



La Long Term Care, componente importante nella gestione dei fondi sanitari: profili operativi

Milano, 13 Settembre 2010

Francesco Fianza: Dirigente Responsabile Previdenza Corporate e Clienti Istituzionali

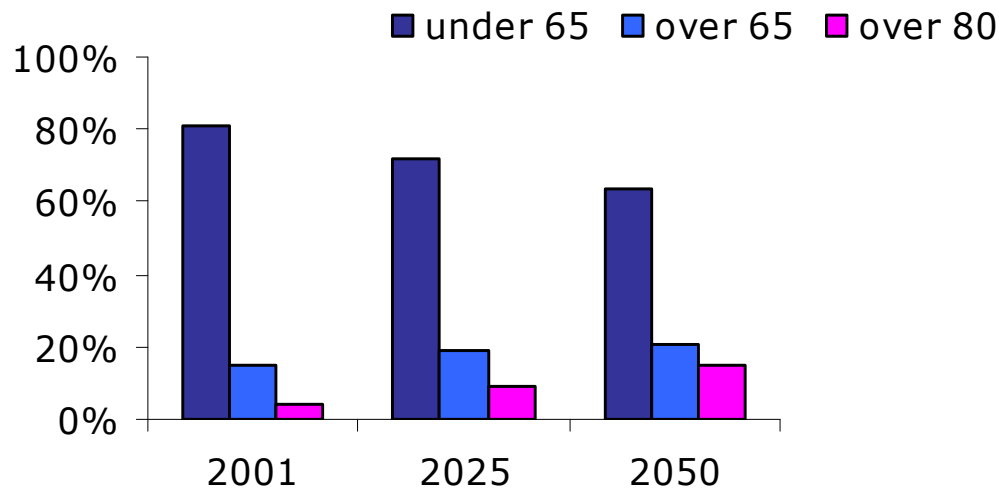
- ❑ La popolazione anziana in Europa e in Italia;
- ❑ La definizione di non autosufficienza;
- ❑ I numeri della non autosufficienza e le sue principali cause;
- ❑ I cambiamenti demografici e sociali;
- ❑ I costi della non autosufficienza;
- ❑ La tutela pubblica e l'assistenza integrativa;
- ❑ I Fondi Sanitari e le polizze LTC;
- ❑ Prospettive e punti aperti.

Paesi	65+ anni	65+ anni	75+ anni	75+ anni	75+anni	75+ anni
	%	%	%	%	V.a. (migliaia)	V.a. (migliaia)
	anno 2000	2030*	2000	2030*	2000	2010*
Italia	18,1	28,1	7,9	14,1	4.566	5.892
Grecia	17,3	25,4	6,7	12,7	712	1.037
Svezia	17,3	25,1	8,9	13,4	790	800
Spagna	17,1	25,3	7,3	9,5	2.937	3.868
Belgio	16,8	25,4	7,2	12,2	741	928
Germania	16,2	25,8	6,9	12,0	5.757	7.364
Francia	16,0	24,0	7,3	12,3	4.316	5.458
Regno Unito	15,7	23,5	7,4	11,2	4.391	4.725
Portogallo	15,5	22,8	6,1	7,8	615	797
Austria	15,4	25,2	7,0	12,5	572	659
Danimarca	14,9	23,0	7,1	11,4	379	394
Finlandia	14,9	23,9	6,5	7,8	335	407
Lussemburgo	14,0	19,8	5,7	9,0	25	33
Olanda	13,8	23,9	6,1	6,9	964	1.142
Irlanda	11,4	18,7	4,9	5,2	187	218
media**/totale	15,6	24,0	6,9	10,5	27.287	33.722

