

## Aspettative di vita e servizi LTC

### Come impedire che una buona notizia diventi un problema

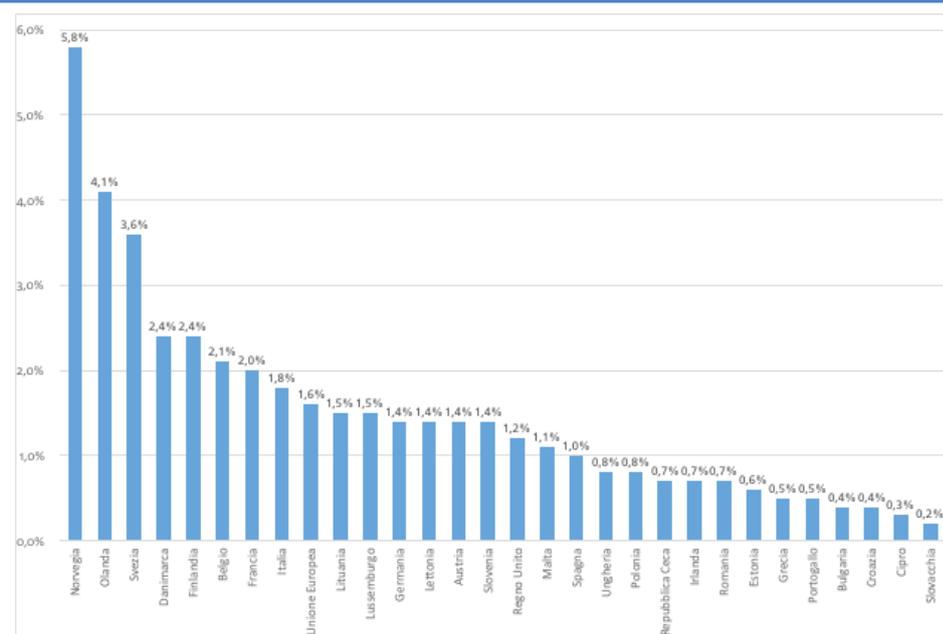
Di Paolo Belardinelli

La sfera definita come “long term care” (LTC) comprende un insieme di attività molto variegato. Queste attività di cura alla persona si possono rivolgere a individui con handicap fisici o psicologici, a persone anziane e a persone che per poter svolgere la loro routine quotidiana hanno necessità particolari. L'OCSE definisce LTC come la cura per le persone che hanno bisogno di supporto in diversi aspetti della loro vita e per un prolungato periodo di tempo. Tipicamente, il supporto necessario si riferisce ad attività quotidiane come lavarsi, vestirsi, salire e scendere dal letto, e viene spesso prestato da membri della famiglia, amici o da badanti e infermieri.

Il settore LTC assorbe mediamente l'1,6% del PIL tra i paesi dell'Unione Europea (grafico 1). Nondimeno, guardando il livello di spesa dei singoli paesi si notano sensibili differenze; si passa dal 5,8% della Norvegia allo 0,2% della Slovacchia.

**FIGURA 1**

Spesa pubblica in LTC come % del PIL, 2013



Fonte: Commissione Europea: The 2015 Ageing Report

#### KEY FINDINGS

- Gli Stati si trovano sempre più urgentemente di fronte alla questione di rispondere alle esigenze sanitarie e assistenziali provenienti dalle migliori e più lunghe aspettative di vita della popolazione.
- Le migliori esperienze straniere mostrano che una risposta lungimirante possa essere rappresentata da un maggior utilizzo di schemi assicurativi, sia per l'assistenza sanitaria che per il più ampio servizio di Long Term Care.
- Schemi assicurativi ben disegnati per la copertura dei servizi LTC potrebbero essere efficaci nel costruire un sistema sostenibile dando coscienza al consumatore del costo del servizio di cui andrà a godere e garantendo comunque livelli essenziali di prestazione.

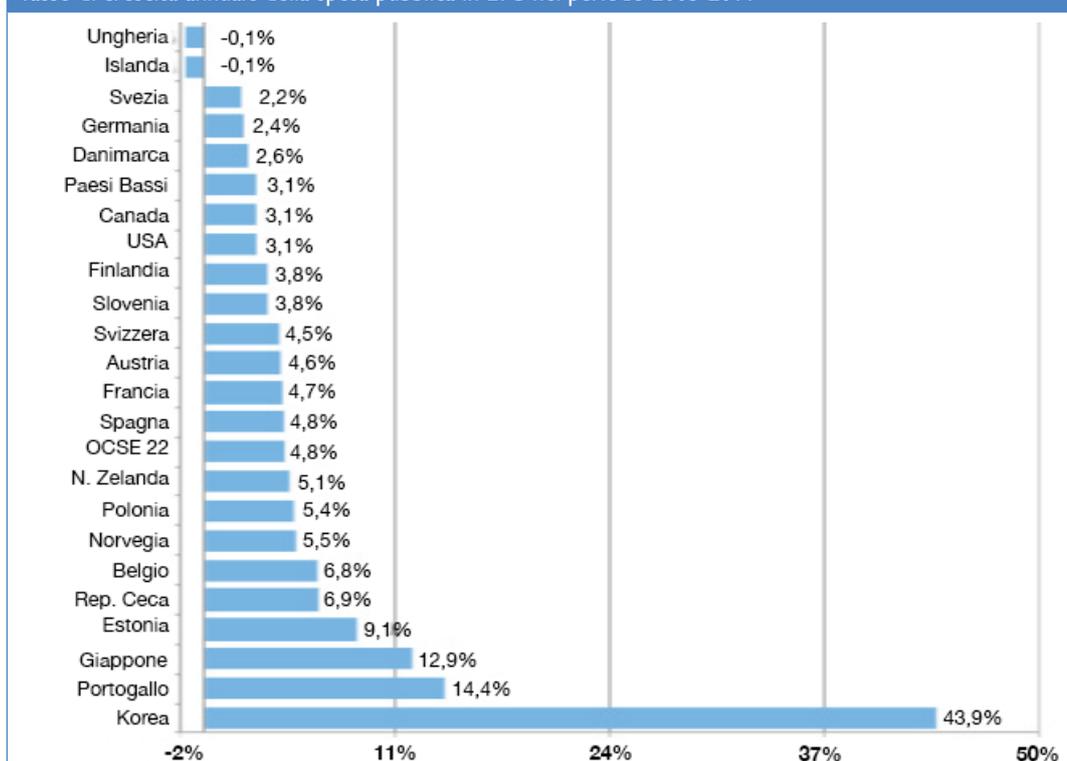
I dati sulla spesa in LTC nel nostro Paese sono in verità limitati e incompleti. Nel

