privati: rette e parcelle	
Home care		970	75		1.045
Community Nurse	675				675
Day Care	125	235	20		380
Private domestic				210	210
Meals		95	70	35	200
Chiropody	145			70	215
Residential Care homes		1.910	1.030	1.200	4.140
Nursing Homes	195	1.300	530	750	2.775
Long-stay hospital	1.425				1.425
Total	2.565	4.510	1.725	2.265	11.065

Fonte: PSSRU - Royal Commission on *Long Term Care*

Il finanziamento della spesa pubblica. Il 23% della spesa è a carico del Sistema Sanitario nazionale, il 41% è a carico delle autorità locali e il restante 36% è a carico dei privati (*Royal Commission on Long Term Care* 1999).

La spesa effettuata dalle Autorità locali è finanziata attraverso i sussidi statali, l'imposta locale sul valore degli immobili e le tasse. I sussidi statali per i servizi di cura *Long Term Care* sono finalizzati alla copertura delle spese per l'erogazione di alcuni gruppi di servizi, ma l'autorità locale ha piena discrezionalità nel decidere quanto spendere su ciascun servizio. I servizi locali hanno dunque molta autonomia di spesa.

L'ammontare di tali sussidi è deciso annualmente in sede di concertazione tra stato e autorità locali.

Il Governo stabilisce inoltre un ammontare minimo di spesa sociale (non unicamente per *Long Term Care*) che le Autorità locali devono effettuare onde garantire lo *standard* nazionale dei servizi.

Lo sviluppo del mercato delle polizze LTC. Le polizze private *Long Term Care* sono state introdotte per la prima volta nel Regno Unito nel 1991. Secondo una stima dell'*Association of British Insurers*, nel 1999 si contavano 14 compagnie di assicurazione che offrivano questo tipo di prodotto e le polizze di assicurazione stipulate erano circa 23 mila.

Il massimo beneficio pagato dalle polizze variava dalle 15.600 alle 36.000 Sterline annuali ed era vincolato al subentrare di una disabilità in almeno 2 o 3 ADL. L'età minima di ingresso variava tra gli 0 e i 45 anni e l'età massima tra i 74 e gli 80 per i premi considerati "regolari", mentre non vi era età massima per le polizze a premio unico.

Le polizze esistenti erano in genere sottoscritte in età avanzata (l'età media dei sottoscrittori era infatti 67 anni) e principalmente da donne (60%).

La copertura delle polizze era inoltre estesa ai casi di demenza e Alzheimer .

Solo per fare un esempio, una polizza a premio unico stipulata presso una nota compagnia di assicurazioni che garantisca una rendita di 1.000 sterline al mese all'insorgere di una disabilità in almeno 3 delle 4 ADL con una dilazione di 3 mesi, nel 1999, costava per una donna di 65 anni, 9.306 sterline, per un uomo della stessa età, 6.430 sterline. Qualora la stessa polizza garantisca inoltre per l'inflazione fino ad un massimo del 15% al di sopra dell'indice dei prezzi al dettaglio, i costi salgono rispettivamente a 16.408 e 9.228 sterline (*Royal Commission on Long Term Care*).

Aspetti problematici del sistema. Secondo la *Royal Commission on Long Term Care*, l'attuale sistema Inglese presenta i seguenti difetti:

- il sistema è complesso e poco equo. Il numero di fornitori e finanziatori dei servizi è congruo e ciascuno ha propri interessi di *management* e finanziari che possono lavorare contro gli interessi dell'individuo.
- vi sono vaste differenziazioni nella tipologia e quantità di servizi di assistenza, specialmente quella non sanitaria, prestata dalle autorità locali;
- la compartecipazione richiesta è molto alta soprattutto per l'assistenza domiciliare (ma per l'Eurostat è pari al solo 20% del costo delle prestazioni). A volte la compartecipazione richiesta è di ammontare fisso a prescindere dal reddito del soggetto. Questo svantaggia ovviamente di più i più poveri;
- il sistema non applica il principio per cui il subentrare della disabilità non deve provocare un regresso dell'individuo nella scala sociale;
- il sistema non incentiva in maniera adeguata l'assistenza informale, esiste solamente un trasferimento con caratteristiche simili all'assegno di accompagnamento;
- il sistema non incentiva in maniera adeguata l'assistenza domiciliare.

2.5. Casse Mutua e Assistenza sociale: il caso della Francia

Un sistema di protezione a copertura universale, ma parziale, realizzato tramite Casse Mutua e Assistenza sociale. Al centro del sistema della protezione sociale della Francia si trova la *Securité Sociale*, che si compone di branche assicurative per ciascun grande filone del sociale: anziani, invalidi, disoccupati, ecc.

La branca della Cassa nazionale assicurazioni vecchiaia che si occupa della vecchiaia tende alla realizzazione di programmi per pensionati con esigue disponibilità economiche, specialmente se non autosufficienti.

Ad oggi esistono circa 3.000 Casse Mutua. Esse coprono le prestazioni di *Long Term Care* i loro competenza ai 4/5 della popolazione francese.

Le Casse mutua sono inoltre affiancate dall'assistenza sociale nell'erogazione di trasferimenti in denaro ai cittadini con mezzi propri limitati.

La richiesta di compartecipazione del cittadino alla spesa è molto elevata e viene incentivata l'assistenza informale.

Le strutture e i servizi. Le linee di indirizzo generale in materia di assistenza agli anziani sono fissate dallo Stato, dai Consigli regionali e dai Comuni. Agli ospedali e alle organizzazioni compete invece l'organizzazione e la realizzazione dei servizi.

L'offerta di servizi comprende le unità di cura prolungata (le *nursing home*), le case di riposo e, anche se in minor misura, le case appartamento.

Le unità di cura di lunga durata sono solitamente collegate agli ospedali. Le spese di alloggio sono totalmente a carico del paziente, mentre le cure sono a spese dell'assicurazione malattia.

Le case di riposo accolgono sia anziani autosufficienti, sia anziani non autosufficienti. Nuovamente le spese di alloggio sono a carico del paziente, ma si può contare su di un'indennità di alloggio da parte delle Casse di assistenza familiare (CAF). Molte case di riposo offrono assistenza infermieristica. Le spese per le cure sono comunque a carico dell'assicurazione malattia.

Le case appartamento sono strutture che ospitano persone anziane in genere autonome. I residenti pagano un affitto e godono di aiuti diversi nello svolgimento delle attività domestiche che vengono pagati a parte.

Tabella 6 - Le prestazioni (valori 1997), valori giornalieri

Case di riposo	37 Euro
forfait per le cure sanitarie	24 Euro
Nursing home	43 Euro
forfait per le cure sanitarie	37 Euro

Fonte: Intervento presso la Regione Emilia Romagna di F. Tuffreau direttore aggiunto dell'Osservatorio regionale dei Paesi della Loira (1999).

Tra le prestazioni domiciliari figurano i servizi di aiuto familiare, i servizi di cure infermieristiche a domicilio, il servizio trasporto pasti e i servizi di cura giornaliera.

Il servizio di aiuto familiare consiste nella presa a carico dei lavori domestici. Le tariffe per tali prestazioni sono fissate dalle Casse Pensioni, ma la compartecipazione alla spesa è fissata in base al reddito dell'anziano. Per gli anziani più poveri è previsto il ricorso all'assistenza sociale.

Le cure infermieristiche a domicilio sono invece totalmente a carico dell'assistenza malattia (nel 1997 costavano circa 25 Euro al giorno).

I rimanenti servizi citati sono organizzati dai diversi comuni e non si hanno statistiche a riguardo.

Qualora l'anziano non sia in grado di far fronte ai costi della *nursing home* o della casa di cura le spese vengono accollate dall'Assistenza sociale secondo le direttive dei Consigli generali. L'Assistenza sociale ha però facoltà di rivalsa sugli eredi.

I beneficiari. Secondo i dati Oecd riferiti al trienni 1992-1995, l'6,5% della popolazione con più di 65 anni usufruisce dell'assistenza residenziale, mentre il 6,1% si avvale di assistenza domiciliare.

Le prestazioni in denaro. Prima della recente riforma del 2001, per le persone non autosufficienti era prevista l'erogazione di una indennità chiamata Prestazione Specifica di Dipendenza (PSD). Per percepirla occorreva essere non autosufficienti, avere più di 60 anni, avere un reddito basso. Il grado di bisogno era effettuato da personale medico che pianifica contestualmente un piano di assistenza. L'ammontare massimo della PSD era di 853 Euro e era riconosciuta solo se effettivamente veniva remunerata una persona per aiutare un anziano.

Si prenda ad esempio un piano d'assistenza di 50 ore in impiego diretto. Data una tariffa di impiego diretto pari a 7,9 Euro all'ora, l'ammontare teorico della PSD era di 395 Euro. Se il reddito del beneficiario è inferiore ad un *plafond* di 916 Euro, lo stesso riceve l'ammontare pieno, se il reddito è superiore a detto *plafond*, l'indennità era ridotta a partire da questa soglia. Ad esempio per redditi di 1.145 Euro, la PSD ammonta a 229 Euro ossia $395 - (1145 - 916)$ Euro.

In questo caso non veniva richiesta alcuna contribuzione alla famiglia, ma su decisione del consiglio era prevista la possibilità di rivalsa sugli eredi.

Con la riforma del 2001, è poi stata inserita *Allocation Personalisee d'Autonomie* (APA). Tale trasferimento è sempre rivolto ai disabili ultrasessantenni. Come per la PSD, l'APA deve essere interamente destinato alle spese definite dal piano di aiuto personalizzato stabilito *ad hoc* da un'equipe medico-sociale e viene erogato direttamente al prestatore di servizio. L'ammontare del trasferimento differisce a seconda della tipologia di nucleo familiare di cui l'anziano fa parte ed è di ammontare variabile a seconda della tipologia di aiuto richiesto, del grado di non autosufficienza e del reddito del soggetto beneficiario.

A diversità del PSD, l'ammontare massimo della prestazione è più elevato (1067,14 Euro al mese), ma per chi possiede un reddito superiore a 914,69 Euro al mese, può essere richiesta una partecipazione finanziaria fino all'80% della spesa

Tabella 7 – Ammontare mensile del trasferimento APA – valori in Euro 2001

Gradi di non autosufficienza	APA max	APA in istituto di ricovero
I	1.067,14	335,39
II	914,69	335,39
III	686,02	167,69
IV	457,35	167,69

Fonte: Ania (2002).

Le assicurazioni private. Nonostante la Francia sia un Paese in cui il mercato delle assicurazioni private è molto sviluppato, il numero di polizze *Long Term Care* stipulate sino ad oggi è, in proporzione, contenuto. Secondo i dati dell'Ania dal 1986 al 1997 sono state vendute 500.000 polizze *Long Term Care*.

Il finanziamento delle prestazioni. Il finanziamento delle prestazioni di assistenza sociale è a ripartizione e avviene attraverso la fiscalità generale.

Il finanziamento delle prestazioni erogate dalle Casse Mutua avviene tramite contributi.

Aspetti problematici del sistema. La Francia non sembra avere un sistema di protezione sufficientemente strutturato. L'intervento pubblico è inoltre per lo più costituito da trasferimenti monetari. Attualmente la copertura del rischio e la tutela sembrano essere parziali e comunque articolati in modo molto complesso. Ciò molto probabilmente è fonte di disuguaglianze e iniquità.

Capitolo 4.

Il mercato dell'assicurazione della cura di lungo termine (LTC)

4.1. Introduzione

Come in altri ambiti del *welfare state*, nell'affrontare il problema della copertura degli oneri per la non autosufficienza è possibile adottare una logica di tipo redistributivo, secondo la quale la società si accolla tali oneri nel momento in cui il bisogno si manifesta, suddividendoli tra la popolazione in base a un qualche criterio equitativo, oppure una logica di tipo assicurativo, secondo la quale il rischio è, almeno parzialmente, assicurabile e l'individuo è considerato, *ex ante*, il primo responsabile della sua copertura, privata o pubblica che essa sia.

L'adozione dell'una o dell'altra logica dipende dagli indirizzi di politica generale e dai modelli di intervento pubblico scelti dai singoli paesi; peraltro, il fatto che, nell'ambito della LTC, l'intervento pubblico a carattere redistributivo sia presente in tutti i Paesi (cfr. Capitolo 3), anche quelli tendenzialmente più favorevoli al mercato, suggerisce la presenza di gravi imperfezioni nei meccanismi privati di copertura del rischio. A ciò si affiancano, normalmente, la concezione degli anziani come di un segmento debole della società e l'idea che, di fronte al bisogno di assistenza e cura, sia moralmente riprovevole introdurre distinzioni che non siano a esso riconducibili.

Sotto il profilo più strettamente economico, la protezione dell'anziano disabile può essere annoverata tra i cosiddetti "bene meritevoli", ossia quei beni (o servizi) il consumo dei quali genera *esternalità positive* (se non altro perché riduce la probabilità che i costi si scarichino in modo improprio sulla società, ad esempio con degenze ospedaliere ingiustificate sotto il profilo di intervento di *acute care*), le quali costituiscono una motivazione sufficiente per l'intervento pubblico, particolarmente a sostegno del consumo di coloro che ne sarebbero invece esclusi per ragioni di reddito. Sempre in quest'ottica, l'incentivazione fiscale offerta alla formazione di risparmio finalizzato alla copertura del bisogno di assistenza può essere considerata uno strumento appropriato a incoraggiare l'acquisto di prodotti assicurativi disegnati per lo scopo (polizze LTC), in una logica peraltro di integrazione e non già di sostituzione dell'intervento pubblico.

Partendo da tali considerazioni, il presente capitolo approfondisce anzitutto le ragioni a sostegno del ruolo del mercato assicurativo; tratta quindi le motivazioni alla base del mancato sviluppo del mercato LTC; si concentra successivamente sul mercato italiano, proponendo un esercizio di confronto tra i prezzi di alcune polizze LTC oggi presenti sul mercato e i prezzi *attuarialmente equi*, quali risultano da un apposito programma di simulazione. La simulazione ha richiesto, com'è ovvio, un insieme di dati alcuni dei quali, per mancanza di informazioni, sono stati arbitrariamente scelti. Per conseguenza, l'interpretazione dei risultati, con cui il capitolo si chiude, richiede forse anche più dell'usuale cautela.

4.2. La "dominanza" della ricchezza assicurativa

La prima forma di (auto) assicurazione dei rischi è semplicemente il risparmio. Il risparmio impiegato in attività finanziarie più o meno liquide o anche in attività reali può sempre, nel momento del bisogno, essere convertito in un prodotto assicurativo del tipo LTC, anche se le condizioni della conversione, soprattutto se questa avviene in concomitanza con l'insorgere delle condizioni di bisogno, possono essere alquanto onerose.

Sotto questo profilo, l'accumulazione di risparmio è di tipo *precauzionale*, ossia destinata a coprire non un rischio specifico e misurabile, bensì a fronteggiare bisogni legati a "stati di natura" le cui distribuzioni di probabilità appaiono di difficile stima. Per quanto rappresenti forse la forma più diffusa di copertura, essa non può considerarsi una soluzione efficiente (Wittenberg, 1999): infatti, dal

momento che non tutti i soggetti incorreranno nella disabilità di lungo *periodo*, è verosimile che si generi un eccesso di risparmio (in quanto si tenda a esagerare il rischio di incorrere nella non autosufficienza), mentre il segmento di popolazione che sarà effettivamente colpita potrà trovarsi con risorse insufficienti. Lo strumento del risparmio finanziario, pur importante, non è inoltre atto a garantire una copertura del rischio che “provveda a destinare uguali risorse a fronte di uguali bisogni”; esso ridistribuisce infatti risorse lungo il ciclo vitale, ma può rivelarsi inadeguato a redistribuire tra la condizione di autosufficiente a quella di disabile, e ancor più tra soggetti con diversa intensità di bisogno.