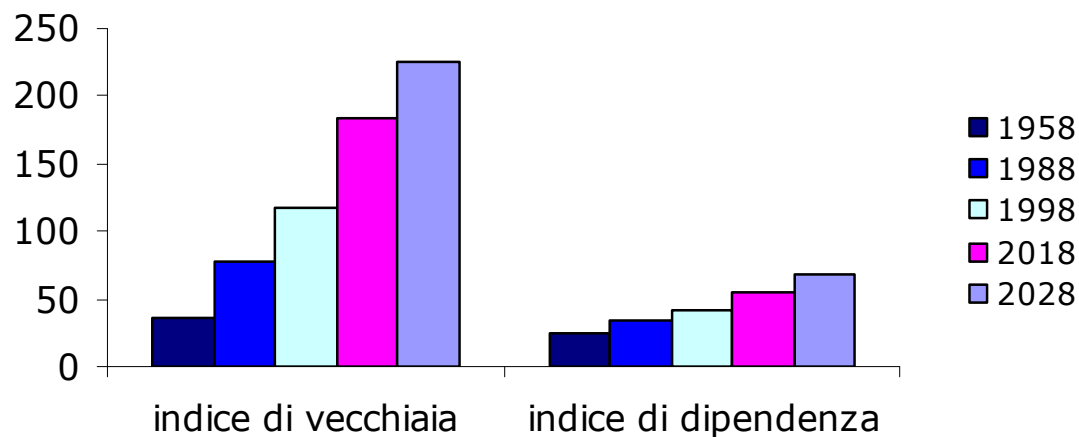


L'Italia si conferma il paese più "anziano" d'Europa

La popolazione anziana in Italia



Indice di vecchiaia e dipendenza



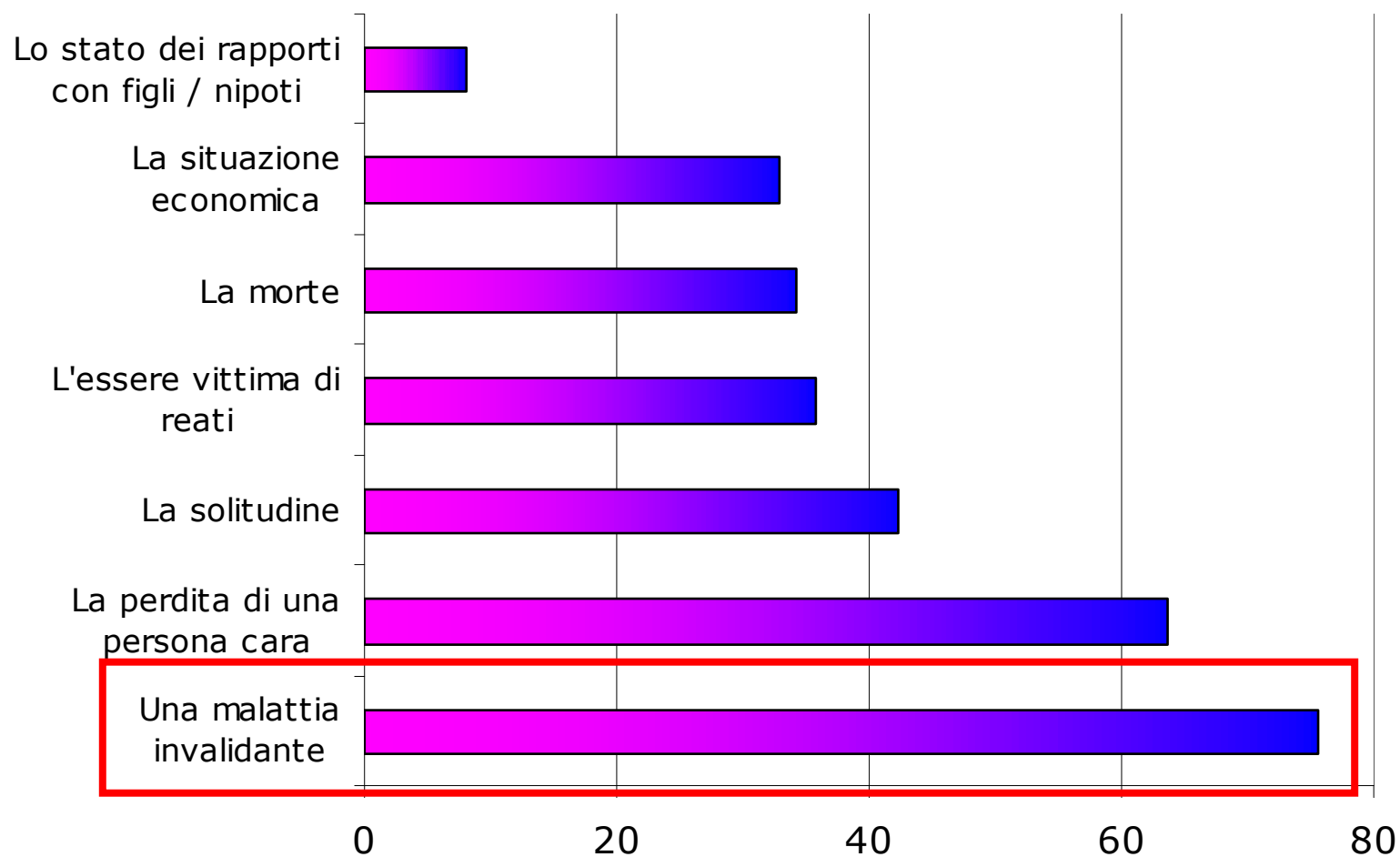
Negli anni a venire diversi fattori porteranno la popolazione italiana ad essere sempre più anziana e caratterizzata da persone over 80, tra questi:

- declino del tasso di fertilità,
- entrata in pensione della generazione dei “baby boomers”
- allungamento della speranza di vita

Fonte: Istat

L'indice di dipendenza indica il rapporto tra persone over 65 e under 14 e le persone in età attiva.

L'indice di vecchiaia indica il rapporto fra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14. Consente di misurare il grado di invecchiamento e di ricambio della popolazione



Fonte: Censis / La Repubblica

La non autosufficienza viene riconosciuta in funzione dell'incapacità di compiere, in maniera presumibilmente definitiva, le Activities of Daily Living (ADL). Queste sono generalmente definite in:

- muoversi nella stanza, alzarsi e mettersi a letto
- vestirsi e svestirsi
- consumare cibi e bevande
- lavarsi, pettinarsi e farsi la barba
- funzioni fisiologiche

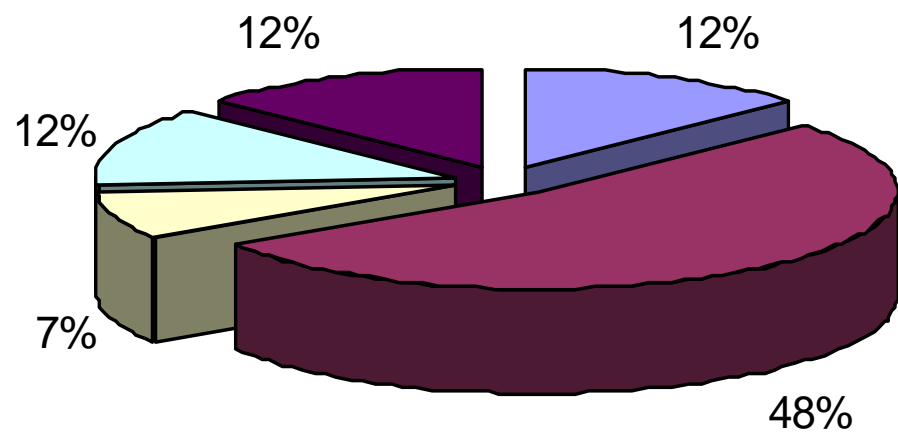
Il numero di ADL “fallite” determina il grado di non-autosufficienza dell'individuo, indipendentemente dalla causa scatenante sia malattia (anche degenerativa) o infortunio.

Le ADL rappresentano la metrica utilizzata dal Sistema Sanitario Nazionale e dalle Compagnie di Assicurazione per determinare lo stato di non-autosufficienza.

- ❑ Giugno 2007 – In Italia sono **2.615.000 le persone non autosufficienti**.
- ❑ Si tratta di donne e uomini che riferiscono una totale mancanza di autonomia per almeno una delle funzioni che permettono di condurre una vita quotidiana normale.
- ❑ Se si considerano anche le **persone che hanno bisogno di aiuto**, anche in parte, per svolgere attività essenziali come alzarsi da un letto o da una sedia, lavarsi o vestirsi il numero sale di molto fino a quasi **sette milioni, circa il 13% dell'intera popolazione**.
- ❑ Gli anziani disabili di età superiore ai 65 anni rappresentano il 19,3%, mentre sale il numero degli over 80: 47,7%, suddiviso tra il 38,7% di uomini e 52% di donne.