Paolo Belardinelli è Fellow dell'Istituto Bruno Leoni

2008 la Ragioneria Generale dello Stato ha stimato che nel 2007 la spesa totale per LTC fosse intorno all'1,66% del PIL (circa 25,6 miliardi di euro), allora più o meno in linea con la media dei paesi OCSE. Nello stesso documento, la Ragioneria Generale dello Stato prevede che la spesa raggiungerà il 2,8% del PIL nel 2050, principalmente a causa del miglioramento delle aspettative di vita e dell'invecchiamento della popolazione. In un documento della Commissione Europea, la spesa italiana in LTC viene stimata in 1,8 punti di PIL per il 2013, leggermente superiore alla media Europea (1,6% per EU27), prevedendo che essa raggiungerà il 2,8% nel 2060. Questa non è una caratteristica esclusivamente italiana, si può anzi prevedere che nei prossimi anni avremo una spesa crescente in LTC in tutti i paesi occidentali. Nel documento della Commissione appena richiamato, il balzo previsto per l'Unione a 27 paesi è pari a 1,2 punti percentuali dal 2013 al 2060, quando si passerà dagli attuali 1,6 punti di PIL a 2,8. Non a caso il trend crescente è evidente già per gli anni passati, come mostrato nel grafico che segue tratto da un documento dell'OCSE: nel periodo 2005-2011, la spesa pubblica in LTC è cresciuta mediamente a un tasso del 4,8% nei paesi OCSE ed è diminuita solo in due paesi su ventitré.

**FIGURA 2**

Tasso di crescita annuale della spesa pubblica in LTC nel periodo 2005-2011



Fonte: OECD Health Statistics 2013

Il processo di miglioramento delle aspettative di vita e invecchiamento della popolazione, stando a tutte le previsioni che vengono fatte in materia, continuerà ancora a lungo<sup>1</sup>. Allo stesso modo, essendo, come vedremo, la maggior parte degli utenti di cure LTC rappresentata da anziani, è molto probabile che continuerà ad aumentare la domanda di questo

1 Un esempio su tutti: per quanto riguarda l'Italia ISTAT prevede che nel 2050 il 33% della popolazione avrà più di 65 anni (a fronte di un 21,4% nel 2014) mentre il 13,5% avrà più di 80 anni (6,5% nel 2014).

servizio. Il presente studio analizza la gestione del fenomeno LTC in Italia e in paesi diversi dal nostro come Germania, Olanda Spagna, Francia e Regno Unito, dedicando particolare attenzione alla composizione della domanda e dell'offerta del servizio, oltre che ai suoi canali di finanziamento. Analizzando diverse esperienze, cercheremo così di evidenziare le cosiddette *best practices* riguardanti un fenomeno destinato ad acquisire maggiore importanza nei prossimi anni.

Parallelamente indagheremo le differenze che esistono tra i paesi analizzati nei sistemi di previdenza integrativa. I due temi sono evidentemente interconnessi uno all'altro, dal momento che entrambi sono strettamente legati al miglioramento delle aspettative di vita e all'invecchiamento della popolazione. In un momento come questo in cui il problema della scarsità delle risorse (pubbliche) appare molto pressante, risulta cruciale capire quali siano le caratteristiche che meglio riescono a garantire la sostenibilità (di una parte) del sistema sanitario/previdenziale.

### La situazione italiana

Come sottolineato da uno studio del centro ENEPRI, il servizio LTC italiano è caratterizzato da un alto livello di frammentazione sia dal punto di vista degli attori direttamente coinvolti nell'offerta del servizio (INPS, comuni, aziende sanitarie locali, residenze sanitarie assistenziali, famiglie) sia dal punto di vista della qualità del sistema nelle diverse regioni (in generale, nelle regioni del nord la cultura del LTC come servizio pubblico appare più diffusa, mentre al sud si fa ancora molto affidamento sulle famiglie).

Per quanto riguarda la domanda (perlopiù composta da anziani), quindi i beneficiari del servizio, è bene sottolineare che l'Italia ha una delle popolazioni con le aspettative di vita alla nascita più alte tra i paesi dell'Unione Europea, sia per gli uomini che per le donne. Stando alle previsioni riportate nel report della Commissione, nel periodo 2013-2060 la quota di popolazione oltre gli 80 anni crescerà dal 6,3% al 13,2%, mentre quella oltre i 65 anni passerà dal 21,2% al 30,0%. È proprio alla luce di questi dati che la spesa per LTC è prevista con un andamento fortemente crescente per i prossimi anni ed è per questo motivo che risulta quanto mai fondamentale avere un sistema in cui le risorse vengono impiegate nel modo più efficiente possibile.

Il report della Commissione Europea già richiamato individua quattro caratteristiche principali del servizio nel nostro paese:

- 1) La spesa generale per la LTC, in proporzione sul PIL, è in linea alla media europea (nel 2013 1,8% rispetto a 1,6% in EU-27)
- 2) Una forte prevalenza di trasferimenti in cash rispetto a trasferimenti in kind
- 3) Un investimento relativamente basso nella cura residenziale
- 4) Un investimento medio nella home care, benché questo tipo di servizio sia fornito da lavoratori immigrati pagati dalle famiglie

La tassazione generale (locale, ma soprattutto nazionale) è la principale fonte di finanziamento del servizio.

Gran parte della spesa è assorbita da trasferimenti *in cash*, in particolare dalle Indennità di Accompagnamento, che interessano il 10% della popolazione anziana. Si tratta dello 0,86% di PIL con un'incidenza sulla spesa totale in LTC di poco inferiore al 50% (contro una media Europea del 28,9%). A differenza della quasi totalità degli altri Paesi, questo trasferimento è fisso (intorno ai 500 euro al mese) e non viene differenziato in base al tipo di esigenza

o alla condizione economica del beneficiario. Si aggiunga che questo trasferimento viene fornito dall'INPS direttamente alle famiglie senza alcuna richiesta di controlli ai beneficiari. Le persone eleggibili per il finanziamento devono essere valutate come disabili al 100% e dipendenti (incapaci di camminare o di svolgere le attività quotidiane autonomamente) e non devono vivere in un'istituzione residenziale i cui costi sono già finanziati dalla pubblica amministrazione. La persona che riceve il trasferimento è libera di utilizzarlo per spese finalizzate a LTC o meno.