Per contro, la *dominanza* del risparmio assicurativo, sia esso organizzato in forma pubblica oppure privata, sul risparmio precauzionale, trova fondamento nella capacità dell'assicuratore di stimare il rischio in modo abbastanza preciso, in virtù della legge dei grandi numeri. Mentre per il singolo il “rischio di longevità” e quello di disabilità sono difficilmente stimabili, per l'assicuratore che possa contare su buone basi tecniche (relative alla mortalità e alla disabilità) tali rischi risultano fortemente ridotti; pertanto se il *pricing* delle polizze è basato su basi tecniche corrette l'assicuratore corre pochi rischi e, al tempo stesso, è in grado di offrire ai soggetti più longevi (nel caso dell'*annuity*) oppure a quelli che necessitano di cure di lungo termine (nel caso delle polizze LTC) un tasso di interesse superiore a quello dei mercati finanziari, giacché esso può giovare dell'eccesso di rendimento che deriva dalla redistribuzione dei premi (e degli interessi maturati sugli stessi) di coloro che non sono sopravvissuti e che non sono divenuti disabili.

4.3. Il mercato LTC

La “dominanza” della ricchezza assicurativa sulla ricchezza finanziaria (o reale) dovrebbe trovare riscontro in una forte domanda di rendite e di polizze LTC. Empiricamente, ciò non accade, e se il mercato delle rendite è ovunque esiguo (si veda, ad esempio, Fornero 1993), quello delle polizze LTC lo è anche di più. Come è possibile osservare nella Tabella 1, il mercato è assai “sottile”, anche nei Paesi dove la copertura pubblica del rischio è lungi dall'essere completa (si vedano i casi di Stati Uniti e Regno Unito, che pure rappresentano i Paesi con maggiori tradizioni di mercato e maggiore affidamento sulle responsabilità individuali di fronte a evenienze negative). Per contro, la Germania è il paese in cui il mercato LTC è più sviluppato, ovviamente in conseguenza dell'obbligatorietà dell'assicurazione e della libertà di scelta accordata all'assicurato quanto alla struttura pubblica o privata presso la quale coprirsi (il che implica un maggiore ricorso al mercato da parte di soggetti appartenenti alle fasce di reddito più elevate e alle libere professioni; cfr. Appendice Capitolo 3). Ciò induce a ritenere che, in assenza di assicurazione obbligatoria, i fattori che gli economisti usualmente definiscono “imperfezioni del mercato” - sia dal lato della domanda, sia dal lato dell'offerta (asimmetrie informative, “antiselezione”, *moral hazard*, difficoltà di *pricing*) - rivestano nell'ambito della *Long Term Care* un ruolo anche più sostanziale che in altri mercati del rischio.

Tabella 1 - Diffusione delle assicurazioni private in alcuni Paesi

	Svezia	Regno Unito	Germania	Olanda	Francia	Italia	Stati Uniti
Tipologia di copertura pubblica	Schema di assicurazione sociale universalistico	Sistema di protezione sociale non contributivo	Assicurazione obbligatoria per la LTC e assistenza sociale	Sistema di assicurazione malattia	Assicurazioni e casse previdenziali	Sistema di protezione sociale non contributivo	Assistenza sociale
Dimensione economica dell'intervento pubblico							
<i>Spesa per la LTC (%Pil)</i>	2,5%	1,5%	1,1%(?)	2,7%	n.d.	1,4%	1,4%
<i>Quota di spesa pubblica</i>	95%	64%	21% (spesa comunale, escluse le casse mutua)	67%	(0,5% Pil)	54% (?)	60%
<i>Numero di polizze/ popolazione attiva</i>	n.d.	0,06%	10%*	-	1,33%	n.d.	3,93%

Fonti: Dati sulla popolazione (15-64 anni): OECD, Labour Market Statistics - DATA.

Numero polizze:

Per il Regno Unito: *Association of British Insurers*, anno 1999;

Per la Germania: Ministero della Sanità tedesco, anno 2000;

Per la Francia: Ania (2002);

Per gli Stati Uniti: Karlsson (2002), anno 1998.

Nota: * percentuale riferita al totale della popolazione e non solo agli attivi di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

4.3.1. I fattori frenanti dal lato dell'offerta

Dal lato dell'offerta, il mercato della LTC sconta importanti lacune informative che rendono ardua la determinazione dei prezzi delle polizze: dalla disponibilità di adeguate basi tecniche, al comportamento dei soggetti, caratterizzato da *antiselezione* e da *moral hazard*¹.

Nel caso specifico della LTC, è difficile per le compagnie disporre di basi tecniche corrette perché la disabilità degli anziani è un problema finora rimasto largamente confinato all'interno della famiglia, e se la sua dimensione ufficiale appare per ora relativamente contenuta, le previsioni per il futuro, pur essendo condizionate da un fenomeno largamente prevedibile, come l'invecchiamento della popolazione, appare anche condizionato, secondo modalità difficilmente prevedibili, dai progressi della medicina. Nella maggior parte dei paesi non si dispone pertanto di osservazioni riferite ad un arco temporale sufficientemente lungo da costituire un buon punto di partenza per effettuare proiezioni dell'evoluzione futura del fenomeno (Cfr. Capitolo 1).

¹ L'antiselezione è un fenomeno che deriva da un *pricing* delle polizze basato sulla rischiosità media della popolazione; da un lato, questo premio medio risulta troppo alto per attirare i soggetti a "bassa rischiosità", che tendono quindi a non assicurarsi; dall'altro, esso risulta conveniente per i soggetti maggiormente a rischio, i soli, verosimilmente, a stipulare la polizza. Il meccanismo di mercato seleziona dunque in modo avverso – da qui il termine – i soggetti con la più alta rischiosità, e questo causa un aumento degli eventi dannosi e dei correlati indennizzi, un conseguente successivo aumento dei premi, con l'innescare di un ciclo perverso (Murtaugh, Warshawsky et altri 2001).

L'azzardo morale è invece il fenomeno che induce i soggetti assicurati a non adottare le cautele che assumerebbero in mancanza di copertura (con conseguente maggiore probabilità dell'evento dannoso) oppure, una volta che l'evento si sia verificato, a richiedere più prestazioni di quante siano effettivamente necessarie. Il solo fatto di assicurarsi, pertanto, ne modifica gli incentivi in senso sfavorevole alle compagnie.

Quando si verificano fenomeni di azzardo morale, il rischio perde in assicurabilità perché sia la frequenza dell'evento, sia l'ammontare della perdita determinata dal verificarsi dell'evento sono in parte influenzati dai comportamenti dell'assicurato.

Dato che uno degli elementi che distingue il mercato assicurativo rispetto ad un tradizionale mercato è che i premi sono temporalmente anticipati rispetto al possibile verificarsi dell'evento (e quindi all'erogazione dell'indennità), una maggiore incertezza sull'indennizzo si riflette in una maggiore difficoltà di *pricing*.

Al di là di tali elementi, il fattore forse principale del mancato sviluppo del mercato è però riconducibile alla non assicurabilità della cosiddetta componente “*aggregata*” del rischio di disabilità.

Il costo per la copertura *LTC* per un individuo esposto al rischio per un certo numero di periodi futuri si compone infatti di due parti: la prima, deriva dal cosiddetto “rischio aggregato”, che è “comune” a tutta la platea di assicurati in un dato periodo; la seconda, dal “rischio idiosincratco”, che è invece specifico all’individuo. Le fonti di variazione del rischio aggregato sono, ad esempio, i cambiamenti nel costo della degenza in casa di cura, i mutamenti nella probabilità di ingresso o nella permanenza media nelle diverse strutture, i cambiamenti nella mortalità aggregata e nella morbilità media; per quello idiosincratco, si tratta invece della specifica probabilità di sopravvivenza di un soggetto appartenente a una data coorte, della sua probabilità di incorrere in una disabilità, e così via. Questo rischio è pertanto di tipo “sezionale”, in quanto muta da individuo a individuo all’interno della stessa coorte.

Per l’assicuratore, il rischio idiosincratco è decrescente al crescere del numero di individui assicurati; per contro, il rischio aggregato è invariante rispetto alla numerosità degli stessi, perché li caratterizza tutti nella stessa misura.

Nel caso di una singola coorte assicurata, l’assicuratore può quindi fornire soltanto la copertura dei rischi idiosincratci, perché può basarsi sulla redistribuzione delle risorse tra individui colpiti e individui “scampati”. Non potrà però assicurare la coorte contro rischi aggregati. Un esempio rilevante di tali rischi è quello di inflazione relativa, ossia di aumento del prezzo dei servizi di assistenza e cura superiore all’aumento medio dei prezzi. In questo caso, la diversificazione del rischio può avvenire soltanto nel caso di assicurazione intergenerazionale, ossia nel caso in cui siano assicurate più coorti e i tassi di crescita dei prezzi delle prestazioni erogate ai soggetti disabili delle diverse coorti non siano serialmente correlati; in tale scenario, infatti, il rischio specifico di ciascuna coorte non dipende in alcun modo dal rischio a cui sono soggette le coorti assicurate in tempi precedenti o successivi, ed è pertanto possibile una suddivisione (*sharing*) del rischio. All’opposto, ove i costi fossero caratterizzati da una elevata correlazione seriale, l’aggregazione del rischio di più coorti sortirebbe l’effetto contrario. Nel caso di una correlazione seriale perfetta (andamento a *random walk*), il rischio per l’assicuratore sarebbe addirittura crescente al crescere delle coorti assicurate².

In conclusione, ove i costi di assistenza e cura presentassero un’elevata correlazione seriale, il rischio aggregato a carico dell’assicuratore sarebbe molto elevato. In questo caso, l’assicuratore potrebbe offrire solo una copertura parziale del rischio complessivo di *LTC*, scaricandone una larga parte sull’assicurato con ciò determinando al tempo stesso un minore gradimento della polizza da parte dello stesso. Non a caso, le coperture assicurative presenti sul mercato offrono di norma prestazioni per un importo nominale prefissato, a prescindere dalla reale entità del costo dei servizi di *LTC*.

Un importante studio di Cutler (1993), riferito alla situazione americana, si propone di verificare empiricamente l’ipotesi di una crescita relativa dei prezzi della *LTC*³, e i suoi risultati mostrano una fortissima correlazione seriale nei prezzi delle prestazioni di *Long Term Care*. Se si applica l’analisi Cutler a dati italiani riferiti all’indice dei prezzi delle prestazioni di carattere medico e ospedaliero degli ultimi 20 anni, si ottengono le medesime conclusioni (si veda Scheda 1).

Il rischio *LTC*, per conseguenza, si connota per una forte componente aggregata e, anche nella migliore delle ipotesi (mercati assicurativi relativamente completi e competitivi), per una assicurabilità relativamente scarsa. Le polizze in commercio, infatti, finiscono solitamente per prevedere la corresponsione di una rendita di ammontare prefissato, indipendente dalla dinamica del costo delle

² Tecnicamente, la varianza del logaritmo del costo risulterebbe proporzionalmente crescente al crescere del numero di coorti assicurate. Se si trattasse di un processo stazionario con presenza di correlazione seriale non elevata, vi sarebbe diversificazione del rischio, ma il rischio aggregato (ossia la varianza del logaritmo del costo) sarebbe comunque maggiore rispetto al caso di assenza di correlazione.

³ Una seconda importante fonte di rischio aggregato è il tasso medio di utilizzo delle strutture di ricovero (Cutler, Sheiner, 1992). Dal momento che una crescita nella domanda influenza l’offerta di posti letto, è infatti lecito attendersi una certa persistenza negli *shock*. Sfortunatamente non esistono dati su cui effettuare test analoghi a quelli appena effettuati per quanto concerne i prezzi.

prestazioni. Inoltre, al fine di cautelarsi contro i fenomeni di *moral hazard* e *adverse selection*, le assicurazioni ricorrono solitamente a clausole di esclusione, a tetti e a franchigie, così come alla fissazione di premi caricati, il che rende le polizze meno convenienti per i risparmiatori.

Scheda 1 – Approfondimento sul rischio aggregato di prezzo relativo

Proponiamo qui di seguito una semplice analisi empirica volta a verificare se vi sia correlazione seriale nei costi delle prestazioni di LTC e a valutarne le implicazioni in termini di assicurabilità del rischio.

Il modello sottoposto a *test* è dunque della forma:

$$\ln(C_t) = \alpha + \beta \ln(C_{t-1}) + \eta$$

[1]

I dati. Per quantificare il rischio di costo legato alle prestazioni LTC, occorrerebbe disporre di dati relativi all'andamento dei prezzi delle prestazioni di ricovero in casa di cura e di assistenza domiciliare nel tempo.

Purtroppo però questi dati non sono disponibili. In alternativa utilizziamo l'indice dei prezzi al consumo sanitari disaggregato per categoria di prestazione. In particolare si analizzano i sottogruppi che raccolgono "i medicinali e il materiale terapeutico" e "i servizi medici, infermieristici e ospedalieri". Un maggior grado di dettaglio sulle prestazioni rientranti nei consumi sanitari è possibile solo a partire dal 1995.

I dati si riferiscono al periodo 1981-2002 e sono indici trimestrali reali (ossia divisi per l'indice dei prezzi generale) in base 1995=100.

I risultati. Le serie dei logaritmi degli indici trimestrali reali mostrano un accentuata correlazione seriale. Le stime effettuate alla tabella 1 per i due sottogruppi rivelano che circa il 96% e il 98% dell'incremento del costo rilevato in un anno rispettivamente per i farmaci e gli ospedali persiste nell'anno successivo. I coefficienti per la variabile ritardata di un periodo sono infatti significativamente diversi da zero e vicini all'unità.

Nella regressione abbiamo controllato per la presenza di stagionalità. Il coefficiente della variabile *dummy* che identifica il primo trimestre per la serie storica dei farmaci è negativo e significativo. La crescita dei prezzi sembra dunque concentrarsi verso la fine dell'anno. Per la serie storica dei prezzi delle prestazioni mediche e ospedaliere accade invece il contrario: i prezzi sembrano crescere nei primi mesi dell'anno più di quanto non accada a fine anno.

La deviazione standard trimestrale nell'innovazione dell'indice dei costi (σ_ϵ) è pari a 0.02557 per i farmaci e 0.02828 per gli ospedali. *Shock* degni di nota nei costi non sono dunque stati rari.

Tabella 1 - Risultati della stima - serie storica dei prezzi delle prestazioni farmaceutiche e ospedaliere

Serie storica delle prestazioni farmaceutiche				Serie storica delle prestazioni ospedaliere			
	Coefficienti	Std. Err.	P> t		Coefficienti	Std. Err.	P> t
Dummy1: primo trimestre	-0.0214	0.0079	0.0080	Dummy1: primo trimestre	0.0292	0.0063	0.0000
Dummy2: secondo trimestre	-0.0091	0.0078	0.2470	Dummy2: secondo trimestre	0.0208	0.0062	0.0010
Dummy3: terzo trimestre	-0.0080	0.0079	0.3150	Dummy3: terzo trimestre	0.0139	0.0063	0.0290
Farmaci _{t-1}	0.9616	0.0220	0.0000	Ospedali _{t-1}	0.9808	0.0194	0.0000
costante	0.0116	0.0065	0.0760	Costante	-0.0146	0.0047	0.0030
Note: Numero di osservazioni=85 Adjusted R2 = 0.9577				Note: Numero di osservazioni=85 Adjusted R2 = 0.9682			

Dal momento che il rischio a cui è soggetto l'assicuratore dipende molto dalla natura della serie storica attesa, è interessante indagare se la serie in passato abbia avuto connotazione di *random walk* oppure di serie stazionaria. Se si trattasse di una *random walk* si potrebbe infatti concludere, come già accennato, che l'assicurazione non riesce a diversificare pienamente il rischio aggregato perché la varianza dell'innovazione cresce al crescere del numero di coorti assicurate. Se invece si trattasse di una serie stazionaria, vi sarebbe meno incertezza nel futuro perché la varianza dell'innovazione (ossia la varianza dell'errore di previsione, σ_ϵ) sarebbe comunque finita anche se nel mettere insieme diverse coorti il rischio per l'assicuratore sarebbe comunque elevato e, per correlazioni seriali molto alte, crescente al crescere del numero di coorti da mettere assieme. Nel caso, poi, assumesse la forma di una serie stazionaria lungo un *trend* costante, il rischio sarebbe ulteriormente limitato all'oscillazione dei prezzi lungo il trend costante.