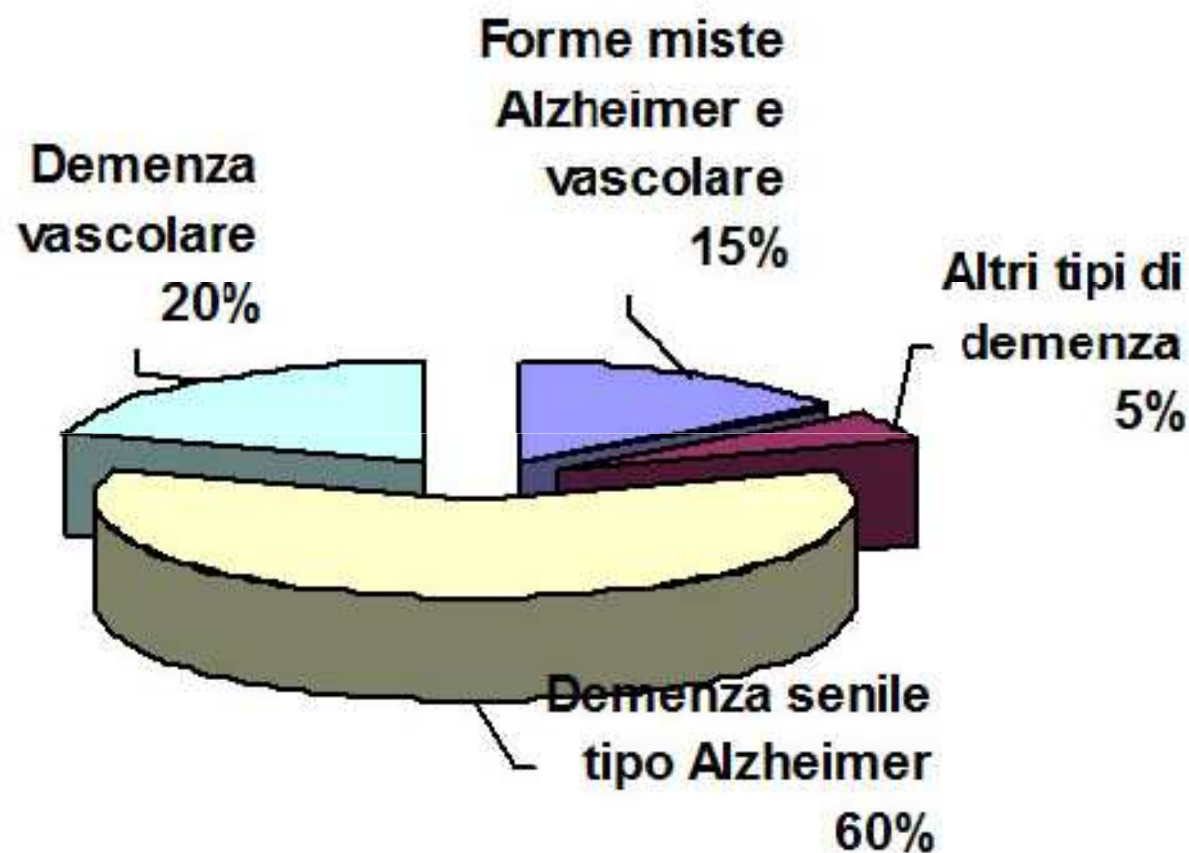
Fonte: Istat, disabilità in cifre secondo gli ultimi dati resi disponibili dell'Istat

Condizioni di disagio prevalente ospiti presenti in RSA



■ Ictus ■ Demenza ■ Disagi all'apparato locomotore ■ Malattie cardiovascolari ■ Sindromi psichiatriche

Le principali malattie che appartengono alla demenza senile sono: “Morbo di Alzheimer e Morbo di Parkinson”.