Un'altra peculiarità del sistema italiano consiste nel basso numero di strutture per la cura residenziale destinata a LTC. Queste possono dividersi in residenze assistenziali (tra cui si includono le cosiddette "case di riposo") e residenze sanitarie assistenziali. Le prime offrono servizi comparabili a quelli alberghieri e sono rivolte ad anziani autosufficienti, mentre le seconde aggiungono servizi sanitari e sono rivolte principalmente a soggetti dipendenti. L'ultimo censimento delle "strutture residenziali di accoglienza per anziani" del Ministero dell'Interno conta 5.858 strutture - pubbliche e private - al 31 dicembre 2008, di cui 3.409 strutture che "accettano anziani non autosufficienti". I posti letto complessivi ammontano a circa 287.532, di cui 100.282 garantiti dalla gestione pubblica e 171.445 gestiti privatamente.

Riguardo a queste strutture, va evidenziato il ritardo delle Regioni nell'attività di indirizzo e regolazione sulle procedure di accreditamento, nonostante il privato giochi un ruolo fondamentale nell'offerta di questo servizio (come mostrato dai numeri sui posti letto). L'approvazione delle norme (dlgs 502/92 e dlgs 229/99) che hanno introdotto il regime di accreditamento e autorizzazione per le residenze sanitarie assistenziali risale agli anni '90. Tuttavia, ancora oggi in alcune regioni il processo non si è del tutto concluso. Stando a una ricerca Agenas, nel 2010 circa il 63% delle residenze per anziani era definitivamente accreditato, con differenze sostanziali a seconda delle regioni: nel Nord - Ovest raggiunge l'89,5%, nel Mezzogiorno il 71,7%, nell'Italia Insulare: 55,8%, nel Nord Est si abbassa al 14,7%, fino al 7,2% del Centro. Sul fronte delle residenze assistenziali invece, il sistema di accreditamento e autorizzazione risale alla legge 328/2000, il cui recepimento da parte delle Regioni è terminato solo negli ultimi anni. A oggi le regole appaiono inadeguate. Ne deriva un sistema poco chiaro e incerto, la cui conseguenza è un numero consistente<sup>2</sup> di residenze che preferiscono non accreditarsi e quindi per la pubblica amministrazione è come se non esistessero.

Rispetto alla maggioranza dei paesi dell'Europa Centrale e del Nord in Italia l'offerta residenziale per anziani è molto bassa: gli anziani che risiedono in queste residenze sono appena il 2,4% del totale. Questa bassa copertura delle residenze per anziani finisce con lo spostare la maggior parte dell'assistenza all'interno delle case e delle famiglie, anche in molti casi in cui le difficoltà dell'anziano farebbero presupporre la necessità di cure specialistiche<sup>3</sup>.

Un sondaggio realizzato dal Censis-Ismu (2013) stima in 1 milione 600 mila il numero di "collaboratori che, con formule e modalità diverse, prestano la loro attività presso le fami-

2 Nel 2011 Auser (Le case di riposo in Italia) ha stimato in circa 700 il numero delle rsa che vivono "nell'oscurità".

3 Il fatto che il sistema "formale" LTC italiano copra solo una parte limitata dei bisogni delle persone in situazioni di disagio è confermato anche dal fatto che il nostro Paese è quello con la percentuale più alta di persone disabili (77,4%) che né sono assistiti da cure istituzionali né vengono assistiti nelle proprie case.

glie". Di questi "il 60,2% dei collaboratori si occupa della cura ed assistenza ad una persona anziana", che corrisponde ad una stima di 996.000 badanti. Assumendo che ogni badante assista una sola persona, un milione di anziani assistiti corrisponde al quadruplo degli anziani ricoverati in strutture residenziali in Italia, e a quasi il doppio di quelli seguiti a domicilio dai servizi socio-sanitari<sup>4</sup>. È diffuso il lavoro da parte di immigrati, nonché l'occupazione in nero. Tra il 2002 e il 2009, nelle tre regolarizzazioni, sono emersi circa 900 mila lavoratori immigrati (questo numero include, oltre alle badanti, anche i collaboratori domestici).

Da questa panoramica sul nostro paese possiamo cogliere alcune inadeguatezze, la principale delle quali sta nella difficoltà dell'offerta di riuscire a soddisfare la domanda di un servizio fondamentale per persone spesso non autosufficienti. Abbiamo visto come nel nostro Paese la quasi totalità dei servizi, che per la verità si riducono a un trasferimento monetario non adeguato per quantità e per modalità di erogazione e alla (molto scarsa) disponibilità di posti letto in residenze assistenziali, è gestito e finanziato da enti pubblici.

Ma è questa l'unica alternativa possibile?

No, non lo è. Un primo confronto internazionale, focalizzato su Germania, Olanda Spagna, Francia e Regno Unito, ci aiuterà a capire quali direzioni sarebbe bene prendere al fine di garantire al più ampio numero di soggetti la possibilità di usufruire del servizio cercando al contempo di fare buon uso delle (scarse) risorse pubbliche a disposizione.

Prima di passare all'analisi della gestione di questi servizi negli altri Paesi, presentiamo alcuni dati utili a capire quanto sia sviluppato il comparto delle pensioni private in Italia. Sono evidenti già oggi le difficoltà della Pubblica Amministrazione nel provvedere autonomamente a queste prestazioni. Alla luce dei dati sull'invecchiamento della popolazione, è facile prevedere che le difficoltà aumenteranno e sarebbe utile sviluppare strade alternative alla sola pensione pubblica. Vediamo a che punto siamo.

Dal 2007 i lavoratori dipendenti possono scegliere se investire gli accantonamenti per il TFR (Trattamento di Fine Rapporto) in un piano pensionistico (tramite l'INPS) o se mantenerli in azienda. Nei casi in cui la scelta non venisse esplicitata nei primi sei mesi (per i nuovi assunti il periodo parte dal giorno di assunzione, per gli altri dal primo gennaio 2007), i fondi automaticamente rimangono in azienda per aziende con meno di 50 dipendenti, per aziende più grandi invece questi vanno all'INPS.

I piani pensionistici privati possono essere sia derivanti da un rapporto di lavoro che personali. La partecipazione a un piano non è obbligatoria. A fine 2013 gli aderenti a fondi pensione complementari erano poco più di 6 milioni e la tassazione sugli investimenti in questi piani è stata recentemente innalzata dall'11 al 20%<sup>5</sup>, nonostante le tante richieste che da più parti suggerivano di non farlo.