Proviamo perciò ad effettuare il test di *Dickey Fuller* e su di un'equazione di forma:

$$\ln(C_t) = \alpha + \rho \ln(C_{t-1}) + \beta t + \delta_1 * \Delta \ln(C_{t-1}) + \delta_2 \Delta \ln(C_{t-2}) + \delta_3 * \Delta \ln(C_{t-3}) + \delta_4 \Delta \ln(C_{t-4}) + \delta_5 \Delta \ln(C_{t-5}) + \eta_t$$

[2]

nella quale facciamo uso dei *lag* per controllare i residui.

L'ipotesi nulla del test, ossia che la serie sia stazionaria, è $\rho = 1$ e $\beta = 0$. L'ipotesi alternativa è all'opposto, ρ diverso da 1 e β diverso da 0, ossia la stazionarietà lungo un *trend* potenzialmente con una componente autoregressiva.

Scheda 1 – Continua...

Tabella 3 - Risultati del test per la radice unitaria – serie storica dei prezzi delle prestazioni farmaceutiche e ospedaliere

Serie storica dei prezzi delle prestazioni farmaceutiche				Serie storica dei prezzi delle prestazioni mediche e ospedaliere			
	<i>Coefficienti</i>	<i>Std. Err.</i>	<i>P> t </i>		<i>Coefficienti</i>	<i>Std. Err.</i>	<i>P> t </i>
Farmac _{t-1}	-0,0217	0,0561	0,7000	Ospedali _{t-1}	-0,0862	0,0809	0,2900
(Farmac _{t-1} -Farmac _{t-2})	-0,4353	0,1269	0,0010	(Ospedali _{t-1} -Ospedali _{t-2})	-0,3967	0,1342	0,0040
(Farmac _{t-2} -Farmac _{t-3})	-0,2866	0,1298	0,0300	(Ospedali _{t-2} -Ospedali _{t-3})	-0,2315	0,1429	0,1100
(Farmac _{t-3} -Farmac _{t-4})	-0,2945	0,1275	0,0240	(Ospedali _{t-3} -Ospedali _{t-4})	-0,0756	0,1423	0,5970
(Farmac _{t-4} -Farmac _{t-5})	0,0606	0,1178	0,6090	(Ospedali _{t-4} -Ospedali _{t-5})	0,2055	0,1338	0,1290
Trend	0,0001	0,0003	0,7160	Trend	0,1499	0,1193	0,2130
Costante	-0,0092	0,0223	0,6820	Costante	0,0003	0,0004	0,4280

Note: Valore critico all'1%= -4,082

Valore critico all'5%= -3,469

Valore critico all'10%= -3,161

MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0,9884

Numero di osservazioni= 81

Note: Valore critico all'1%= -4,084

Valore critico all'5%= -3,470

Valore critico all'10%= -3,162

MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0,9343

Numero di osservazioni= 80

Il test porterebbe a non rifiutare l'ipotesi di una stazionarietà nella differenza, mentre rifiuta la stazionarietà lungo un *trend*. Questo significa che nei venti anni analizzati la serie dell'indice dei prezzi dei farmaci e delle prestazioni ospedaliere ha mostrato un andamento non troppo dissimile da quello di una *random walk*. Chiaramente non è però corretto spingersi a concludere che questo andamento caratterizzerà anche il futuro.

4.3.2. I fattori frenanti dal lato della domanda

Anche dal lato della domanda operano diversi fattori tendenti a limitarla. In larga misura, si tratta delle medesime ragioni che sottostanno alla bassa domanda di rendite, come la presenza di motivazioni ereditarie per il risparmio, magari di tipo strategico, ossia implicanti una sorta di scambio all'interno della famiglia tra la ricchezza ereditaria e l'attività di assistenza e cura in caso di bisogno; la scarsa avversione del rischio, la scarsa prudenza e lungimiranza, oppure mere ragioni di opportunismo, che giocano sulla convinzione che la società non possa disinteressarsi dei suoi membri più deboli, indipendentemente dal loro passato comportamento.

- In presenza di motivazioni strategiche, le eredità sono viste come il corrispettivo per i servizi che i figli prestano ai genitori. Qualora l'individuo mostri una spiccata preferenza affinché, all'insorgere della disabilità, siano i suoi familiari a prestargli cure in ambito familiare anziché ricorrere all'assistenza esterna offerta dal mercato, può rivelarsi ottimale non sottoscrivere un'assicurazione, ma accumulare ricchezze da lasciare in eredità vincolando il lascito alla disponibilità degli eredi a prestargli assistenza.
- Inoltre, anche se la scelta di assicurarsi fosse comunque per lui ottimale, l'individuo può optare per non assicurarsi per ignoranza, razionalità limitata o opportunismo (Beltrametti, 2000). Secondo una certa scuola di pensiero, infatti, la generale sottoassicurazione del rischio dipenderebbe dal fatto che l'agente medio ignora il rischio e/o si trova nell'incapacità di mantenere nel tempo un comportamento coerente con le sue preferenze di inizio periodo. Oppure ancora, dal momento che esiste un forte sentimento collettivo a sostegno dei non autosufficienti, alcuni potrebbero essere indotti a non sottoscrivere alcuna polizza perché consapevoli di poter comunque contare *ex post* nell'assistenza dello Stato (Pauly, 1990).

4.4. Il mercato LTC italiano: uno sviluppo gravato da molte incertezze

Nel caso italiano, l'onere per la non autosufficienza è per la maggior parte coperto dal Servizio Sanitario Nazionale e dalle autorità locali; la compartecipazione al costo e la spesa *out of pocket* sono tuttavia ingenti (in alcuni casi probabilmente superiori al 50%), anche se molto variabili non soltanto da caso a caso ma anche all'interno del territorio nazionale.

Ciò implica l'esistenza di uno spazio residuale, e neppure molto piccolo, per l'assicurazione privata di LTC.

Di fatto, il mercato italiano delle polizze assicurative per il rischio di non autosufficienza ha preso avvio sul finire degli anni '90, seguendo da vicino la crescita dell'interesse teorico e legislativo per il settore. Non sorprende perciò che esso si trovi ancora a uno stadio iniziale di lento, e per molti versi esitante, sviluppo.

Se consideriamo i fattori di freno dal lato della domanda, dall'indagine BNL/Centro Einaudi (2002) emerge che i giovani pensano poco al rischio di incorrere in età anziana nella disabilità di lungo periodo, forse non tanto per ignoranza e/o per incapacità di mantenere nel tempo un comportamento coerente con le preferenze di inizio periodo (razionalità limitata), ma perché scontano il fatto che si tratta di un rischio che riguarda il lontano futuro. Per contro, gli anziani attribuiscono un'elevata priorità al problema, ma egualmente tendono a non ricorrere all'assicurazione giacché per loro, in un certo senso, "è tardi" (il premio cresce sensibilmente con il crescere dell'età). Né va dimenticato il fatto che, tra gli anziani che vivono soli, l'incidenza della povertà è pari al 13,5 per cento e la percentuale sale al 26,5 per le coppie in cui la persona di riferimento ha più di 64 anni (ISTAT, 2002b). Inoltre, come si è visto con la stima econometrica del secondo capitolo, sulle scelte degli anziani pesano componenti strategiche ed ereditarie che spingono verso un'assicurazione informale all'interno della famiglia piuttosto che verso un formale contratto di assicurazione acquistato sul mercato.

Dal lato dell'offerta, molte compagnie di assicurazione operanti nel nostro Paese sono ancora in fase di definizione dei prodotti o di ricerca della strategia di collocamento, giacché l'incertezza sull'appropriato disegno e *pricing* dei prodotti è ancora molta: dalla mancanza di dati originali riferiti al nostro paese per la costruzione di basi tecniche *ad hoc*, alle scarse conoscenze sulla domanda; dall'incertezza sulle modalità di erogazione delle prestazioni (in denaro o in servizi) e a come variarle nel tempo a quella circa le modalità di pagamento (premio unico *versus* premi ricorrenti).

Tra le possibili opzioni, occorre anzitutto evidenziare la distinzione tra polizze LTC autonome (*stand alone*) e coperture accessorie all'interno di altri prodotti del ramo vita, in particolare delle forme previdenziali individuali, siano esse acquisite con contratti di assicurazione oppure con adesione individuale a fondi pensione aperti. In ambedue i casi, le modalità di *pricing* sono volte a ridurre, se non a eliminare, il rischio che l'assicuratore debba erogare la prestazione prima che essa sia stata finanziata, ossia a garantire il *pre-funding* della prestazione medesima: si hanno quindi contratti a premio ricorrente per i più giovani, con copertura immediata o differita, ma soltanto a premio unico per età più avanzate.

Per quanto riguarda le prestazioni, pur non essendo escluse le formule risarcitorie e neppure quella di erogazione di servizi in convenzione, la scelta più diffusa è quella dell'indennità fissa in forma di rendita, che spesso si configura come incremento percentuale di una pensione privata. L'erogazione è allora subordinata al mero insorgere dell'incapacità di svolgere autonomamente un numero prefissato, spesso non inferiore alla metà, delle fondamentali attività della vita quotidiana (ADL). Come rilevato da uno studio Cerap (Paci et al., 2002) condotto su di un campione di 22 polizze offerte da 14 compagnie di assicurazione, ogni compagnia di assicurazione misura la perdita dell'autosufficienza attraverso un proprio sistema di ADL e propri modelli di valutazione, assai differenziati gli uni dagli altri.

Va osservato come la copertura dell'assicurazione risulti così limitata ai casi di grave perdita dell'autosufficienza, non essendo mai previsto un pagamento all'assicurato che risulti completamente incapace di svolgere una singola ADL. Per di più non sono inusuali condizioni estremamente severe di selezione dei potenziali assicurati, relative non soltanto al loro personale stato di salute, ma anche a quello dei più stretti consanguinei (padre, madre, fratelli e sorelle), in base a una forte presunzione di familiarità. In aggiunta a queste misure, e sempre a scopo precauzionale, le polizze offerte sul mercato spesso prevedono un "periodo di carenza" ossia un periodo di osservazione della condizione di salute dell'assicurato durante il quale la garanzia non opera e/o un "periodo di franchigia", ossia un lasso di tempo tra la data di denuncia della sopravvenuta non autosufficienza e quella di erogazione della rendita.

Data la limitatezza dei dati disponibili, ci si deve, in questo ambito, limitare a congetture, o poco più. Sulla base di informazioni sui premi di assicurazione praticati da alcune compagnie operanti nel mercato LTC riportate in un recente articolo (Il Sole24ore, 9 marzo 2003) e di un semplice modello di simulazione presentiamo i risultati di un primo confronto tra prezzi effettivamente praticati e prezzi di equità attuariale. Di fatto, non abbiamo indicazioni sulla rappresentatività dei prezzi selezionati rispetto all'intero mercato italiano (peraltro estremamente piccolo) e quindi ci asteniamo dal dare una valenza generale ai risultati. Per di più, data la carenza di dati specificamente inerenti la realtà italiana, nel condurre le simulazioni abbiamo utilizzato le basi tecniche degli Stati Uniti, opportunamente adattando la mortalità a quella italiana, ma mantenendo l'incidenza della disabilità. Ancora una volta, per evitare di appesantire l'esposizione, rinviando all'appendice per i dettagli dell'esercizio, i cui risultati riportiamo nella tabella 2.

Nel modello, l'erogazione della rendita avviene al momento in cui subentra la disabilità in 2 o più ADL. Purtroppo la fonte alla quale ci riferiamo non riporta con sufficiente dettaglio tutte le clausole contrattuali - mancano ad esempio la specificazione del numero di disabilità in ADL che dà diritto alle delle prestazioni (3 su 4?, 4 su 6?), il periodo di carenza, ecc.... - e dunque il confronto è limitato anche sotto questo profilo.

Tabella 2 - Rendite e premi relativi ad alcune polizze offerte sul mercato: un confronto con premi simulati di equità attuariale

	Rendita mensile	UOMINI			DONNE		
		Premio annuale praticato dall'assicurazione per un 40enne	Premio annuale simulato dal modello CeRP per un 40enne	Caricamento rispetto al premio equo in termini di differenze percentuali	Premio annuale praticato dall'assicurazione per una 40enne	Premio annuale simulato dal modello CeRP per una 40enne	Caricamento rispetto al premio equo in termini di differenze percentuali
RAS	1.000 Euro	299	264	13%	485	430	13%
UNISALUTE (Unipol)	1.032 Euro	215	272	-21%	215	444	-52%
Vittoria assicurazioni	1.000 Euro	183	264	-31%	340	430	-21%
REALE MUTUA	1.549 Euro	442	409	8%	636	667	-5%

Fonte: Il sole 24ore del 09/03/03; nostre simulazioni.

Nota: le simulazioni sono state condotte utilizzando un tasso di interesse reale del 4%.

Con l'eccezione delle compagnie assicurative Ras e Reale Mutua (ma quest'ultima soltanto in relazione al premio pagato dagli uomini), i premi di assicurazione risultano tutti un po' più bassi di quelli da noi simulati. In mancanza di informazioni più complete e migliori, rinviando a un futuro lavoro, peraltro condizionato alla disponibilità delle stesse, per un'analisi comparativa dell'onerosità dei prodotti LTC nel mercato italiano.

In via del tutto preliminare sembra peraltro lecito concludere che il mercato della LTC non sia destinato a un futuro brillante, almeno nel medio periodo. E ciò non tanto per ragioni di onerosità dei prodotti quanto piuttosto per scarsa rispondenza degli stessi alla effettiva domanda di copertura.

Infatti, se si considera che una buona parte delle famiglie con capofamiglia anziano nel nostro Paese dispone di un certo ammontare di risparmio accumulato (attività finanziarie e casa di abitazione), l'indisponibilità a trasformare tale ricchezza, o una parte di essa, in una polizza LTC che promette un pagamento periodico fisso in termini nominali appare comprensibile, alla luce dell'interesse del soggetto ad avere la copertura in termini reali, cioè di assistenza. Sotto questo profilo, e a dispetto del risultato teorico di "dominanza degli *asset* assicurativi sugli *asset* finanziari con cui si è aperto il capitolo, il risparmio precauzionale potrebbe essere considerato un sostituto non imperfetto dell'assicurazione. D'altra parte, l'offerta di una copertura reale potrebbe comportare un rischio troppo elevato per l'assicuratore. I prodotti sul mercato, pertanto, finiscono per costituire un compromesso non troppo

buono tra le esigenze dell'individuo e quelle della compagnia, a riflettere la non assicurabilità della componente aggregata del rischio. In questa prospettiva, sembra pertanto esservi un'importante differenza tra le polizze LTC e le forme previdenziali individuali che coprono un rischio decisamente più assicurabile; ed è appena il caso di ricordare che neppure queste ultime hanno un facile mercato.

Appendice

Il modello di simulazione

Il modello simula l'insorgere e l'evolversi del livello di disabilità in una persona di 65 anni e oltre contemplando l'aggravamento e il decesso nonché la regressione dello stato di disabilità (modello multistato).

Esso presenta una struttura modulare.

Nel primo modulo vengono caricate le matrici di transizione dallo stato di autosufficienza a quello di non autosufficienza (non autosufficienza in una ADL, in 2 o più ADL o nelle IADL), le matrici di transizione da una tipologia di assistenza ad un'altra (assistenza informale, assistenza formale domiciliare, ricovero) e le probabilità di sopravvivenza specifica. Le probabilità di transizione sono variabili in base al genere, all'età dell'individuo, alla sua condizione di non autosufficienza e alla tipologia di assistenza a cui è soggetto all'inizio di ogni periodo⁴.

Nel secondo modulo viene simulato, all'avanzare dell'età, il progressivo passaggio di stato nella condizione di autosufficienza e nella tipologia di assistenza richiesta.