Secondo un recente studio, nel 2010 il numero di persone che richiederanno cure e assistenza quotidiana al di sotto del 60-esimo anno (anche per *malattie professionali e/o infortuni*) sarà pari a oltre 1,3 mil. mentre quello relativo agli ultra-60enni 1,5 mil.

anno	Prevalenza (migliaia) per classi di età						Popolazione totale (migliaia)	Aumento previsto %	Proporzione popolazione totale %	Dependency ratio (%)*
	0-4	5-14	15-44	45-59	60+	totale				
2000	7,9	17,1	885,1	487,1	1.388,3	2.785,5	57.530,0	0	4,8	7,9
2010	6,6	15,6	778,6	539,3	1.540,4	2.880,5	56.390,5	3	5,1	8,5
2020	5,6	12,8	635,7	598,2	1.670,4	2.922,8	53.860,5	5	5,4	9,4
2030	5,5	11,5	547,1	488,5	1.903,5	2.956,1	50.776,4	6	5,8	11,3
2040	5,1	11,1	480,5	385,0	1.984,3	2.866,1	47.173,5	3	6,1	13,0
2050	4,7	10,3	427,9	354,1	1.822,1	2.619,0	42.962,2	-6	6,1	13,2

* rapporto tra il numero totale delle persone non autosufficienti e la popolazione compresa tra 15 e 59 anni

[**FONTI:** "Prospettive di Long Term Care per lo scenario italiano" a cura di C. Cipolla, F. Guarino, A. Maturo - Fondazione CESAR - Centro Europeo di Ricerche dell'Economia Sociale e dell'Assicurazione, 2005]

L'invecchiamento demografico non è l'unico fattore che causa l'aumento della richiesta di assistenza a pagamento. Bisogna anche considerare una serie di **altri cambiamenti demografici e sociali**:

- ❑ calo della natalità: aumento del numero di persone senza figli e riduzione dei nuclei familiari
- ❑ aumento del tasso di attività lavorativa femminile
- ❑ crescente mobilità territoriale dei giovani in cerca di lavoro



- ▶ **Riduzione** della disponibilità delle famiglie ad offrire "**assistenza informale**", ossia l'assistenza a titolo gratuito, che rappresenta ancora oggi la maggior parte dell'assistenza complessiva
- ▶ L'assistenza informale è un elevato **onere indiretto** (es. il costo-opportunità sostenuto, tipicamente, dalla donna che rinuncia all'attività lavorativa per assistere un non autosufficiente).

- ▶ Il costo mensile per una badante varia dai **7-900 Euro mensili**, più vitto e alloggio; a ciò occorre aggiungere i costi per prestazioni mediche e infermieristiche
- ▶ Il costo mensile del ricovero in una casa di cura si aggira sui **2-3.000 Euro**; se si necessita di assistenza specializzata, il costo può arrivare fino a **5-6.000 Euro mensili**



Si tratta di costi estremamente elevati se rapportati alla capacità di spesa media delle famiglie italiane

“Nel 2005 il reddito netto delle famiglie italiane è stato pari in media a 27.736 euro, circa 2.311 euro al mese; il 50 per cento delle famiglie italiane ha percepito meno di 22.460 euro, pari a circa 1.872 euro al mese. ISTAT "Distribuzione del reddito e condizioni di vita in Italia (2005-2006)”

[Fonte: “Quaderno ISVAP n. 3 Long Term Care (LTC) - le prospettive per il mercato assicurativo italiano. Due modelli a confronto: Germania e Stati Uniti”]

- ▶ **Per coloro che hanno meno di 65 anni, in soli casi gravi** (es. distrofia muscolare, coma,..)

Previdenza nazionale:

- ▶▶ *Indennità di accompagnamento (erogazione monetaria 472,04 €)*



Riconoscimento
della non
autosufficienza da
parte della
commissione
medica del SSN



Tempi medi di attesa: circa 12 mesi

[FONTE: documento ISVAP legge 18/1980]

- ▶ **Per coloro che hanno più di 65 anni:**

Previdenza nazionale:

- ▶▶ *Indennità di accompagnamento in base a determinati requisiti sanitari e funzionali (erogazione monetaria 472,04 €)*

Assistenza territoriale: ogni Regione dispone di un Fondo Sanitario destinato, oltre che alla Sanità regionale, anche ai servizi per anziani non autosufficienti