## Germania

I trend di invecchiamento della popolazione tedesca non sembrano essere molto diversi da quelli dei partner europei. Gli over 65 rispetto al totale della popolazione cresceranno di più di 10 punti percentuali, passando dal 20,7% del 2013 al 32,3% nel 2060. Nello stesso

4 L'Istat e il Ministero della Salute stimavano rispettivamente, per l'anno 2010, 249.923 anziani over 65 ospiti presso strutture residenziali e 501.607 beneficiari dell'Assistenza domiciliare integrata.

5 Legge di stabilità 2015.

periodo gli over 80 passeranno dal 5,4% al 13,4%. Anche la Germania dovrà quindi affrontare l'aumento di domanda di servizi LTC nei prossimi anni.

La Germania ha maturato la consapevolezza di dover provvedere a organizzare il sistema dei servizi LTC prima della maggior parte degli altri paesi europei. Dal primo gennaio del 1995 ha quindi introdotto un'assicurazione obbligatoria che copre una parte dei costi di cura a lungo termine. Da quel momento, ogni assicurazione sanitaria ha dovuto associare, in aggiunta ad ogni polizza, un piano specifico per la LTC: a chi era assicurato presso un fondo statale è stata assegnata una gestione dedicata alla LTC, mentre chi era assicurato presso un'assicurazione sanitaria privata ha dovuto scegliere un piano specifico per la LTC. Il premio da pagare ai fondi statali di LTC non dipende dal rischio sanitario, ma è una percentuale del reddito da lavoro (2,05% nel 2013). Viceversa, il premio richiesto dagli assicuratori privati dipende principalmente dall'età che il beneficiario aveva nel momento in cui ha contratto l'assicurazione. Secondo il Ministero della Salute nel 2013 69,8 milioni di tedeschi erano assicurati presso un fondo statale, rispetto ai 9,5 milioni che avevano scelto un fondo privato. È importante sottolineare che non c'è alcuna differenza tra assicurazione pubblica e privata nel tipo di *benefit* ricevuti.

I benefici LTC possono essere sostanzialmente di tre tipi. Nel primo caso il beneficiario riceve solo un sostegno *in cash*, che può essere ovviamente speso attraverso un'assistenza privata o per il sostegno di spese a carico dei familiari, con la condizione di richiedere una consulenza specifica prima di decidere come destinare i soldi. Nel secondo caso si può optare per l'assistenza domiciliare *in kind*, con la quale si prevede che un professionista si rechi regolarmente in visita a domicilio. Infine la cura residenziale, che può consistere in periodi di ricovero più o meno prolungati.

Il livello di beneficio erogato dipende dalla necessità di cura del paziente, la quale viene valutata da due diversi organismi indipendenti, uno per i fondi statali e uno per quelli privati. Il grado di cura richiesta viene suddiviso in tre livelli: il primo include i pazienti che necessitano di 90 minuti di cura al giorno, che diventano 180 e 300 minuti per il secondo e terzo livello. I fondi di LTC erogano quindi dei servizi il cui valore dipende dal livello stimato di cura, ma non tiene conto del prezzo dei servizi acquistati; la differenza deve quindi essere coperta dal paziente (*co-payment*). Se questa differenza non può essere coperta dal paziente, dai figli o da parenti stretti, può intervenire un fondo di assistenza sociale.

Come mostrato nella tabella che segue, per i diversi livelli di cura in media il costo di un trasferimento *in cash* è la metà del costo di cure professionali e ciò permette di tenere bassi i costi nazionali per la LTC – la spesa pubblica attuale destinata a questi servizi è pari a circa l'1,4% del PIL.

**TABELLA 1**

Importo dei trasferimenti nel 2007 (euro al mese)	Livello di cura 1	Livello di cura 2	Livello di cura 3
In kind	384	921	1432
In cash	205	410	665
Clinica	1023	1279	1432

Va evidenziato il fatto che i trasferimenti *in cash*, benché di valore inferiore rispetto a quelli *in kind*, vengano scelti dalla metà dei quasi due milioni di tedeschi che ricevono assistenza di lungo termine, per la precisione il 49%, a testimonianza del fatto che la possibilità di scegliere come spendere le risorse ha anche essa un valore. L'assicurazione per la LTC non

è comunque intesa per coprire la domanda di cura dell'assicurato nella sua totalità, che invece continua a dipendere fortemente sui fornitori di cura informali.

Nel 2011 si registravano circa 25.000 residenze assistenziali, la maggior parte delle quali private profit o non-profit (solo il 6% pubbliche), per un totale di circa 950.000 dipendenti impiegati. Gli assistenti informali registrati alla Pensione Sociale si aggiravano intorno ai 414.000; l'assicurazione obbligatoria provvede a pagare i contributi per questi lavoratori.

Per quanto riguarda i piani pensionistici privati, sul fronte di quelli occupazionali la Germania ha attuato una riforma complessiva nel 2001. Da allora, i dipendenti possono vantare un diritto a benefit pensionistici nei confronti dei datori, che quindi devono provvedere a finanziarli. Il livello dei contributi viene stabilito dai contratti collettivi. Già a fine 2006 era coperto da questi piani il 65% dei lavoratori dipendenti, a cui spetta scegliere la forma del proprio piano pensionistico (ad esempio se optare per fondi o contratti assicurativi) e da questa scelta dipende poi il livello di tassazione. Nella maggior parte dei casi tuttavia questa è pari a zero.

I piani personali, riformati nel 2002, hanno molti margini di libertà. Fermo il vincolo legale che i benefit pensionistici non possono essere pagati prima dei 60 anni di età, il resto viene definito su base contrattuale da beneficiario e fornitore. Sono previsti sussidi statali a questi contratti, nella forma di quote supplementari destinate ai fondi da parte dello Stato di importo compreso tra i 150 e 350 euro a seconda che il beneficiario sia sposato o meno e che eventualmente abbia figli. Anche in questo caso i rendimenti sugli investimenti sono esentasse.

Già a fine 2007 i partecipanti a questi due piani si aggiravano intorno ai 18 milioni di persone.

## Olanda

Per quanto riguarda la componente della domanda del servizio, l'analisi della Commissione Europea ci suggerisce che la popolazione olandese oltre i 65 anni, pari al 16,8% nel 2013, è prevista crescere fino al 27,4% nel 2060, mentre quella oltre gli 80 anni dal 4,2% all'11,1% nello stesso periodo. Questi trend, pur con cifre leggermente inferiori, come abbiamo potuto notare rispecchiano più o meno la situazione italiana. In Olanda inoltre, i dati disponibili consentono di avere un'idea molto chiara sul numero di potenziali utenti (che si aggira intorno alle 787.000 persone, anziani ma non solo) dei servizi LTC, segno di una sensibilità nei confronti di questo tema maturata da più tempo rispetto a molti partner europei.