Nel terzo modulo vengono caricate le matrici di costo ossia le matrici contenenti l'ammontare della rendita garantita all'insorgere della condizione di non autosufficienza.

Il quarto e il quinto modulo forniscono l'*output* della simulazione in termini di:

1. tassi di incidenza della disabilità nella popolazione anziana differenziati per classe d'età e genere;
2. tassi di incidenza delle diverse tipologie di assistenza richieste dagli anziani per classe d'età e genere;
3. ammontare medio dei premi di assicurazione atti a garantire l'ipotizzata copertura del rischio.

Le basi tecniche

Attualmente, in Italia non è possibile disporre di informazioni sufficienti a costruire attendibili e coerenti basi tecniche in materia di morbidità. Analogamente a molti altri paesi, non si dispone di osservazioni riferite ad un arco temporale sufficientemente lungo da costituire un buon punto di partenza per effettuare delle previsioni o quantomeno delle proiezioni sull'evoluzione del fenomeno (Cfr. Capitolo 1). Diviene perciò necessario far riferimento alla realtà dei paesi che invece dispongono di tali informazioni.

In particolare, per quanto concerne le basi tecniche, siamo a conoscenza dell'esistenza di due fonti: le basi tecniche giapponesi a cui fanno riferimento le casse mutua e le assicurazioni tedesche e le basi tecniche statunitensi.

⁴ Entrando maggiormente nel dettaglio sono state utilizzate:

1. la matrice delle probabilità di morte per età di un individuo sano al variare del suo grado di non autosufficienza;
2. la matrice delle probabilità di morte per età di un individuo ricoverato in una nursing home al variare del suo grado di non autosufficienza;
3. la matrice delle probabilità di transizione di un individuo dall'assistenza informale al ricovero presso una nursing home al variare del suo grado di non autosufficienza;
4. la matrice delle probabilità di transizione di un individuo dall'assistenza informale all'assistenza formale domiciliare presso una nursing home al variare del suo grado di non autosufficienza;
5. la matrice delle probabilità di transizione di un individuo ricoverato presso una nursing home all'assistenza formale domiciliare al variare del suo grado di non autosufficienza;
6. la matrice delle probabilità di transizione o meglio permanenza nella condizione di assistito formalmente a domicilio al variare del suo grado di non autosufficienza;
7. la matrice delle probabilità di transizione per età da una condizione di disabilità ad un'altra.

Le basi tecniche statunitensi utilizzate per la realizzazione del *Brookings/ICF Long Term Care Financing Model* (1992) sono disponibili via internet. Tali probabilità sono state ricavate principalmente dalla *National Long Term Care Survey* (NLTCS) del periodo 1982-1984 e dalla *National Nursing Home Survey* del 1985.

Come viene mostrato dalla Tabella 1, il rischio di divenire disabili di lungo periodo è un rischio che cresce al crescere dell'età. Le tavole americane non riportano differenze di genere nelle probabilità di transizione verso la non autosufficienza, mentre evidenziano le differenze tra persone sposate e persone sole. Questo offre l'occasione di sottolineare come, sebbene la non autosufficienza sia un rischio individuale, in realtà assuma una dimensione riferita alla coppia.

Coloro che non sono sposati mostrano probabilità superiori di divenire disabili. L'interpretazione di tale evidenza non è chiara. Molto probabilmente la solitudine motiva meno la reazione al deterioramento delle capacità fisiche conseguente l'invecchiamento.

Tabella 1 - Probabilità di transizione tra stati di salute, per classi di età e stato civile (valori percentuali)

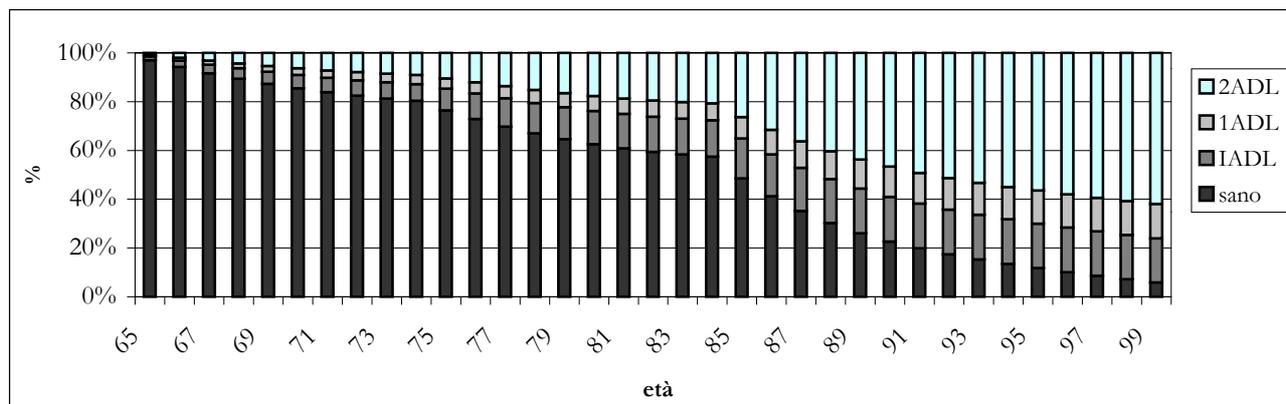
		<i>Sposati</i>				<i>Non sposati</i>			
		<i>sano</i>	<i>LADL</i>	<i>1ADL</i>	<i>2ADL+</i>	<i>sano</i>	<i>LADL</i>	<i>1ADL</i>	<i>2ADL+</i>
<i>65-74</i>	<i>sano</i>	97%	1%	1%	1%	96%	2%	1%	1%
	<i>LADL</i>	12%	70%	10%	8%	10%	72%	12%	6%
	<i>1ADL</i>	7%	19%	56%	18%	4%	25%	50%	21%
	<i>2ADL+</i>	3%	7%	10%	80%	2%	9%	14%	75%
<i>75-84</i>	<i>sano</i>	94%	4%	1%	1%	91%	5%	3%	2%
	<i>LADL</i>	7%	71%	9%	13%	6%	66%	16%	12%
	<i>1ADL</i>	4%	19%	48%	28%	3%	19%	60%	18%
	<i>2ADL+</i>	2%	7%	10%	81%	1%	7%	9%	84%
<i>85 e più</i>	<i>sano</i>	83%	7%	4%	6%	25%	29%	25%	22%
	<i>LADL</i>	2%	69%	12%	17%	0%	69%	15%	15%
	<i>1ADL</i>	4%	8%	48%	40%	1%	11%	57%	32%
	<i>2ADL+</i>	0%	6%	8%	86%	0%	3%	7%	89%

Fonte: elaborazioni Lewin-ICF and Brookings (1985).

Per semplicità tutte le simulazioni hanno preso in considerazione solo il caso degli individui sposati.

In particolare l'evoluzione attesa della condizione di autosufficienza per un individuo anziano di 65 anni sposato e inizialmente sano mostra l'andamento riportato nel grafico 1.

Grafico 1 - Evoluzione attesa della condizione di non autosufficienza di un 65enne inizialmente sano (fatti pari a 100 i vivi di ogni anno)



Fonte: nostre elaborazioni su probabilità di transizione Brookings/ICF *Long Term Care Financing Model* (cfr. tabella 1).

L'incidenza della disabilità strumentale cresce lentamente nel tempo sino a stabilizzarsi in tarda età a valori di poco inferiori al 20%. Lo stesso avviene per la disabilità in una ADL. L'incidenza della disabilità grave inizialmente aumenta di poco, mentre, a partire dagli 85 anni, subisce un'accelerazione consistente sino ad attestarsi a valori di poco superiori al 60%. L'elevata incidenza della disabilità grave (ossia in 2 o più ADL) è determinata dalla concomitanza tra la bassa probabilità di regressione dalla condizione di non autosufficienza grave e l'alta probabilità di aggravamento della propria condizione di non autosufficienza (si veda Appendice).

Se applicate a regime – ossia se applicate, immutate nel tempo, alla popolazione⁵ – le probabilità di transizione di cui alla tabella 1, rispecchiano all'incirca gli attuali tassi di prevalenza delle diverse tipologie di disabilità nella popolazione anziana italiana di cui all'indagine ILSA (cfr. tabella 2).

⁵ Supponendo come condizione iniziale che il 96 per cento delle donne di 65 anni e il 95 per cento degli uomini coetanei siano sani, mentre rispettivamente il 3 e 4 per cento presentino una disabilità in 1 IADL e l'1 per cento in 1 ADL.

Tabella 2 - Tassi simulati di incidenza della disabilità - Italia

classi di età	UOMINI				DONNE			
	sano	IADL	1ADL	2ADL	sano	IADL	1ADL	2ADL
65-69	88,0% (87%)	5,2%	2,3% (9,6%)	4,6% (3,4%)	88,2% (88,1%)	4,9%	2,3% (7,6%)	4,6% (4,3%)
70-74	80,2% (84,4%)	6,9%	3,8% (9,5%)	9,1% (6,1%)	78,4% (79,4%)	7,3%	4,1% (12,5%)	10,2% (8,1%)
75-79	69,1% (68,9%)	11,5%	5,1% (16,5%)	14,3% (14,7%)	65,8% (70,2%)	12,1%	5,6% (13,8%)	16,5% (16%)
80-84	59,5% (56,2%)	14,4%	6,6% (19,8%)	19,6% (24%)	55,7% (54,2%)	14,9%	7,1% (19,4%)	22,3% (26,3%)
85-89	36,3%	17,5%	10,6%	35,6%	33,9%	17,7%	10,9%	37,5%
90 e più	13,5%	18,3%	13,3%	54,9%	13,8%	18,3%	13,3%	54,6%
popolazione disabile con più di 65 anni sul totale della popolazione anziana				25,0%	30,6%			
popolazione disabile con più di 75 anni sul totale della popolazione anziana				40,3%	46,3%			

Nota: in parentesi vengono riportati per confronto i tassi di incidenza della popolazione disabile risultanti dall'Indagine ILSA. I valori contrassegnati dall'asterisco si riferiscono alla classe di età 64-69 e perciò non sarebbero direttamente confrontabili con i tassi di prevalenza riportati in tabella.

Fonte: nostre elaborazioni.

Capitolo 5.

La domanda di *Long Term Care* a livello regionale: un'applicazione al Piemonte

5.1. Introduzione

In una situazione nella quale a una domanda di assistenza crescente faceva da contrappunto l'assenza di chiare linee di intervento da parte dello Stato, ciascuna regione ha proceduto all'organizzazione di un proprio sistema socio-assistenziale per la terza età in modo autonomo, sicuramente disomogeneo e spesso disordinato (Saraceno, 1997).

Come si è visto, soltanto a partire dalla fine degli anni '90, e perciò con notevole ritardo, l'intervento del legislatore ha finalmente fissato in maniera chiara responsabilità e competenze.

A seguito del processo di decentramento amministrativo introdotto dalla legge Bassanini (n.59/1997), delle disposizioni di cui alla legge quadro in materia di assistenza (n.328/2000) e infine delle modifiche apportate al Titolo V della Costituzione (legge costituzionale n.3/2001), il ruolo centrale nella realizzazione del complesso dei servizi di carattere socio assistenziale è oggi quasi esclusivamente ricoperto dai comuni. Tale assetto del sistema di assistenza corrisponde dunque ad un modello di *welfare* che può essere definito "municipale" (Ferioli, 2002).

Alle regioni spettano invece (*ex lege* 328/2000) compiti di programmazione, coordinamento e indirizzo generale tra cui, *in primis*: la caratterizzazione di componenti fondamentali delle politiche assistenziali quali la definizione dei rapporti tra pubblico e privato, tra settore *profit* e settore *no profit* nell'erogazione dei servizi; la definizione delle modalità e della misura del ricorso alla gestione dei servizi stessi da parte delle aziende sanitarie; il disegno degli incentivi alla gestione consorziata delle funzioni tra comuni diversi.

Contestualmente, in virtù del cambiamento dell'art.119 della Costituzione (l. cost. n.3/2001), regioni ed enti locali sono ora chiamati a provvedere al finanziamento integrale delle funzioni pubbliche loro attribuite con tributi, entrate proprie e compartecipazione al gettito di tributi erariali.

Si è così inaugurata una fase delicata per lo sviluppo del *welfare* socio assistenziale del nostro paese, nella quale le regioni e gli enti locali dovranno dimostrare di essere in grado di provvedere in modo autonomo non soltanto all'organizzazione e alla programmazione del sistema dei servizi, ma anche al finanziamento delle politiche sociali (Ferioli, 2002).

Si tratta di una sfida importante per una regione che si sta attivando al fine di approntare un sistema di intervento organico, efficace e finanziariamente sostenibile.

Nel corso del capitolo dopo aver illustrato il quadro demografico piemontese in comparazione con quello nazionale, si è cercato di desumere dai pochi dati oggi disponibili un'indicazione sul tasso di copertura delle strutture e dei servizi offerti dalla regione ai disabili anziani. Si sono quindi analizzate le iniziative a sostegno della disabilità realizzate o in corso di realizzazione nelle altre regioni italiane. Infine, si è provato a simulare l'istituzione di un fondo regionale per la non autosufficienza in grado di fornire una copertura "completa" dei costi per le cure di lungo termine. Ancora una volta, nel condurre tale esercizio si sono incontrate numerose difficoltà imputabili alla carenza di informazione. Proprio per stimolare una più accurata politica di informazione, l'ultimo paragrafo è stato dedicato alla descrizione delle linee guida di un progetto pilota che vorrebbe essere iniziato nella realtà dell'Asl 15 di Cuneo al fine di strutturare una banca dati idonea allo studio dettagliato della domanda di prestazioni di *Long Term Care* tra la popolazione anziana assistita.

5.2. Il quadro demografico piemontese comparato con la realtà nazionale

Come si è in precedenza argomentato, l'invecchiamento della popolazione appare l'unica determinante praticamente certa della crescita attesa della domanda di prestazioni LTC, nonché quella preponderante.

Sotto il profilo demografico, il Piemonte si caratterizza già oggi, rispetto alla media nazionale, per una maggiore ampiezza relativa delle classi di età adulte e anziane e per una minore numerosità di quelle giovani; per di più le proiezioni per i prossimi decenni prefigurano un ulteriore peggioramento dell'indice di dipendenza. La posizione relativa della regione Piemonte appare dunque, oggi e in prospettiva, peggiore della media delle regioni italiane (si vedano in proposito i grafici 1.a e 1.b).

Attualmente, la popolazione con più di 45 anni incide sulla popolazione complessiva del Piemonte 0,4 punti percentuali in più di quanto non avvenga per la medesima classe di età a livello nazionale (e viceversa la popolazione con meno di 45 anni incide sulla popolazione totale del Piemonte 0,4 punti percentuali in meno di quanto avvenga nel più ampio contesto nazionale). In particolare, come viene evidenziato nel grafico 1.c, le classi di età comprese tra i 50 e i 59 anni, tra i 60 e i 69 anni e con più di 70 anni incidono, sulla struttura della popolazione complessiva del Piemonte, rispettivamente 0,9 punti (ossia 0,42 punti per la classe 50-54 e 0,45 per la classe 55-59), 2,2 punti (ossia 0,78 punti per la classe 60-64 e 0,73 sia per la classe 65-69, sia per la classe 70-74) e 1,1 punti percentuali più di quanto non avvenga a livello nazionale (ossia 0,42 per la classe 75-79, 0,27 punti per la classe 80-84, 0,23 punti per la classe 85-89 e, infine, 0,18 punti per la classe 90 e oltre). Per il futuro, si attende che tali differenze, pur attenuandosi per quanto riguarda la popolazione giovane e adulta, si accentuino molto in riferimento alla popolazione dei grandi anziani. Si prevede infatti che nel 2030 le classi di età comprese tra i 50 e i 59 anni, tra i 60 e i 69 anni e con 70 anni e più incideranno, sulla struttura della popolazione complessiva del Piemonte, rispettivamente 0,3 punti, 0,4 punti e 2 punti percentuali più di quanto non avvenga a livello nazionale.