- ▶▶ *In caso di permanenza presso la propria abitazione:*
ADI = Assistenza Domiciliare Integrata
(es. erogazione di servizio infermieristico a domicilio, non 24 h su 24, non 7 giorni su 7)
- ▶▶ *In caso di ricovero in strutture socio-sanitarie:*
erogazione della “quota sanitaria” alla struttura (è indipendente dal reddito e generalmente copre le spese fino a un massimo del 50% della retta giornaliera)

Da un punto di vista normativo, la cosiddetta riforma Bindi (D.lgs. n. 229/1999) aveva previsto un sistema sanitario italiano secondo uno schema a più pilastri:

- ❑ Il Sistema sanitario nazionale che eroga le prestazioni di base;
- ❑ I fondi integrativi destinati ad integrare le prestazioni del SSN;
- ❑ Le polizze sanitarie che forniscono il livello ulteriore di copertura definito su base individuale.

Le forme integrative del sistema sanitario nazionale modellate secondo uno schema mutuato dal regime previsto per i fondi pensione complementari.

Il Decreto Turco prevedeva che a partire dall'anno 2010, gli Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso non dovevano limitarsi a prevedere nello statuto le nuove prestazioni ma dovevano attestare che almeno il 20% delle prestazioni erogate fosse riferito a prestazioni socio assistenziali per le persone non autosufficienti e per l'assistenza odontoiatrica;

Il Decreto Sacconi definisce le regole per l'iscrizione all'anagrafe dei fondi sanitari e in maniera più precisa le prestazioni "erogate" per soddisfare il limite del 20% delle c.d. "risorse vincolate":

- ❑ assistenza odontoiatrica;
- ❑ non autosufficienza;
- ❑ le prestazioni destinate al recupero di soggetti temporaneamente inabilitati

Con gli ultimi decreti, può finalmente nascere il secondo pilastro dell'assistenza:

- ❑ sviluppo dell'assistenza integrativa sia a livello di CCNL sia a livello della contrattazione di secondo livello;
- ❑ i Fondi e le Casse Sanitarie non soltanto come strumenti di risparmio fiscale ma erogatori di prestazioni sanitarie e assistenziali integrative del SSN ;
- ❑ una maggiore integrazione con le Compagnie assicurative:
 - per le prestazioni sanitarie;
 - per la non autosufficienza;

La non autosufficienza nelle polizze normalmente viene identificata con:

- ❑ ogni azione della vita quotidiana che l'assicurato non riesce a svolgere ha un punteggio, la somma dei punteggi legati alle azioni che non è in grado di svolgere determina il diritto all'ottenimento della prestazione;
- ❑ La non capacità di svolgere 3 o 4 azioni su 6 comporta la corresponsione della prestazione;
- ❑ Le prestazioni possono essere:
 - Rendita rivalutabile o fissa
 - Prestazioni in capitale / natura (erogazione di servizi: badante, ricovero,...)
 - Mix delle due

- ❑ Il progressivo ritiro del sistema pubblico di previdenza sociale da una parte e il crescere di nuovi bisogni tra i cittadini per effetto dei cambiamenti sociali, demografici ed economici dall'altra determinano una crescita dell'importanza dei diversi strumenti di protezione sociale integrativa
- ❑ In questo senso si sta assistendo allo sviluppo di un vero e proprio welfare contrattato che integra sempre di più il sistema di protezione sociale e che trova nel concorso del lavoratore e del datore di lavoro le modalità e le fonti del proprio finanziamento: i fondi sanitari si vanno configurando come il secondo pilastro dell'assistenza
- ❑ Nei prossimi anni essi sono destinati a divenire sempre più parte integrante del sistema di definizione dei rapporti di lavoro sia su base contrattuale sia su base individuale

- ❑ L'inserimento della non autosufficienza nelle “risorse vincolate” può accrescere il ruolo delle Compagnie assicurative che dovranno:
 - essere pronte a fornire prodotti in linea con l'evoluzione demografica della popolazione;
 - essere in grado di dare anche prestazioni in servizi attraverso reti convenzionate sempre più efficaci ed efficienti.
- ❑ Fra i punti ancora aperti:
 - aumentare la consapevolezza dei problemi relativi alla non autosufficienza;
 - la mancata deducibilità per i lavoratori non dipendenti;
 - integrazione fra fondi assistenziali e previdenziali integrativi