Stando al report ENEPRI riguardante il servizio LTC in Olanda, l'obiettivo generale delle politiche riguardanti LTC è stato così formulato nel 2008: "assicurare alle persone con un disagio cronico o a lungo termine, che sia di natura fisica, intellettuale o psicologica, la disponibilità di cure adeguate e di buona qualità che siano fornite a un costo accettabile per la società".

Pur essendo espressamente dichiarata la volontà di contenere i costi, tuttavia la spesa pubblica in LTC in rapporto al PIL è in Olanda relativamente più alta rispetto alla media europea (4,1% contro 1,6%, grafico 1). Recenti riforme hanno tentato di intervenire proprio al fine di contenere questa spesa, prevista comunque crescente per i prossimi anni.

Il finanziamento della LTC olandese poggia oggi su due pilastri fondamentali: da un lato lo schema assicurativo obbligatorio nazionale, in vigore già dal 1968, che finanzia gran parte della spesa in LTC (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*); dall'altro il "Programma di Sup-

porto Sociale” (*Wet Maatschappelijke Ondersteuning*), introdotto nel 2007.

L'assicurazione obbligatoria si basa sui contributi individuali e copre le cure personali, l'assistenza infermieristica, consulenze e sistemazioni in residenze apposite. Ogni qualvolta i beneficiari ricevono un servizio, da questi è richiesto il pagamento di un ticket (sistema di *co-payment*) il cui importo dipende da reddito, età, composizione familiare e livello di cura richiesto (dal gennaio 2013 anche dal patrimonio personale). Nel 2012, ad esempio, i beneficiari della cure residenziali contribuivano in media con 6.400 euro per l'intero anno. Il “Programma di Supporto Sociale” è invece un programma finanziato dalla fiscalità generale e gestito dai comuni, i quali hanno un potere discrezionale nel decidere a chi erogare servizi LTC. Esso include servizi per la famiglia, per il riadattamento dell'abitazione e per il trasporto personale. Il rapporto della Commissione Europea sugli andamenti demografici già richiamato sostiene che l'attuazione del Programma di Supporto Sociale, principalmente basato sul trasferimento delle responsabilità per i servizi LTC ai comuni e alle compagnie assicurative, consentirà di risparmiare circa 3,8 miliardi di euro nel periodo 2015-2018. In effetti, il motivo della decentralizzazione è proprio quello di migliorare l'efficienza nella fornitura dei servizi LTC con l'obiettivo ultimo di limitare gli aumenti di una spesa già elevata.

A partire dalla metà degli anni Novanta è stata introdotta la possibilità di usufruire di *benefit in cash*, valida ora per entrambi i programmi, alternativamente ai servizi diretti: in tal caso il beneficiario riceve un trasferimento monetario (chiamato budget personale) che decide autonomamente se spendere per acquistare servizi formali oppure remunerare assistenti informali e prestazioni *tailor-made*. Tra il 2002 e il 2010 il numero di pazienti che hanno scelto di ricevere il budget personale è aumentato di dieci volte e la spesa per questo programma da 0,4 a 2,2 miliardi di euro. L'utilizzo del budget personale, che potenzialmente potrebbe garantire un'ampia libertà di scelta, è ancora in parte limitato da una serie di vincoli burocratici, come ad esempio la condizione di rivolgersi a “consulenti della cura” prima di scegliere come destinare i soldi (un vincolo simile a quello presente in Germania).

Volgendo l'attenzione all'offerta del servizio, un dato appare sorprendente se confrontato con il corrispondente italiano: i posti letto totali in residenze assistenziali arrivano a circa 165.000 (quasi il 60% di quelli italiani a fronte di una popolazione inferiore al 30%). Per quanto riguarda gli operatori, si contano circa 3,5 milioni di assistenti informali contro circa 1,1 milioni di assistenti formalmente impiegati nel settore.

Per finire sul fronte LTC, le organizzazioni e aziende che forniscono i servizi di cura residenziale e domestica sono supervisionati dall'Ispettorato alla Salute (*Inspectie voor de Gezondheidszorg*). Inoltre, gli assicuratori possono richiedere loro di ottenere una valutazione da società di certificazione esterna. Esistono poi delle linee guida e anche un sito internet sul quale sono consultabili le valutazioni delle organizzazioni.

Passiamo ora alla previdenza complementare. I piani pensionistici occupazionali in Olanda sono finanziati principalmente dalle aziende. Con quasi il 90% dei dipendenti coperti da questi piani, la partecipazione è definita quasi-obbligatoria, con solo pochi settori esclusi dall'obbligatorietà. I piani possono assumere diverse forme e spesso vengono definiti in sede di contrattazione collettiva. I ritorni sugli investimenti sono esentasse e per di più i contributi versati vengono esclusi dal reddito imponibile.

Nonostante l'ampia diffusione dei piani occupazionali, in Olanda esistono anche i piani personali, che vengono offerti dalle compagnie assicurative e per i quali vengono lasciati ampi margini di libertà in sede di contrattazione. I contributi sono esclusi dal reddito imponibile fino a un massimo di 1036€ all'anno, fermo restando che i rendimenti sono esentasse.

## Spagna

Tradizionalmente in Spagna, almeno fino a una decina di anni fa, la fornitura dei servizi LTC alle persone è sempre stata responsabilità della famiglia, con l'amministrazione che si limitava a intervenire nei casi in cui il reddito della famiglia non era sufficiente a garantire l'assistenza necessaria. Alcuni cambiamenti nel modello familiare, come l'aumento del tasso della partecipazione femminile al mercato del lavoro, hanno incoraggiato lo sviluppo di un sistema strutturato di servizi LTC.

La Spagna è uno dei paesi in cui è previsto un impatto dell'invecchiamento della popolazione tra i più forti in Europa. Stando alle previsioni della Commissione, la quota di popolazione over 65 anni, pari al 17,9% nel 2013, salirà al 30% nel 2060, mentre quella di over 80 passerà dal 5,6% al 14,9%. Assumendo che non ci saranno cambiamenti nelle politiche riguardanti LTC, l'Ageing Report prevede che la spesa pubblica destinata a questo servizio salirà dallo 0,8% all'1,6% nel periodo 2013-2060.