Grafico 1.a - Struttura per età della popolazione italiana e piemontese – anno 2003

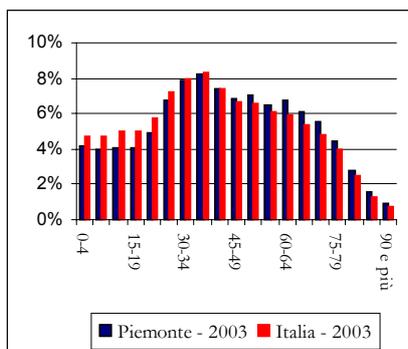


Grafico 1.b - Struttura per età della popolazione italiana e piemontese – anno 2030

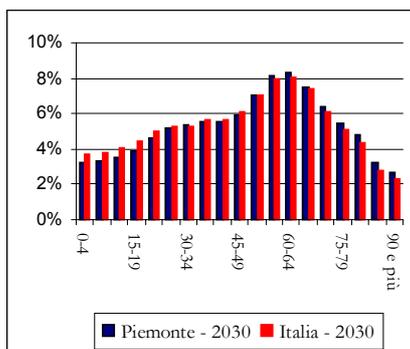
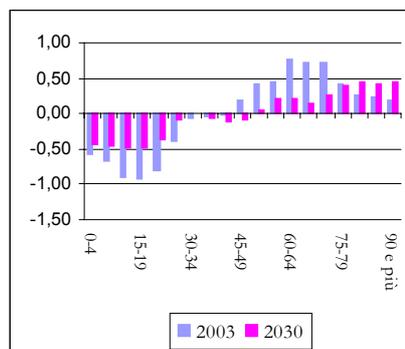


Grafico 1.c - Differenze assolute nell'incidenza percentuale delle diverse classi di età tra popolazione piemontese e popolazione italiana



Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT, Previsioni della popolazione residente - anni 2001-2051.

Qualora nella popolazione piemontese si riscontrasse la medesima incidenza per età della disabilità in età anziana di cui alle indagini condotte a livello nazionale dall'ISTAT¹, i disabili anziani attualmente risulterebbero pari a 192.509, ossia al 4,5 per cento del totale della popolazione. Sebbene la popolazione piemontese rappresenti 7,4 per cento della popolazione italiana, la popolazione disabile piemontese sarebbe dunque l'8,4 per cento della popolazione disabile nazionale². Considerando, invece, le

¹ Cfr. Capitolo 1.

² Così come stimata per il 2003 applicando i tassi di incidenza della disabilità ISTAT alle proiezioni ISTAT sulla popolazione residente.

probabilità di incidenza della disabilità in una o più ADL così come rilevate nell'indagine ILSA³, il numero di disabili anziani lievi (disabilità in 1 ADL) ammonterebbe al 2,8 per cento della popolazione complessiva, mentre il numero di disabili gravi (disabilità in 2 o più ADL) raggiungerebbe il 2,7 per cento (complessivamente la disabilità inciderebbe per il 5,5 per cento).

Rispetto alla situazione nazionale, la struttura per età della popolazione disabile piemontese sarebbe più sbilanciata verso la classe di età 70-74 e 85 anni e oltre. (cfr. Grafico 2.b).

Grafico 2.a – Numerosità della popolazione disabile – anno 2003

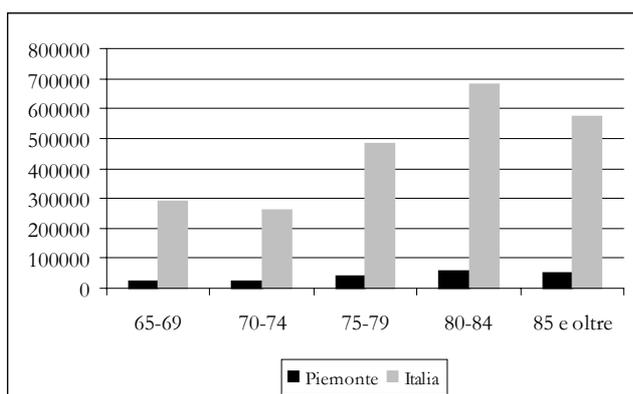
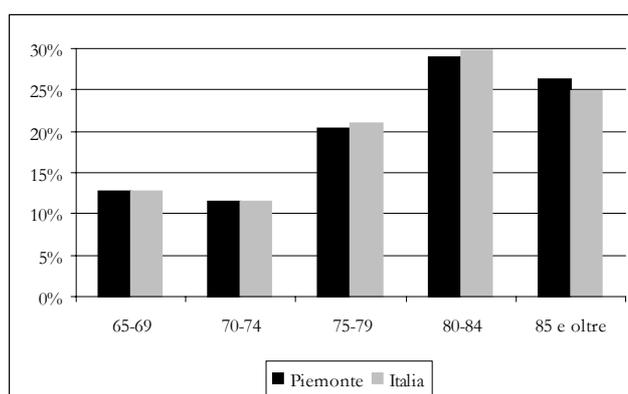


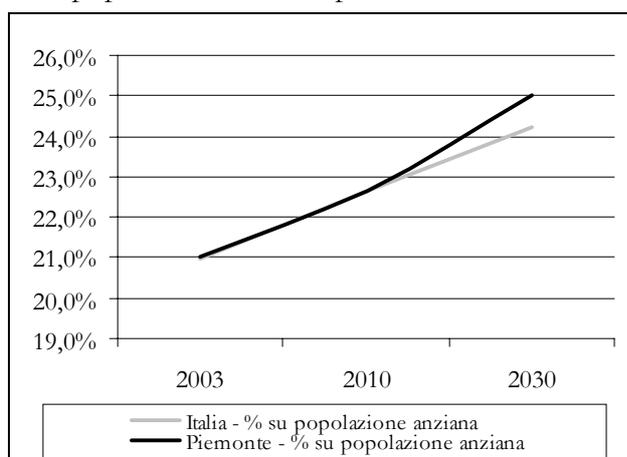
Grafico 2.b – Incidenza per classi di età della popolazione disabile sul totale della popolazione disabile – anno 2003



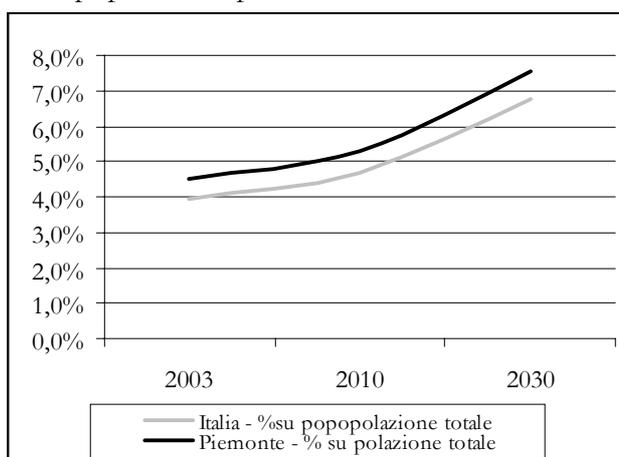
Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT.

Per effetto del processo di invecchiamento, l'incidenza stimata dei disabili, nell'ipotesi di tassi di incidenza della disabilità costanti nel tempo e pari a quelli ISTAT, è destinata a crescere sino ad attestarsi nel 2030 al 7,5 per cento della popolazione complessiva e al 25 per cento della popolazione anziana (cfr. Graf. 3a e 3b).

Graf.3a - Dinamica dell'incidenza dei disabili sulla popolazione anziana piemontese e italiana



Graf.3b - Dinamica dell'incidenza dei disabili sulla popolazione piemontese e italiana



Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT.

³ Cfr. Capitolo 1.

Il numero di disabili in 1ADL e in 2 o più ADL, stimato utilizzando le probabilità ILSA, sarebbe analogamente destinato all'incirca a raddoppiare. Si vedano, in proposito, le tavole riportate in Appendice 2.

In un'ottica comparativa con la realtà nazionale, si osserva che l'incidenza dei disabili anziani sulla popolazione complessiva della regione è inizialmente 0,55 punti percentuali più alta di quella nazionale e tale differenza è destinata ad ampliarsi nel 2030 a 0,74 punti percentuali. Analogamente, l'incidenza del numero di disabili sul totale della sola popolazione anziana della regione, pur partendo da valori pressoché uguali a quelli nazionali, è destinata a crescere più di quanto non avvenga a livello nazionale per effetto della maggior incidenza delle classi di età dei grandi anziani. Nel 2030 ci si attende uno scostamento di 0,77 punti percentuali.

5.3. La domanda e l'offerta di *Long Term Care*

Nella realtà piemontese, a sostegno dei disabili anziani sono attualmente in funzione:

- servizi di assistenza domiciliare a prevalente valenza sanitaria (assistenza domiciliare programmata), a prevalente valenza assistenziale (assistenza domiciliare) e “integrati” ossia con carattere sia sanitario sia assistenziale (assistenza domiciliare integrata, servizio infermieristico, telesoccorso)
- servizi di assistenza semiresidenziale tra cui figurano principalmente i centri diurni e
- servizi di assistenza residenziale⁴ tra cui si annoverano le residenze assistenziali, le residenze assistenziali flessibili e le residenze sanitarie assistenziali.

E' inoltre concessa una forma di aiuto economico (rientrante nella tipologia degli “assegni di cura”) ai nuclei familiari con basso reddito; l'importo dell'aiuto viene commisurato alla gravità della patologia e le modalità della sua erogazione sono variabili da Comune a Comune.

In particolare:

- i posti letto disponibili nelle strutture residenziali sono 29.588 di cui 14.333 occupati da anziani disabili (dati della Direzione delle Politiche Sociali della Regione aggiornati al mese di aprile del 2002);
- i casi di ADI trattati sono stati, alla data dell'ultima rilevazione disponibile, ossia il 1999, 14.428 (dati divulgati dall'Assessorato alla Sanità); mentre gli anziani disabili che usufruiscono di servizi socio assistenziali domiciliari sono stati 12.693 (dati della Direzione delle Politiche Sociali della Regione aggiornati al mese di aprile del 2002).

Data la dimensione comunale dell'intervento e le modalità estremamente differenziate attraverso cui essa avviene, non è invece possibile conoscere quale impegno di spesa complessivo derivi dai sussidi economici erogati alle famiglie a basso reddito che si prendono cura dei familiari anziani e non autosufficienti.

In mancanza di altri dati, stimando la domanda potenziale di servizi in base a quanto risulta dall'esperienza statunitense, e in special modo facendo riferimento alle probabilità di transizione verso i diversi livelli di assistenza al variare della condizione di disabilità di cui al *Brookings/ICF Long Term Care Financing Model* (1992) cui si è già fatto riferimento nel capitolo precedente, si ottiene che:

- il fabbisogno di posti letto nelle strutture residenziali ammonterebbe a 45.793 unità (il 3,63 per cento degli uomini anziani e un 5,95 delle donne anziane);

⁴ Nella Regione Piemonte, la definizione degli aspetti strutturali e gestionali delle diverse tipologie di presidi è iniziata nella seconda metà degli anni '80 ed è stata perfezionata agli inizi degli anni '90 con il DRG 38-16335 del 1992. Al termine di tale processo, la Regione vantava la presenza di diverse tipologie di presidi per l'assistenza agli anziani in parte uniche nel loro genere.

- il fabbisogno di assistenza domiciliare sarebbe pari a 61.975 unità (il 4,71 per cento degli uomini e il 8,20 per cento delle donne).

I tassi di copertura delle strutture e dei servizi attualmente forniti dalla regione sarebbe dunque stimabile nell'ordine del 65 per cento per quanto concerne le strutture residenziali⁵ e del 44 per quanto concerne i servizi domiciliari⁶.

In un'ottica di comparazione con le altre regioni, mentre in Piemonte si riscontra la presenza di un posto letto ogni 31 anziani, in Trentino, normalmente considerata una delle regioni maggiormente all'avanguardia nella fornitura di servizi, si rileva la presenza di un posto letto ogni 21 anziani⁷, mentre in molte regioni del Sud le strutture sono praticamente inesistenti.

Per quanto riguarda invece i servizi domiciliari, risulta che in Piemonte ne ha usufruito il 3,5 per cento della popolazione. Non è però possibile allo stato attuale effettuare una rigorosa comparazione tra regioni perché il gruppo dei servizi domiciliari include prestazioni assai differenziate e organizzate in maniera diversificata nel territorio e non si dispone dei relativi dati.

Dal quadro sintetico offerto in questi primi due paragrafi (5.2 e 5.3), che evidenzia per la regione Piemonte la posizione comparativamente sfavorevole quanto a demografia, ma anche la posizione relativamente favorevole in termini di tassi di copertura, si traggono due considerazioni: la prima concerne la necessità di disegnare politiche lungimiranti, in grado di prevedere gli effetti di domanda dovuti all'invecchiamento della popolazione; la seconda riguarda il fatto che, date le condizioni di partenza, il Piemonte dovrebbe essere in grado di disegnare tali politiche e destinare l'ammontare di risorse necessario alla loro realizzazione senza particolare affanno.

5.4. Modelli alternativi di organizzazione regionale dei servizi LTC

Le riforme introdotte a partire dalla fine degli anni '90 hanno profondamente mutato la filosofia alla base degli interventi in materia socio assistenziale, in particolare stabilendo che la titolarità delle funzioni pubbliche non richieda necessariamente la gestione delle stesse in capo ai pubblici poteri, né il monopolio da parte di questi ultimi della programmazione degli interventi da attuare (Ferioli, 2002).

Nel contesto di questo mutato assetto normativo, alcune regioni stanno ora effettivamente strutturando le proprie politiche di intervento. E' possibile "leggere" i provvedimenti fino ad ora introdotti come facenti capo principalmente a due distinti modelli:

- il modello dell'intervento diretto, proprio delle regioni che, ritenendo di avere servizi e strutture pubbliche complessivamente efficienti e modalità di intervento efficaci, puntano a mantenere una gestione accentrata dei servizi, ricercano strumenti atti a migliorarla e ad adattarla progressivamente all'evoluzione della domanda;
- il modello "competitivo", proprio delle regioni che, preferendo una strategia basata sulla libertà di scelta individuale e sui benefici della libera concorrenza tra fornitori di servizi, optano per l'esternalizzazione dei servizi e per l'erogazione di trasferimenti in denaro e buoni tali da lasciare al soggetto interessato (o ai suoi famigliari) la scelta sulle modalità e sulle strutture di cura.

La regione Toscana e la regione Trentino sono esempi rilevanti del primo modello. Nella fattispecie, la Toscana - che in base ad una graduatoria compilata dal Censis è collocata al primo posto in Italia per numero di strutture per disabili e spesa relativa - nel suo Piano sanitario regionale prevede che il comune divenga addirittura cogestore, assieme alle Asl, dei servizi socio-sanitari territoriali, prima

⁵ Il tasso di copertura è stato calcolato considerando tutti i posti letto disponibili nelle strutture residenziali (29.588) e non solo quelli occupati da anziani disabili (14.333).

⁶ Il tasso di copertura è stato calcolato considerando sia i servizi ADI (14.428), sia i servizi socio assistenziali (12.693).

⁷ Il dato viene riportato in Beltrametti (2002).

tradizionalmente affidati al solo comparto sanitario. Tale rapporto di collaborazione prende il nome di “società della salute”.

La regione Lombardia e la Regione Veneto costituiscono invece esempi del secondo modello. In particolare, in una recente delibera della giunta regionale⁸, la regione Lombardia ha stabilito che, nel prossimo triennio, il 70 per cento della quota di finanziamenti per le politiche assistenziali sia destinato al ricorso a “titoli” per l’acquisto dei servizi di assistenza domiciliare.

Il Piemonte non sembra avere ancora definito una propria strategia. I dati delle principali categorie economiche di spesa nel comparto sanitario rivelano la vocazione della regione alla gestione diretta dei servizi sanitari. Tuttavia è proprio nella voce Altra Assistenza, in cui è inclusa l’assistenza agli anziani e disabili, che sono più presenti voci di spesa per servizi finanziati a livello pubblico, ma erogati da strutture private. La tendenza mostrata dalla nostra Regione in tale comparto sembra dunque, in prima approssimazione, quella dell’esternalizzazione dei servizi, sulla falsariga del modello lombardo. Potrebbe dunque risultare interessante esaminare brevemente gli strumenti attraverso cui è possibile realizzare tale processo.