Stando al report congiunto di Commissione e Comitato di Protezione Sociale, il sistema di finanziamento di questi servizi presenta difetti simili a quelli presenti nel finanziamento della sanità italiana. Le spese sono infatti gestite a livello molto decentralizzato (da regioni e comuni) mentre solo il governo centrale si occupa del raccoglimento delle risorse. Un sistema che, come sappiamo bene, non è detto che favorisca responsabilità e ricerca dell'efficienza. "Paradossalmente, si legge nel report, le regioni più efficienti sono ora penalizzate dal sistema di finanziamento". Esattamente quanto accade in materia sanitaria in Italia.

Il sistema specifico di LTC (*System for Autonomy and Care of People in a Dependent Situation*, SAAD) è stato introdotto in Spagna nel 2007, con l'obiettivo di fornire sostegno a quelle persone che necessitano di assistenza per svolgere le proprie attività quotidiane. Stando ai dati forniti da SAAD, in Spagna ci sono circa 1.228.000 persone che presentano un qualche grado di dipendenza. I servizi di LTC vengono forniti da una rete di strutture pubbliche, soggetti privati certificati, organizzazioni locali e centri di riferimento nazionali e includono: tele-assistenza, assistenza domestica, cura alla persona, cura residenziale e servizi diurni e notturni. Un servizio particolarmente efficace parrebbe essere quello della tele-assistenza, in quanto consente di rivolgersi ad un'assistenza professionale in caso di necessità, e relativamente non dispendioso – costa circa 287 euro all'anno per utente. Si tratta di un servizio cresciuto notevolmente negli ultimi anni fino a coinvolgere 692.462 persone nel 2012 (20% delle quali finanziate dal SAAD). La crisi economica ha costretto a rivedere diversi aspetti del programma SAAD già poco dopo la sua introduzione. Alcuni *benefit* sono stati rinviati e altri sono stati ridotti.

Tutti questi servizi ad ogni modo sono gestiti direttamente da regioni e comuni e per questo si registrano molte differenze da regione a regione nella qualità, nella quantità e nei prezzi dei servizi offerti. Le regioni per esempio hanno stabilito regole diverse riguardanti sia i criteri con cui erogare i servizi (ad esempio a seconda del reddito delle persone) sia l'entità della partecipazione al pagamento del servizio (*co-payment*) da parte dell'utente.

I trasferimenti possono essere *in cash* o *in kind*; il livello minimo di servizi garantito dal governo centrale viene solitamente innalzato dagli enti Locali. I benefici *in cash* vengono erogati in base alla necessità e alla condizione economica del paziente e sono previsti sia per finanziare servizi di cura che di assistenza in casa. Dati statistici riferiti ad agosto 2013 registrano che 403.284 persone, ovvero il 54,5% dei beneficiari, ricevano questo beneficio *in cash*. L'importo dei trasferimenti in cash è inferiore al costo dei servizi in kind. I trasferimenti monetari godono comunque di una forte diffusione in quanto nel Paese la LTC è

storicamente un'attività informale, svolta prevalentemente dai membri della stessa famiglia. Stando a un'indagine condotta da IMERSO (*Instituto de Mayores y Servicios Sociales*), nel 2012 in Spagna si contavano circa 377.000 posti letto nelle strutture assistenziali, una cifra molto superiore a quella corrispondente italiana. Un'offerta molto ampia, perlopiù garantita da strutture private (circa il 75% del totale), che spesso non viene nemmeno sfruttata interamente. Ad esempio nel 2012 era occupato solo l'80% dei posti letto.

Dall'approvazione del sistema SAAD, il numero di assistenti informali è cresciuto fortemente, da circa 10.000 del 2008 a 180.000 nel 2012.

Sul fronte della previdenza integrativa, in Spagna i dipendenti possono, su base volontaria, concludere accordi pensionistici con i datori. A seguito di un decreto del 1999, questi accordi possono essere resi attivi attraverso gruppi assicurativi o la creazione di fondi pensione. I fondi pensione non hanno uno stato legale indipendente. Allo stesso modo i contratti assicurativi destinati a piani pensionistici non sono soggetti a legislazione particolare. Nel 2007 solo un 8% della popolazione era coperto da questi piani. I rendimenti sugli investimenti da fondi pensione sono esentasse. I piani di pensione personali sono offerti dalle stesse istituzioni che offrono quelli occupazionali e vengono sottoposti alle stesse regole. Ovviamente in questo caso è il partecipante al piano che provvede a pagare i contributi.

## Francia

La popolazione francese over 65, nel 2013 pari al 17,6% del totale, potrebbe crescere fino al 24,8%. Quella over 80 dal 5,6% al 10,6%. Le previsioni di *Ageing Report* suggeriscono inoltre che la spesa pubblica dedicata a LTC, in uno scenario conservativo, crescerà dal 2,2% al 4,4%.

L'organizzazione dei servizi LTC francese è un mix dei modelli Beveridge (finanziamento attraverso la fiscalità generale ed erogazione dei servizi principalmente da enti pubblici) e Bismark (finanziamento a contribuzione mista, con una pluralità di istituti, pubblici e privati, che raccolgono i contributi per pagare le prestazioni) con le famiglie che svolgono un ruolo fondamentale.

Il sistema si basa fondamentalmente su due pilastri. Da un lato c'è l'assicurazione sanitaria che copre i costi delle cure fornite in ambienti istituzionali agli anziani non indipendenti o ai disabili. Questo schema assicurativo finanzia anche le unità LTC all'interno degli ospedali e le cure infermieristiche a domicilio. Per le cure coperte da questa assicurazione non è prevista alcuna forma di *co-payment*. Dall'altro lato, due schemi complementari (uno per i disabili e uno per gli anziani), finanziati da stato ed enti locali, si occupano di garantire le cure a coloro per i quali l'assicurazione non copre tutti i costi necessari alle loro cure.

Lo schema per i disabili (*Prestation de Compensation du Handicap*) ha lo scopo di coprire le loro necessità a prescindere dalle cause della disabilità e dall'età della persona. Nel 2012 circa 185.000 persone erano beneficiari di questo programma il cui costo medio per persona si aggira intorno ai 760 euro. Lo schema per gli anziani (*Allocation Personnalisée d'Autonomie*, APA) è destinato alle persone oltre i 60 anni ed è basato su valutazioni individuali dei bisogni delle persone. Questo piano copre solo una parte dei costi dei servizi previsti (mediamente circa tre quarti) mentre il resto viene pagato dai beneficiari attraverso meccanismi di *co-payment*. Sono esclusi da questi meccanismi gli anziani con un reddito inferiore a 689,5 euro. Il livello di assistenza varia dunque a seconda dello stato di dipendenza del soggetto e della sua situazione reddituale.