I titoli per l’acquisto dei servizi di assistenza domiciliare, sperimentati in Lombardia nel corso del 2001 e 2002, consistono in *voucher sociali e socio-sanitari* regionali e in *buoni socio-sanitari*. Il primo è un trasferimento di importo commisurato allo stato di bisogno (l’importo massimo è pari a 619 euro al mese), volto a sussidiare l’acquisto, da parte di persone in stato di necessità, di prestazioni domiciliari di carattere socio assistenziale e socio sanitario effettuate da *care giver* professionali e/o da organizzazioni accreditate pubbliche e private, *profit* e *no profit*. Il secondo è una variante, nata in via sperimentale nel corso del 2001, che prevede la possibilità di offrire a persone anziane non autosufficienti e con basso reddito un contributo economico (per l’anno in questione pari a 413 Euro al mese), per l’assistenza domiciliare in famiglia con lo scopo di evitare, e comunque ritardare, il ricorso al ricovero in strutture residenziali (RSA).

Strumenti analoghi sono in corso di sperimentazione anche nella Regione Liguria⁹.

La regione Veneto ha invece sperimentato l’introduzione di un sussidio per le famiglie a basso reddito che necessitano di ricorrere all’aiuto dei prestatori di cura domiciliari non specializzati, comunemente denominati *badanti*.

Con esplicito riferimento alle norme per la regolarizzazione del lavoro dei prestatori di cura extracomunitari di cui al d.l.195/2000, tale sussidio è corrisposto in modo:

- *una tantum* per l’importo forfetario di 200 Euro, in riferimento agli oneri economici connessi alla regolarizzazione di rapporti antecedenti al contratto di lavoro;
- mensilmente, per un importo commisurato al livello di impiego e compreso tra 150 e 100 Euro mensili.

I provvedimenti in questione sembrano ottimi strumenti per incentivare il ricorso ai servizi di assistenza privati regolari e finalizzare in modo più efficiente risorse pubbliche all’assistenza ai disabili.

⁸ Delibera della Giunta regionale della Lombardia n.VII/7069 del 23/11/2001.

⁹ Il cosiddetto assegno di servizio è un titolo di acquisto dei servizi a favore di persone non autosufficienti per favorire la loro permanenza nel nucleo familiare. Esso dà diritto all’acquisto di prestazioni di *aiuto domestico familiare* (con operatore di riferimento l’assistente familiare) e di *assistenza tutelare per persona non autosufficiente* (con operatore di riferimento Operatore socio-sanitario, Operatore tecnico di assistenza, Operatore socio-assistenziale ovvero figure con qualificazione professionale per l’assistenza socio-sanitaria alla persona). L’*assegno* è una misura aggiuntiva rispetto alle prestazioni in vigore, **indirizzata a tutti i cittadini** e sarà erogato gratuitamente al 25% dei destinatari, ossia dai cittadini con un reddito inferiore alla soglia di povertà relativa. Al restante 75% sarà richiesta una compartecipazione pari al 50% dell’assegno richiesto. Anche in questo caso, la tipologia quantitativa degli assegni viene valutata in base all’entità, alla qualità e alla persistenza del bisogno assistenziale e l’importo massimo è pari a 5.170 Euro all’anno.

Degli stessi risulta inoltre particolarmente apprezzabile che, a differenza di quanto ad esempio accade con l'intervento realizzato dallo Stato mediante gli assegni di accompagnamento, siano graduati nell'importo in relazione ad indicatori oggettivi della condizione di bisogno ed economica del soggetto beneficiario. Ciò permette di perseguire politiche di sostegno più efficaci, perché attive dove più vi è bisogno, garantendo maggior equità e con maggiore controllo sulla spesa.

Allo scopo di avere un ordine di grandezza per la regione Piemonte, con il necessario riproporzionamento dovuto alla diversa popolazione, la spesa annuale connessa a un *voucher* socio sanitario, così come sperimentato in Lombardia¹⁰, potrebbe ammontare a 21,3 milioni di Euro all'anno, mentre quella per l'introduzione del buono socio-sanitario a 19,8 milioni di Euro. La spesa per un intervento a sostegno delle famiglie che assumono prestatori di cura, quale quello applicato dalla Regione Veneto¹¹, sarebbe invece pari a circa 5,9 milioni di Euro.

Come rilevato da Beltrametti (2002), alla luce del ruolo di primaria importanza ricoperto, nel settore dell'assistenza, dai familiari dell'anziano e dai *care giver* informali, a prescindere dall'adesione ad uno specifico modello, sarebbe inoltre opportuno che, sulla scia di quanto avviene in Germania, fossero attivate ulteriori iniziative di sostegno economico e psicologico alle attività di questi ultimi. Si dovrebbe trattare di interventi volti a ridurre il costo opportunità di divenire *care giver*, compensando tale scelta attraverso la corresponsione non solo di un'indennità monetaria (secondo il modello in corso di sperimentazione in Lombardia), ma anche il versamento di contributi previdenziali sufficienti a garantirgli in vecchiaia un'idonea copertura previdenziale.

Al fine di alleggerire il carico di lavoro e *stress* comportato dall'espletamento di tali compiti di cura, si potrebbe, infine, proporre l'attivazione di servizi domiciliari o di ricovero temporaneo presso strutture in modo da permettere ai famigliari impegnati nell'assistenza al disabile periodi di riposo e di vacanza.

In ogni caso, data la dinamica attesa del fenomeno conseguente all'invecchiamento progressivo della popolazione (si vedano in proposito le proiezioni riportate in Appendice), gli interventi non potranno non avere carattere dinamico ossia sufficientemente flessibili da consentire all'offerta di adeguarsi a una domanda sicuramente in evoluzione .

Sarà inoltre importante fissare standard minimi relativi ai servizi da erogare all'intero territorio regionale. Infatti, come è emerso nel Capitolo 2, la dimensione delle politiche per la non autosufficienza in età anziana non è regionale, ma principalmente comunale. Ciò implica l'esistenza di sensibili differenze nella dotazione di strutture e nell'offerta di servizi. Tali differenze sono in parte giustificate in quanto frutto delle diversità territoriali e sociali tra le diverse aree¹², in parte, però, dipendono dalla diversa capacità di spesa e organizzativa delle autorità locali. Diventa perciò importante che la regione si fissi un quadro di riferimento tale da garantire che i diritti in una materia così delicata dipendano in misura sempre minore dal luogo di residenza.

¹⁰ DGR 9379: Conclusione della sperimentazione del buono socio-sanitario 2001 a favore degli anziani non autosufficienti assistiti in famiglia e attivazione nelle ASL delle province di Lecco e di Milano 3 del voucher socio-sanitario lombardo (Obiettivo gestionale 6.1.1.1 "contenimento delle componenti di infrastrutturazione pesante e sviluppo dei servizi" e Obiettivo gestionale 6.5.1.5 "valutazione delle diverse forme di intervento residenziali e domiciliari attualmente realizzate a favore di anziani non autosufficienti").

¹¹ Delibera n. 3630 del 13.12.2002 "Erogazione di contributi economici alle famiglie che assistono in casa persone non autosufficienti con l'aiuto di assistenti familiari".

¹² E' chiaro che i piccoli comuni saranno chiamati ad assistere gli anziani residenti nel loro territorio con modalità e frequenze diverse da quanto non siano invece chiamati a fare i grandi comuni; le strutture familiari e sociali, che tanta parte hanno nella formazione e articolazione della domanda di prestazioni di cura per i disabili anziani, della piccola comunità sono infatti diverse da quelle delle metropoli.

5.5. Un Fondo regionale piemontese per la non autosufficienza

Con la modifica all'articolo 119 della Costituzione, al di là del previsto intervento perequativo, aggiuntivo e speciale dello Stato, la competenza finanziaria dei vari interventi viene trasferita, quasi integralmente, agli enti locali incaricati dell'erogazione dei servizi stessi. Sempre a prescindere dal modello di intervento a cui la regione deciderà di aderire, diviene perciò importante un'accurata riflessione sulle forme di finanziamento della spesa per le prestazioni che vorrà erogare.

Nel presente paragrafo proviamo a definire l'ordine di grandezza di un intervento di LTC completo, che copra le necessità di assistenza di carattere domiciliare e residenziale all'insorgere della disabilità in 1 o più ADL per importi analoghi a quelli stimati in altre realtà europee, nello specifico quelle tedesca e inglese (cfr. tabella 6 dell'Appendice). Questi due paesi hanno modelli di assistenza molto diversi. Il primo, dedica maggiori risorse pro capite all'assistenza domiciliare; il secondo, che invece ha un sistema di protezione maggiormente delegato agli istituti tradizionali di tutela della salute e assistenziali, dedica maggiori risorse pro capite all'assistenza residenziale. Ci attendiamo dunque che i risultati della simulazione condizionale a tali due impostazioni opposte, diano indicazione di massima sul *range* entro cui è verosimile attendersi che si collochi il costo.

Si tratta ovviamente di un primo esercizio, che sicuramente andrebbe aggiornato nel momento in cui si rendessero disponibili i dati relativi agli effettivi costi per prestazione erogati e erogabili nella regione Piemonte agli anziani disabili nonché basi tecniche specifiche per il Piemonte o quantomeno per l'Italia. Analogamente a quanto effettuato nel capitolo 4, in assenza di dati specifici, qui si farà riferimento alle basi tecniche statunitensi opportunamente corrette per la mortalità secondo i tassi Istat 1998 (cfr. tabella 4 e 5 dell'Appendice).

Per il Piemonte, la spesa aggregata per un sistema completo di assistenza agli anziani disabili che corrisponda all'insorgere della disabilità in 1 o più ADL nel caso di prestazioni di carattere domiciliare e residenziale di importo pari a quelle erogate dal sistema tedesco o inglese, ammonterebbe a circa 1.150 e 1.300 milioni di Euro, ossia circa l'1 per cento del Pil regionale.

Tabella 1 - Una stima della spesa aggregata - Piemonte - Valori in Milioni di Euro 1999

Anno 2003	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Milioni di Euro	in % del Pil 2003*	Milioni di Euro	in % del Pil 2003*	Milioni di Euro	in % del Pil 2003*
...applicando i costi coperti dal sistema tedesco	371,59	0,34%	921,86	0,84%	1.293,45	1,18%
...applicando i costi coperti dal sistema inglese	339,79	0,31%	809,04	0,74%	1.148,83	1,05%

Nota: Tasso di crescita reale del Pil 1,5%.

*Valori stimati a prezzi 1999.

Secondo i dati ISTAT, la Regione Piemonte nel 1999 per la riabilitazione, l'assistenza ai disabili e agli anziani, le cure termali e le protesici ha speso 774 miliardi di vecchie lire (Ires, 2002). Questo significa che, anche ipotizzando che tutta la spesa sia stata destinata ai disabili anziani, ha coperto il 30 per cento circa del fabbisogno da noi stimato. Tuttavia, sebbene a costo di qualche sacrificio, tale politica sembrerebbe però alla portata della nostra regione.

Su base *pro capite* il contributo richiesto per il finanziamento dei costi di una copertura *Long Term Care* del tipo di quella sopra indicata ammonterebbe a 1.255/1.413 Euro all'anno nel caso in cui si il finanziamento fosse a carico degli anziani della regione; per contro, allargando la base impositiva anche agli individui con più di 24 anni, il contributo scenderebbe a 340/383 Euro all'anno. Infine, la contribuzione a carico soltanto degli attivi (di età compresa tra i 18 e i 64 anni) e proporzionale al reddito dal lavoro così come stimato dai dati Banca d'Italia (si veda in proposito il grafico 1 di cui

all'appendice al capitolo), comporterebbe aliquote contributive di equilibrio comprese tra il 3,40 e il 3,82 per cento.

Tabella 2 – “Premio” fisso per il finanziamento di un sistema organico di assistenza per la non autosufficienza (valori stimati) - Piemonte - Valori in Euro 1999

Anno 2003	...applicando i costi coperti dal sistema tedesco	...applicando i costi coperti dal sistema inglese
Anziani	1.413	1.255
Over 24	383	340

Fonte: Nostra simulazione utilizzando le basi tecniche statunitensi.

Tabella 3 - Contributi sul reddito da lavoro per il finanziamento di un sistema organico di assistenza per la non autosufficienza (valori stimati) - Piemonte - Valori in Milioni di Euro 1999

	...applicando i costi coperti dal sistema tedesco		...applicando i costi coperti dal sistema inglese	
	spesa tot	aliquota di equilibrio	spesa tot	aliquota di equilibrio
Anno 2003	1.293,45	3,82%	1.148,83	3,40%

Nota: il reddito da lavoro della popolazione attiva (età 18-64) è stato stimato a partire dai dati dell'indagine Banca d'Italia sui redditi delle famiglie.

Un aumento della contribuzione sugli attivi è reso tuttavia assai problematico dal livello già molto elevato degli oneri sociali a loro carico; a maggior ragione, nella prospettiva della forte crescita dell'aliquota che si renderebbe necessaria in futuro in conseguenza del processo di invecchiamento. Come riportato nella tabella 4, l'aliquota di equilibrio sarebbe infatti destinata a salire di circa un quarto di punto percentuale nel 2010 e di circa un punto percentuale e mezzo nel 2030.

Se i costi delle prestazioni mostrassero una dinamica di crescita superiore all'indice generale dei prezzi, invece, gli incrementi di aliquota sarebbero ancora più accentuati.

Tabella 4 – Contributi sul reddito da lavoro per il finanziamento di un sistema organico di assistenza per la non autosufficienza (proiezioni) - Piemonte - Valori in Milioni di Euro 1999

	...applicando i costi coperti dal sistema tedesco		...applicando i costi coperti dal sistema inglese	
	spesa tot	aliquota di equilibrio	spesa tot	aliquota di equilibrio
...nell'ipotesi di un tasso di crescita reale delle prestazioni nullo				
2010	1.495,65	4,08%	1.333,78	3,64%
2030	2.275,09	5,28%	2.173,94	5,05%
...nell'ipotesi di un tasso di crescita reale delle prestazioni pari all'1,5%*				
2010	2.185,56	5,97%	1.996,96	5,45%
2030	4.675,57	10,86%	4.575,03	10,62%

Fonte: Nostra simulazione.

*la crescita è ipotizzata all'1,5% reale a partire dal 1999.

I valori fanno riferimento a una copertura dei costi completa per tutti coloro che presentino una disabilità in una o più ADL. Nulla vieta tuttavia che la regione preferisca optare per non coprire tutti i costi dell'assistenza, ma solo i livelli minimi per i disabili più gravi. La copertura dei costi delle prestazioni per i disabili meno gravi e quello delle prestazioni eccedenti i minimi così stabiliti potrebbe

invece avvenire attraverso schemi integrativi di carattere privato. Il dlgs 229/1999 prevede che le fonti istitutive di tali fondi integrativi possano essere originate da atti di soggetti privati ma anche pubblici, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti. L'introduzione di un tale schema è ad esempio oggi allo studio della Regione Veneto.

5.6. Un'ipotesi di progetto pilota per la stima della domanda di LTC basata sui microdati (l'Asl 15 di Cuneo)*

Motivazione. Disporre di informazioni atte a valutare adeguatamente la domanda di assistenza degli anziani disabili è una delle priorità dei Piani – siano essi nazionali, regionali e locali - di intervento per la tutela della non autosufficienza. La regione Piemonte si è sempre dimostrata molto attenta all'organizzazione e alla realizzazione di banche dati in grado di supportare un'attività di politica sufficientemente *knowledge based*. Ciononostante, specialmente in relazione alla disabilità in età anziana, il sistema informativo appare ancora alquanto carente.

Nel corso del capitolo si è ad esempio avuto modo di ribadire la necessità di realizzare politiche che incentivino la permanenza a domicilio, una soluzione generalmente preferita sia dal soggetto bisognoso di cura, sia dall'istituzione pubblica, per il minor costo che essa normalmente implica. Nell'approntare gli strumenti idonei a perseguire tale finalità occorre però conoscere i meccanismi di scelta tra assistenza formale e informale. Affinché gli interventi siano efficaci, essi devono infatti incidere sulla struttura degli incentivi a cui i soggetti rispondono.

In mancanza di indagini campionarie regionali idonee a soddisfare tale interesse, in questo paragrafo proponiamo l'avvio di un progetto pilota finalizzato all'analisi delle caratteristiche della domanda di servizi socio-assistenziali di una realtà pur relativamente piccola - l'Asl 15 di Cuneo - che presenta tuttavia molteplici vantaggi in termini di possibilità di un'analisi approfondita. Tale analisi potrà essere replicata in altre realtà in modo da avere una rappresentazione più completa della domanda di LTC in Piemonte.

L'Azienda Sanitaria Locale n. 15, che assiste una popolazione di oltre 150.000 soggetti, ripartita nei distretti di Cuneo, Borgo San Dalmazzo e Dronero, a partire dalla sua nascita, ha sempre posto un'attenzione particolare al trattamento informatico dei dati. L'azienda si sta infatti attrezzando per poter presto disporre di un *database* di agile consultazione che contenga l'anagrafica degli assistiti (alimentata periodicamente dalle anagrafi dei comuni del territorio), nonché tutti i dati inerenti l'assistenza sanitaria territoriale erogata a soggetti anziani.

I. Gli obiettivi

Il progetto si propone di:

- a. tradurre su supporto informatico tutte le informazioni contenute negli archivi relativi alle domande di ammissione rivolte alle Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) e alle diverse tipologie di prestazioni di LTC erogate alla popolazione anziana dell'Asl 15; procedere al collegamento degli stessi in modo da consentire una visione completa dei percorsi di assistenza e cura che fanno capo, all'interno del territorio dell'Asl 15, a soggetti anziani non autosufficienti. Ovviamente i servizi residenziali, domiciliari e terapeutici contenuti nei menzionati *data set* non sono rivolti unicamente alla popolazione disabile anziana e, d'altro canto, essi illustrano soltanto la cosiddetta quota soddisfatta della domanda di prestazioni di LTC dei soggetti anziani disabili. I collegamenti tra i servizi erogati e la domanda potenziale di servizi LTC non sono dunque biunivoci. Ciò viene meglio illustrato nella figura 1.

* Questo paragrafo è stato elaborato con la collaborazione di Fabio Aimar.

- b. elaborare una metodologia di analisi che, a partire dai dati così raccolti, sia idonea a approfondire la conoscenza dei meccanismi che regolano la domanda di prestazioni *LTC*, anche nell'ottica di analizzare il grado di successo delle politiche in essere e orientare di conseguenza gli interventi futuri.

II. I dati e gli strumenti dell'analisi

I dati. Attualmente l'Asl n.15 è in possesso degli archivi, per lo più cartacei, delle domande di ammissione:

- al ricovero presso le Residenze Assistenziali Flessibili (R.A.F.) e le Residenze socio Assistenziali (R.S.A.) del territorio della Asl (in seguito denominate DomandeUVG);
- al trattamento di assistenza domiciliare integrata (in seguito DomandeADI);
- al trattamento di Assistenza Domiciliare Programmata (in seguito DomandeADP);
- al trattamento di Ossigeno Terapia Domiciliare a lungo termine (in seguito DomandeOTD).

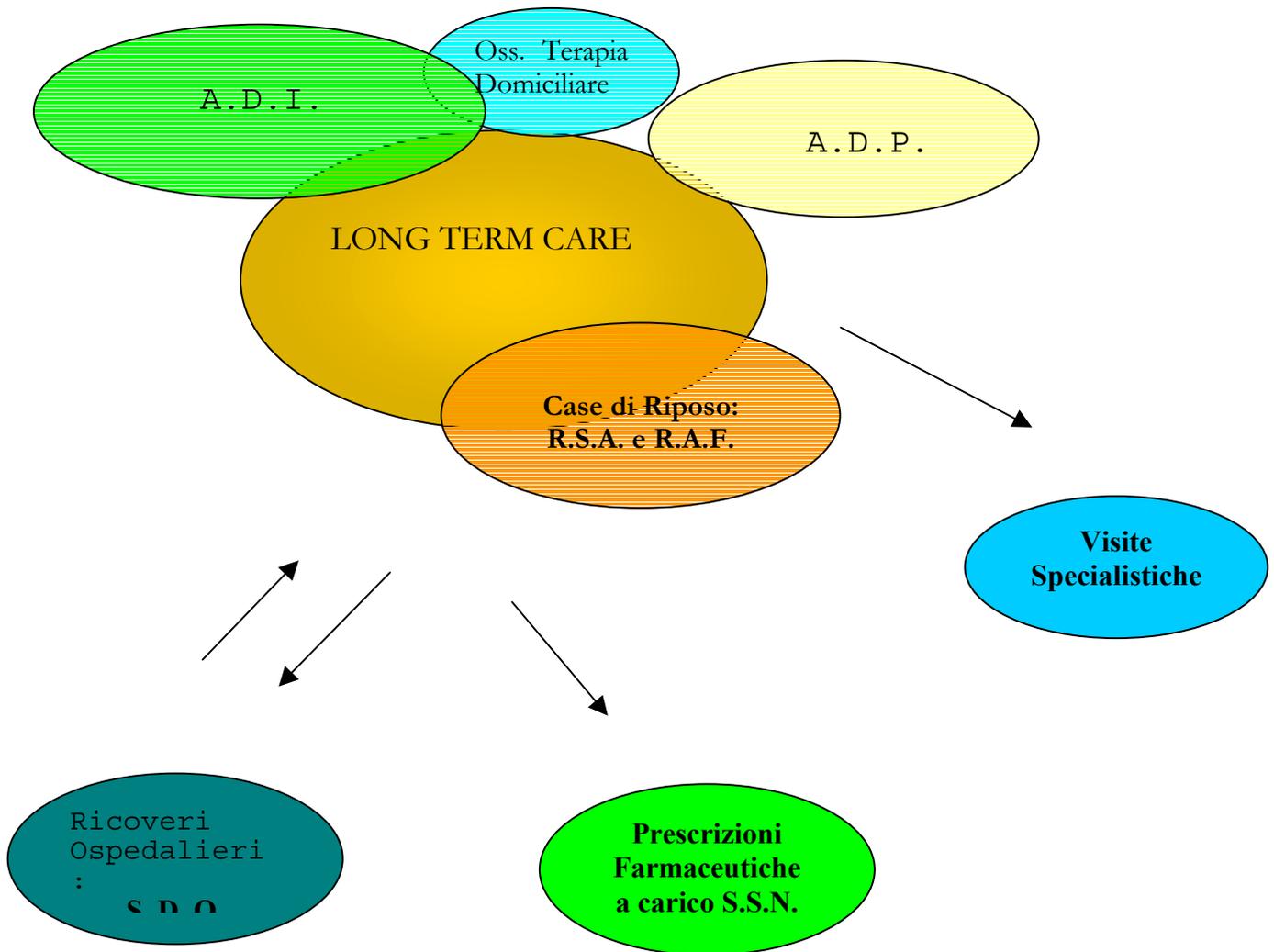
e all'esito delle stesse in termini di tempi di attesa, tipologie di prestazioni erogate e modalità di erogazione (in seguito denominati MovimentiUVG).

Essa dispone inoltre delle informazioni relative ai:

- ricoveri ospedalieri ordinari,
- alle prestazioni farmaceutiche,
- alle visite mediche generiche e specialistiche.

Tali dati fanno riferimento al quinquennio 1996-2001.

Figura 1.



Gli strumenti. La creazione del *database* richiederà l'impiego di tecniche relative al *datavarehousing*. L'analisi della domanda di *LTC* si avvarrà invece delle tecniche econometriche di analisi delle scelte (probit, logit, tobit, multinomial logit) e delle tecniche relative alla cosiddetta *duration analysis* e *survival analysis*.

III. I risultati attesi

L'analisi intende mettere in luce il peso assunto nelle decisioni relative al percorso terapeutico dalle variabili caratteristiche dell'individuo (ossia età, sesso, stato civile, etc...), nonché dalla sua condizione familiare ed economica, dalle caratteristiche del territorio di residenza, etc...

Essa intende altresì valutare l'effetto esercitato dalle medesime variabili sulla durata degli interventi terapeutici e sulla spesa ad essi relativa.

Infine si vogliono indagare i legami tra domanda di prestazioni di *long term* e di *acute care*, valutando i costi che esse comportano per il settore pubblico, al netto della compartecipazione richiesta al paziente.

IV. La rilevanza del progetto nella programmazione per l'assistenza LTC in Piemonte

A quanto risulta, non sono disponibili, a livello nazionale (e regionale) sistemi di rilevazione paragonabili a questo progetto. A oggi, le informazioni sulla rilevanza di determinate caratteristiche dei soggetti ai fini delle prestazioni erogate sono affidate a statistiche prodotte *una tantum*, con scarsa attenzione agli elementi dinamici (gli stessi soggetti non sono mai riconsiderati, a meno che non presentino una nuova domanda, oppure, sono considerati più volte, in modo disgiunto, da parte di più Unità Operative, ciascuna delle quali è interessata soltanto all'analisi della propria attività).

Molto spesso l'analisi si ferma ai meri aspetti quantitativi (in termini di numerosità dei soggetti richiedenti, o dei soggetti in lista di attesa, o dei soggetti che presentano qualche disabilità, ecc.) con scarsa o nulla attenzione alle verosimili cause che determinano il bisogno di assistenza, la conoscenza delle quali è peraltro necessaria per impostare interventi non solo di cura, ma anche di prevenzione.

L'analisi della *LTC* in ambito regionale potrebbe quindi passare dal campione all'universo, da considerazioni microeconomiche ad aspetti macro, i quali richiedono in ogni caso buoni fondamenti dal micro.

Il progetto dovrebbe condurre a un *datawarehouse* che si presta, proprio perché costruito *ad hoc*, a vedere applicate le più moderne tecniche di *Knowledge Discovery in Database* (KDD).

L' "informazione" che ne viene costruita può essere resa disponibile per una pluralità di usi:

- i. come base per il sistema di supporto decisionale in ambito regionale;
- ii. per la ricerca di "*pattern*" da parte di altri soggetti interessati (potenziali entranti nel settore dell'offerta, assicurazioni, case di cura che vogliano specializzarsi/convenzionarsi come centri di eccellenza per la cura – acuta – del paziente anziano disabile);
- iii. per la creazione, anche dal punto di vista informatico, di una rete di servizi (un database aggiornato, con lo "storico" di tutte le prestazioni erogate e l'insieme di tutte quelle che si stanno erogando, è un buon punto di partenza, in presenza dell'anagrafica degli assistiti, per collegare Case di Riposo, Ospedali e Servizi Sociali);
- iv. per l'elaborazione di altri progetti pilota volti ad individuare le criticità utilizzando una visione completa del problema *LTC*, astruendo dai singoli punti di vista dei servizi di competenza (gli attuali Centri di Responsabilità).

Appendice

Tabella 1 - Evoluzione attesa del numero di disabili - tassi di incidenza ISTAT costanti nel tempo

Età\Anno	Uomini				Donne				totale			
	2003	2010	2030	2050	2003	2010	2030	2050	2003	2010	2030	2050
65-69	11465	11148	13872	10448	12931	12550	14553	10577	24396	23698	28425	21024
70-74	9830	10605	11301	11353	12462	12788	12686	12207	22292	23393	23987	23560
75-79	15631	18050	20459	25868	23612	25144	25823	30247	39243	43194	46282	56115
80-84	19490	26956	37616	48867	36471	46423	55120	65550	55961	73379	92736	114418
85 e oltre	13816	18153	36445	51222	36800	45389	77761	97878	50616	63542	114206	149100
% sul totale della popolazione	3,4%	4,1%	6,1%	8,3%	5,5%	6,5%	8,9%	11,5%	4,5%	5,3%	7,5%	9,9%
% su popolazione anziana	18,8%	20,4%	22,8%	25,9%	22,6%	24,2%	26,7%	29,5%	21,0%	22,7%	25,0%	27,9%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Tabella 2 - Evoluzione attesa del numero di disabili nelle ADL - tassi di incidenza ILSA costanti nel tempo

Disabilità in 1 ADL

Età\Anno	uomini				donne				totale			
	2003	2010	2030	2050	2003	2010	2030	2050	2003	2010	2030	2050
65-69	11.822	11.495	14.304	10.773	10.556	10.245	11.880	8.634	22.378	21.740	26.184	19.407
70-74	10.031	10.822	11.531	11.585	16.733	17.170	17.033	16.390	26.763	27.991	28.565	27.975
75-79	12.447	14.374	16.292	20.600	15.726	16.746	17.199	20.145	28.173	31.120	33.491	40.745
80-84	8.124	11.237	15.680	20.370	14.896	18.960	22.512	26.772	23.020	30.197	38.192	47.142
85 e oltre	5.759	7.567	15.192	21.352	15.030	18.538	31.759	39.975	20.789	26.105	46.951	61.327
% sul totale della popolazione	2,3%	2,7%	3,7%	4,8%	3,3%	3,7%	4,8%	5,9%	2,8%	3,2%	4,3%	5,4%
% su popolazione anziana	12,9%	13,3%	13,9%	14,9%	13,5%	13,9%	14,4%	15,2%	13,2%	13,7%	14,2%	15,1%

Disabilità in 2 o più ADL

Età\Anno	uomini				donne				totale			
	2003	2010	2030	2050	2003	2010	2030	2050	2003	2010	2030	2050
65-69	4.187	4.071	5.066	3.815	5.972	5.796	6.722	4.885	10.159	9.868	11.788	8.701
70-74	6.441	6.949	7.404	7.439	10.843	11.126	11.038	10.621	17.283	18.074	18.442	18.059
75-79	11.089	12.806	14.515	18.353	18.233	19.416	19.940	23.357	29.323	32.222	34.455	41.709
80-84	9.847	13.620	19.006	24.691	20.194	25.704	30.519	36.294	30.041	39.324	49.525	60.985
85 e oltre	6.981	9.172	18.414	25.881	20.376	25.131	43.055	54.193	27.357	34.303	61.469	80.074
% sul totale della popolazione	1,9%	2,2%	3,3%	4,5%	3,4%	4,0%	5,3%	6,9%	2,7%	3,1%	4,3%	5,7%
% su popolazione anziana	10,3%	11,2%	12,3%	14,1%	14,0%	14,9%	16,0%	17,6%	12,5%	13,3%	14,4%	16,1%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e ILSA

Tabella 3 - Evoluzione attesa del numero di disabili nelle IADL - tassi di incidenza ILSA costanti nel tempo

Disabilità in 1 IADL

Età\Anno	uomini				donne				totale			
	2003	2010	2030	2050	2003	2010	2030	2050	2003	2010	2030	2050
65-69	23.644	22.991	28.607	21.546	25.973	25.208	29.231	21.245	49.618	48.199	57.839	42.791
70-74	19.639	21.187	22.577	22.682	26.638	27.334	27.117	26.093	46.277	48.521	49.694	48.774
75-79	14.710	16.987	19.255	24.345	23.476	24.998	25.673	30.072	38.186	41.985	44.928	54.417
80-84	9.642	13.336	18.610	24.176	10.673	13.585	16.130	19.182	20.315	26.921	34.740	43.358
85 e oltre	6.835	8.981	18.031	25.341	10.769	13.282	22.755	28.642	17.604	22.263	40.786	53.984
% sul totale della popolazione	3,6%	4,0%	5,4%	6,6%	4,4%	4,7%	5,8%	6,6%	4,0%	4,4%	5,6%	6,6%
% su popolazione anziana	19,9%	20,1%	20,4%	20,7%	18,0%	17,8%	17,3%	17,0%	18,8%	18,7%	18,7%	18,7%

Disabilità in 2 o più IADL

Età\Anno	uomini				donne				totale			
	2003	2010	2030	2050	2003	2010	2030	2050	2003	2010	2030	2050
65-69	17.364	16.884	21.009	15.823	27.918	27.095	31.420	22.835	45.282	43.979	52.428	38.658
70-74	18.794	20.276	21.606	21.706	46.851	48.075	47.693	45.892	65.645	68.351	69.300	67.598
75-79	26.328	30.403	34.461	43.572	63.247	67.349	69.168	81.018	89.575	97.752	103.629	124.590
80-84	20.187	27.921	38.962	50.616	56.051	71.344	84.711	100.741	76.238	99.265	123.673	151.357
85 e oltre	14.311	18.803	37.749	53.055	56.556	69.756	119.507	150.422	70.867	88.559	157.256	203.478
% sul totale della popolazione	4,7%	5,5%	7,8%	10,4%	11,4%	12,9%	16,9%	21,3%	8,1%	9,3%	12,5%	16,0%
% su popolazione anziana	25,9%	27,5%	29,3%	32,4%	46,3%	48,3%	50,6%	54,6%	38,0%	39,7%	41,4%	44,9%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e ILSA.