La dipendenza è definita dalla legge e viene divisa in 6 gradi. Le persone eleggibili ai servizi LTC sono “gli anziani la cui salute richiede una costante assistenza e tutte quelle persone che hanno bisogno di aiuto per svolgere le attività di vita quotidiana”. Solo i primi 4 livelli di dipendenza garantiscono l'ingresso allo schema APA. Nel 2012 circa un milione e 200.000 persone erano beneficiari di questo programma. Il 60% dei beneficiari viveva nella propria casa e i restanti in residenze assistenziali. Il costo medio del programma è stato calcolato in 487 euro per coloro che vivono a casa (di cui il 20% pagato dall'utente: *co-payment*) e in 517 euro per coloro che vivono nelle residenze (di cui il 33% pagato dall'utente).

I posti letto nelle circa 10.000 residenze assistenziali si aggirano intorno ai 720.000, più del doppio di quelli Italiani. Gli assistenti informali si contano in 3,5 milioni. A conferma del fatto che la famiglia giochi un ruolo fondamentale nella fornitura dei servizi LTC, di questi l'85% è parente dell'assistito; in particolare il 50% è rappresentato dai coniugi e il 30% dai figli.

Sul fronte delle pensioni complementari, in Francia l'adesione a un piano integrativo occupazionale è obbligatoria. Esistono due piani obbligatori: uno per i cosiddetti colletti blu e uno per i cosiddetti colletti bianchi. Entrambi i piani sono frutto della contrattazione collettiva e i contributi a questi piani vengono esclusi dal reddito imponibile.

Esiste poi la possibilità di aderire a piani personali, i quali integrano la pensione pubblica nella forma di un'annualità, pagabili dal momento in cui si percepisce la pensione pubblica o a partire dal sessantesimo anno di età. I contributi sono esclusi dal reddito imponibile fino al 10% del reddito totale dell'anno precedente.

Nel 2008 i partecipanti a piani pensionistici integrativi erano circa 22 milioni.

## Regno Unito

Infine, analizziamo il Regno Unito. La popolazione oltre i 65 anni e oltre gli 80 anni nel 2013 rappresentava rispettivamente il 17,2% e il 4,7% della popolazione. Nel 2060 queste percentuali sono previste crescere, a questo punto non dovremmo esserne più sorpresi, al 24,8% e al 9,5%. Assumendo che non ci siano cambiamenti radicali nelle politiche, l'Ageing Report suggerisce che la spesa pubblica per LTC crescerà, in rapporto al PIL, dal 2% al 2,9% nello stesso periodo.

Qui la sanità è una funzione in larga misura di competenza dei singoli ordinamenti giuridici e quindi molto variabile; in questa sede proveremo a concentrarci sull'Inghilterra, dove gran parte di coloro che hanno bisogno di assistenza non sanitaria a lungo termine si affidano alla cura informale di familiari e parenti. Solo coloro con una situazione reddituale e patrimoniale al di sotto di una certa soglia ricevono assistenza finanziata pubblicamente. Questo programma si configura come una “rete di protezione”, ovvero un'assistenza sociale che interviene solo in casi rari, per dipendenze molto gravi o situazioni in cui appunto non si fosse in grado di pagare le cure.

I servizi erogati possono essere di assistenza domiciliare (cucina, shopping, igiene personale) e di assistenza infermieristica. In sostituzione dei servizi *in kind* un numero crescente di beneficiari riceve oggi dei trasferimenti diretti (*personal budgets*) *in cash*. Il finanziamento di questi servizi spetta al *National Health Service* (NHS), a enti locali, organizzazioni no-profit e pazienti.

Nel 2006 si stima che i residenti in case di cura inglesi fossero 325.000, ovvero il 4 per cento della popolazione anziana; di questi, 192.000 beneficiavano del finanziamento di enti locali, 105.000 pagavano il servizio autonomamente e 29.000 erano coperti dal NHS. I

servizi per anziani finanziati dagli enti locali interessavano 650.000 persone, 300.000 delle quali ricevevano servizi di cura a domicilio. Per quanto riguarda la possibilità di optare per budget personali, si stima che nel 2011 51.240 anziani ricevessero trasferimenti in cash dagli enti locali per poter acquistare in autonomia i servizi di cura e assistenza.

Per quanto riguarda il numero di assistenti è disponibile un dato aggregato di Inghilterra e Galles che ci indica che in queste due nazioni operano 5,8 milioni di assistenti informali. Un numero enorme e senza paragoni validi negli altri Paesi. Stando alle statistiche ufficiali del Governo infine, in Inghilterra i dipendenti impiegati nei servizi di cura sociale (*'public social care services'*) sono circa 120.000, di cui circa il 30% dipendenti pubblici.

Presentiamo ora alcuni dati riguardanti la previdenza integrativa nel Regno Unito. I piani pensionistici occupazionali sono istituiti su base volontaria (i dipendenti pubblici ricevono un trattamento distinto ma non vengono trattati in questa sede). Essi sono molto comuni in UK, dal momento che le pensioni pubbliche generalmente non sono molto elevate, vengono creati spesso dai datori, e già nel 2007 coprivano quasi il 50% dei lavoratori. Sono esenti dalla tassazione sia i contributi versati (quindi non considerati reddito imponibile) sia i rendimenti sugli investimenti.

Esiste anche la possibilità di aderire a piani personali, forniti da banche e compagnie assicurative. I datori che non offrono piani pensionistici occupazionali hanno l'opportunità di offrire piani personali. Il trattamento fiscale è il medesimo. Anche questi piani sono molto diffusi; ad esempio nel 2004 gli iscritti erano già 5,3 milioni.

## Conclusioni

Alla luce di questo confronto internazionale è possibile individuare alcune direzioni per poterne migliorare l'efficienza e la qualità del nostro sistema di LTC, di cui abbiamo rapidamente segnalato le debolezze dovute al fatto di essere ancora a uno stadio arretrato nello sviluppo dei servizi.