Tabella 4 - Tassi di incidenza simulati dal modello

classi di età	Uomini				Donne			
	sano	IADL	1ADL	2ADL	sano	IADL	1ADL	2ADL
64-69	88,0%	5,2%	2,3%	4,6%	88,3%	4,9%	2,3%	4,6%
70-74	80,2%	6,9%	3,8%	9,1%	78,4%	7,3%	4,1%	10,2%
75-79	69,1%	11,5%	5,1%	14,3%	65,9%	12,1%	5,6%	16,4%
80-84	59,5%	14,4%	6,5%	19,6%	55,8%	14,9%	7,1%	22,2%
85-89	36,1%	17,5%	10,7%	35,7%	33,7%	17,7%	11,0%	37,7%
90 e più	13,5%	18,3%	13,3%	54,9%	13,8%	18,3%	13,3%	54,6%
popolazione disabile con più di 65 anni				24,8%	31,0%			
popolazione disabile con più di 75 anni				40,4%	47,0%			

Fonte: nostre simulazioni

Tabella 5 - Incidenza percentuale simulata dal modello della numerosità degli anziani ricoverati in casa di cura e assistiti domiciliarmente

<i>Percentuali sul totale della popolazione anziana disabile</i>						
	Uomini		Donne		Totale	
	Anziani in casa di cura	Anziani assistiti domiciliarmente	Anziani in casa di cura	Anziani assistiti domiciliarmente	Anziani in casa di cura	Anziani assistiti domiciliarmente
Anno 2003	14,09%	18,29%	18,33%	25,23%	16,83%	22,77%
Anno 2010	14,21%	18,33%	18,28%	25,21%	16,81%	22,72%
Anno 2030	18,60%	19,95%	23,33%	26,64%	21,55%	24,13%
<i>Percentuali sul totale della popolazione anziana</i>						
	Uomini		Donne		Totale	
	Anziani in casa di cura	Anziani assistiti domiciliarmente	Anziani in casa di cura	Anziani assistiti domiciliarmente	Anziani in casa di cura	Anziani assistiti domiciliarmente
Anno 2003	3,63%	4,71%	5,95%	8,20%	5,00%	6,77%
Anno 2010	3,88%	5,00%	6,22%	8,58%	5,25%	7,10%
Anno 2030	5,69%	6,10%	8,92%	10,19%	7,53%	8,43%

Fonte: nostre elaborazioni sulla base delle probabilità di transizione nelle tipologie di assistenza mutuata dal *Brookings/ICF Long Term Care Financing Model* (1992).

I costi dell'assistenza LTC e la loro dinamica attesa

In mancanza di dati specifici sui costi unitari delle prestazioni di *Long Term Care* offerte nel nostro Paese, abbiamo deciso di impostare la simulazione supponendo due scenari. Nel primo, i costi unitari per le prestazioni di *LTC* vengono supposti di ammontare pari alla cifra rimborsata dall'assicurazione sociale tedesca al variare della tipologia di prestazione erogata e della gravità della disabilità del beneficiario.

Nel secondo caso, essi sono invece posti pari ai costi unitari per prestazione rilevati per il Regno Unito dalla apposita Commissione di indagine per la *LTC*.

Tabella 6 - I costi delle prestazioni differenziati per condizione di salute e tipologia di assistenza prestata – valori annuali in Euro

	sano	IADL	1ADL	2ADL
...alla maniera tedesca				
assistenza informale o nessuna assistenza	0	0	0	0
assistenza domiciliare	0	4.602	11.044	17.180
casa di cura	0	12.271	15.339	17.180
...alla maniera UK				
assistenza informale o nessuna assistenza	0	0	0	0
assistenza domiciliare	0	1.749	1.749	1.749
casa di cura	0	27.959	27.959	27.959

Fonte:

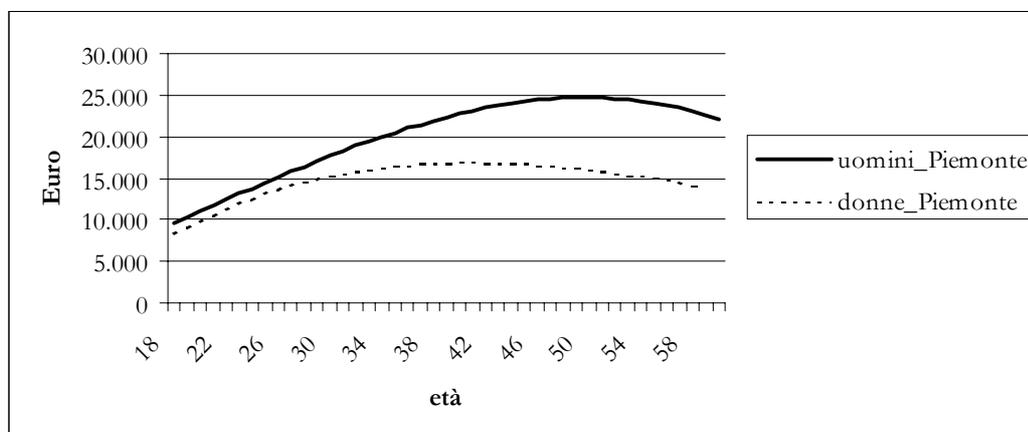
a - per i dati sulla realtà dell'U.K. Si è fatto riferimento ai dati divulgati dalla Royal Commission on *LTC* (1999). Il tasso di cambio sterlina/euro è quello riscontrato al 31/12/1999.

b - per i dati sulla realtà della Germania si è fatto riferimento ai dati divulgati dal Ministero della sanità tedesco (1999).

In tutte le simulazioni relative alla spesa individuale o aggregata per le prestazioni *LTC* un primo approccio è stato quello di ipotizzare una crescita nulla dei prezzi relativi (Scenario A).

In seconda istanza si è supposta all'opposto una crescita dell'1,5% così come ipotizzato dalla *Royal Commission on Long Term Care* inglese nello scenario base delle proiezioni ufficiali di spesa (Scenario B).

Grafico 1 - Profilo *cross section* dei redditi da lavoro lordi - anno 2000



Fonte: nostre stime sui dati dell'Indagine Banca d'Italia sui redditi delle famiglie (1998 e 2000).

Bibliografia

- Ania (2002), *Proposte per un progetto organico di tutele pubbliche e private a favore delle persone non autosufficienti nel compimento degli atti della vita quotidiana*, mimeo.
- Barr N. (1993), *The economics of welfare state*, Second Edition, Oxford university press.
- Beltrametti L. (2000), *Progetti alternativi di assistenza ai non autosufficienti: costi e meccanismi di finanziamento*, Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica – Commissione tecnica per la spesa pubblica - Ricerca n.14.
- Beltrametti L. (2002), *Ipotesi di potenziamento delle politiche a favore delle persone non autosufficienti in Liguria*, dicembre 2002, mimeo.
- BNL/Centro Einaudi (2002), *Il risparmiatore si confessa, XX Rapporto sul risparmio e sui risparmiatori in Italia*, Quaderni di ricerca “Le radici del futuro: il risparmio”, Guerini e Associati, Milano.
- Borsch-Supan A., Gokhale J., Kotlikoff L.j., Morris J. (1992), *The provision of time to the elderly by their children*, in D.A.Wise, *Topics in the economics of aging*, NBER Project Report.
- Brugiavini A., Jappelli T., Weber G. (2002), *The survey on Health, Aging and Wealth (Shaw)*, CSEF, W.P. 86.
- Cadette W. (1999), *Financing Long-Term Care: Options for Policy*, The Jerome Levy Economics Institute WP n°283.
- Caritas (1999), *Immigrazione: dossier statistico 1998*, Anterem, Roma.
- Castellino O., Fornero E. (2001), *La riforma del sistema previdenziale italiano*, Il Mulino Studi e Ricerche.
- CNEL (2002), *La tutela dei rischi di non autosufficienza fisica nelle persone di età avanzata*, pronunce n.28.
- CNR (1995), *Studio longitudinale italiano sull'invecchiamento - ILSA*, www.aging.cnr.it.
- Conde Ruiz J.I., Profeta P. (2003), *What Social Security: Beveridgean or Bismarckian?*, mimeo.
- Cutler D.M. (1993), *Why doesn't the market fully insure Long Term Care?*, NBER WP n°4301.
- Cutler D.M., Sheiner L.M. (1992), *Policy options for long term care*, in D.A.Wise, *Studies in the economics of aging*, NBER Project Report.
- Di Iorio A., Ferrucci L., Del Lungo I., Bavazzano A., Abate G. (1996), *Tipologia degli utenti dei servizi di ADI: un'indagine multicentrica nazionale*, Giornale di gerontologia, vol.44, pag.795-799.
- Dick A., Garber A.M., MaCurdy T. (1994), *Forecasting nursing home utilization of elderly Americans*, in D.A.Wise, *Studies in the economics of aging*, NBER Project Report.
- European Commission - Public Policy Committee (2001), *Budgetary challenges posed by aging populations: the impact on public spending on pensions, health and long term care for the elderly and possible indicators of the long term sustainability of public finances*, 24 ottobre 2001.
- Felder S., Zweifel P. (1998), *Provision and financing of long term care for the elderly: the role of government*, in Marmor T., De Jong P. R., *Ageing, Social Security and Affordability, International Studies in Social Security*, vol. 3.
- Feroli E. (2002), *I servizi socio-assistenziali tra modelli organizzativi regionali e welfare locale*, documento per il gruppo di lavoro “Modelli regionali di welfare socio sanitario”, Atti del convegno “Strada facendo la droga: la ricerca e la proposta”, Torino 20-22 Settembre 2002.
- Fornero E. (1993), *Risparmio, assicurazioni e fondi pensione: un riesame della microeconomia delle scelte previdenziali*, Giornale degli economisti e annali di economia, Gennaio-Marzo 1993.

- Garber A.M., MaCurdy T. (1990), *Predicting nursing home utilization among the high-risk elderly*, in D.A.Wise, *Issues in the economics of aging*, NBER Project Report.
- Himes C.L., Schneider U., Wolf D.A. (2001), *The Dynamics of Long Term Care Service Use in Germany*, Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 70.
- Intervento di F. Tuffreau direttore aggiunto dell'osservatorio regionale della sanità dei Pays de la Loire, scaricabile dal sito della Regione Emilia Romagna.
- Ires (2002), *Piemonte economico sociale 2001*, Torino.
- ISTAT (1998), *Indagine su famiglie, soggetti sociali e condizioni dell'infanzia*, anno 1998, Roma.
- ISTAT (2000), *Indagine su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, anno 2000, Roma.
- ISTAT (2001), *Le organizzazioni di volontariato in Italia. Anno 1999*, Servizio statistiche sulle istituzioni pubbliche e private, Roma.
- ISTAT (2002a), *I presidi residenziali socio-assistenziali - anno 1999*, Roma.
- ISTAT (2002b), *La povertà in Italia nel 2001*, Note Rapide 17 luglio 2002.
- Isvap (2001), *Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Quaderni Isvap n°11.
- Jacobzone S. (1998), *Long term care services to older people, a perspective on future needs: the impact of an improving health of older persons*, OECD working paper AWP4.2.
- Kalisch D.W., Aman T. and Buchele L.A. (1998), *Social and health policies in OECD countries: a survey on current programmes and recent developments*, Labour market and social policies, Occasional Paper n°33, Paris.
- Karlsson M. (2003), *Comparative analysis of long term care systems in four countries*, International Institute for Applied Systems Analysis, Interim Report IR-02-003/January.
- Kemper P. (1992), *The use of formal and informal home care by the disabled elderly*, Health services research, vol. 27, n° 4.
- Lakdawalla D., Philipson T. (1999), *Aging and the growth of Long Term Care*, NBER n° 6980.
- Mature Market Institute (2002), *MetLife Market Survey on Nursing Home and Home Care Costs*, Metropolitan Life Insurance Company.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (2003), *Libro bianco sul Welfare*, Roma.
- Ministero della sanità tedesco – Vollmer R.J. (2000), *Long term care insurance in Germany*, Background paper preparato per il meeting del Workshop OECD dal titolo “Healthy Ageing and Biotechnologies” Tokyo, 13-14 novembre 2000.
- Murtaugh C.M., Spillmann B.C., Warshawsky M.J. (2001), *In sickness and in health: an annuity approach to financing long term care and retirement income*, The journal of risk and insurance, vol. 68, n° 2.
- Niefeld M., O'Brien E., Feder J. (1999), *Policy Brief: Long-Term Care: Medicaid's Role and Challenges* (New York, NY: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, November 1999). www.aahsa.org American Health Care Association.
- Osterle A. (1999), *Equity in the provision of Long Term Care*, European University Institute, European Forum Conference, *Beyond the Health Care State*, Conference Paper WS/32.
- Paci S., Adorno S., Petrone V. (2002), *L'assicurazione del rischio di non autosufficienza in Italia*, WP Cerap n° 27.
- Pauly, M. V. (1990), *The Rational Nonpurchase of Long-Term Care Insurance*, Journal of Political Economy, n° 98.

- Ragioneria Generale dello Stato (2001), *Le tendenze di medio lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario. Previsioni elaborate con i modelli del dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2001*, Quaderno 3.
- Royal Commission on Long Term Care (1999), *With Respect to Old Age: Long Term Care - Rights and Responsibilities*, TSO, Londra.
- Saraceno C. (1997), *Il welfare state italiano tra occupazionalismo e territorialismo. Limiti e prospettive di cambiamenti possibili*, in AA.VV., *Regionalismo, federalismo e welfare state*.
- Sloan F.A., Hoerger T.J. e Picone G. (1992), *Effects of strategic behaviour and Public Subsidies on Families' Savings and long Term Care decision*, Unpublished manuscript.
- Wiener J.M., David G. Stevenson (1998), *Long-Term Care for the elderly: profiles of thirteen states*, Urban Institute.
- Wilbers J. (2000), *Long term care Insurance in Germany*, <http://www.ilcusa.org>.
- Wittenberg R. (1999), *Economics of Long Term Care Finance*, Chapter 2, Research Volume 1, Royal Commission on Long Term Care Report.
- Wittenberg R., Pickard L., Comas-Herrera A., Davies B. and Darton R.(2001), *Demand for long-term care for older people in England to 2030*, Health statistic Quarterly 12, winter 2001.
- Wolf D.A., Grundy E., Laditka J. (2000), *Usage of Community-Based Long Term Care Services: A Model for Panel Data with Categorical responses, Unmeasured Heterogeneity, and Selective Attrition*, paper presented at the annual meetings of the population association of America, Los Angeles, March 2000.

Il **CeRP** è un centro di ricerca indipendente costituito nell'ambito del CORIPE Piemonte ed è finanziato dalla Compagnia di San Paolo

CeRP – Via Real Collegio, 30
10024 Moncalieri (To) – ITALY
Tel. +39.011.6402402 – Fax: +39.011.6403680
E-mail: cerp@cerp.unito.it - <http://cerp.unito.it>