I trasferimenti *in cash* sono uno strumento piuttosto comune nelle esperienze analizzate e inoltre, quando viene data la possibilità di scegliere (come in Olanda o in Germania) tra trasferimenti *in cash* o servizi *in kind*, gli utenti optano per la prima scelta, manifestando la volontà di decidere autonomamente come spendere le risorse, anche nei casi in cui a un trasferimento *in cash* corrisponderebbe un servizio *in kind* di valore superiore al trasferimento (Germania). Su questo punto, un aspetto diverso negli altri Paesi, su cui da noi sarebbe opportuno intervenire, è la differente qualità dei controlli che vengono fatti su chi richiede il trasferimento e la previsione di qualche forma di differenziazione nell'importo assegnato a secondo del disagio del beneficiario. Per quanto riguarda le residenze assistenziali (rsa e ra), in Italia tendenzialmente si evidenzia un'offerta inferiore rispetto agli altri Paesi. Tuttavia non è auspicabile un intervento pubblico diretto a colmare questa lacuna. In quasi tutti i Paesi infatti è il privato a gestire la maggior parte dell'offerta di questo servizio. Ciò che invece sarebbe auspicabile è una semplificazione normativa delle procedure di accreditamento, oggi confuse e disordinate. Dal punto di vista del finanziamento, il nostro Paese adotta un modello complessivamente Beveridge, allo stesso modo di Spagna e Regno Unito (che però evidenzia caratteristiche differenti a seconda dei diversi ordinamenti giuridici). Negli altri Paesi analizzati sono previsti schemi assicurativi destinati a coprire le spese per i servizi LTC uniti a meccanismi di *co-payment*, che se ben disegnati potrebbero essere efficaci nel costruire un sistema sostenibile dando coscienza al consumatore del costo del servizio di cui andrà a godere.

Per quanto riguarda la previdenza integrativa, le poche informazioni offerte per ogni Paese sono sufficienti per capire che siamo ancora indietro rispetto alla maggior parte dei nostri partner europei, soprattutto in termini di copertura dei piani privati, da noi ancora poco diffusi. Il motivo dello scarso sviluppo sta forse in ciò che distingue il nostro Paese da tutti gli altri: la tassazione del rendimento di questi investimenti. Mentre nei Paesi analizzati (ad eccezione della Francia) il rendimento dei piani pensionistici privati è esente da tassazione, in Italia questo è soggetto a una tassazione del 20%. Il pessimo trattamento fiscale riservato ai rendimenti non viene 'bilanciato' da un miglior trattamento comparato sui contributi, deducibili in Italia solo fino a un tetto annuale di 51.645,57 euro, laddove altrove sono spesso deducibili per intero.

Sarebbe bene prendere atto dei trend di invecchiamento della popolazione che ci attendono e munirsi degli strumenti adatti per affrontarli nel miglior modo possibile sia dal punto di vista di cura alla persona che dal punto di vista previdenziale. I nostri vicini lo stanno già facendo.

## Bibliografia

- Agenas (2010). *Indagine sullo Stato d'Implementazione del Percorso di Accreditazione delle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie Private*. Roma.
- Comas-Herrera A., Pickard L., Wittenberg R., Malley J. and King D. (2010). *The Long-Term Care System for the Elderly in the England*. ENEPRI Research Report no. 74.
- Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione. *Relazione per l'anno 2013*.
- Commissione Europea (2015). *The 2015 Ageing Report*. Brussels.
- European Commission and Social Protection Committee (2014). *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*. Luxembourg.
- Gutierrez L. F., Jiménez-Martin S., Sanchez R. and Vilaplana C. (2010). *The Long-Term Care System for the Elderly in the Spain*. ENEPRI Research Report no. 88.
- Joel M. E., Dufour-Kippelen S., Duchene C. and Marmier M. (2010). *The Long-Term Care System for the Elderly in the France*. ENEPRI Research Report no. 77.
- Mot E., with the cooperation of Aouragh A., De Groot M., and Mannaerts H. (2010). *The Long-Term Care System for the Elderly in the Netherlands*. ENEPRI Research Report no. 90.
- OECD (2009). *Pension Country Profile: France*. Parigi.
- OECD (2009). *Pension Country Profile: Italy*. Parigi.
- OECD (2009). *Pension Country Profile: Netherlands*. Parigi.
- OECD (2009). *Pension Country Profile: Germany*. Parigi.
- OECD (2009). *Pension Country Profile: Spain*. Parigi.
- OECD (2009). *Pension Country Profile: United Kingdom*. Parigi.
- OECD. (2011). *Long-term Care: Growing Sector, Multifaceted Systems*. Parigi.
- OECD (2014). *Pensions at a Glance 2013*. Parigi.
- OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
- Ragioneria Generale dello Stato (2008). *Le Tendenze di Medio-Lungo Periodo del Sistema Pensionistico e Socio-Sanitario*. Roma.
- Tediosi F. e Gabriele S. (2010). *The Long-Term Care System for the Elderly in Italy*. ENEPRI Research Report no. 80.

### Chi Siamo

L'Istituto Bruno Leoni (IBL), intitolato al grande giurista e filosofo torinese, nasce con l'ambizione di stimolare il dibattito pubblico, in Italia, promuovendo in modo puntuale e rigoroso un punto di vista autenticamente liberale. L'IBL intende studiare, promuovere e diffondere gli ideali del mercato, della proprietà privata, e della libertà di scambio. Attraverso la pubblicazione di libri (sia di taglio accademico, sia divulgativi), l'organizzazione di convegni, la diffusione di articoli sulla stampa nazionale e internazionale, l'elaborazione di brevi studi e briefing papers, l'IBL mira ad orientare il processo decisionale, ad informare al meglio la pubblica opinione, a crescere una nuova generazione di intellettuali e studiosi sensibili alle ragioni della libertà.

### Cosa Vogliamo

La nostra filosofia è conosciuta sotto molte etichette: "liberale", "liberista", "individualista", "libertaria". I nomi non contano. Ciò che importa è che a orientare la nostra azione è la fedeltà a quello che Lord Acton ha definito "il fine politico supremo": la libertà individuale. In un'epoca nella quale i nemici della libertà sembrano acquistare nuovo vigore, l'IBL vuole promuovere le ragioni della libertà attraverso studi e ricerche puntuali e rigorosi, ma al contempo scevri da ogni tecnicismo.

### I Briefing Paper

I "Briefing Papers" dell'Istituto Bruno Leoni vogliono mettere a disposizione di tutti, e in particolare dei professionisti dell'informazione, un punto di vista originale e coerentemente liberale su questioni d'attualità di sicuro interesse. I Briefing Papers vengono pubblicati e divulgati ogni mese. Essi sono liberamente scaricabili dal sito [www.brunoleoni.it](http://www.brunoleoni.it).