



Mefop

Invecchiamento, fragilità e non autosufficienza in Italia: le sfide in un'ottica integrata

Damiana Mastantuono



« La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all'età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le “normali azioni della vita quotidiana” ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e sociale che si concretizzano in un adeguato reddito, un’abitazione con caratteristiche microclimatiche, strutturali e di accesso compatibili con l’igiene e la sicurezza dell’ambiente e dell’individuo e una rete sociale protettiva »

L.Beltrametti, I. Mastrobuono, R. Paladini: *L’assistenza ai non autosufficienti :aspetti di politica economica e fiscale*. Relazione per il Gruppo di lavoro intercommissione sulla riforma fiscale del CNEL, anno 2000. La definizione esprime un concetto ampio di non autosufficienza che ingloba anche gli aspetti di natura sociale e di relazione e si ispira alle definizioni adottate in molti Paesi industrializzati dove vigono Fondi ad hoc come la Germania ed i Paesi Bassi.

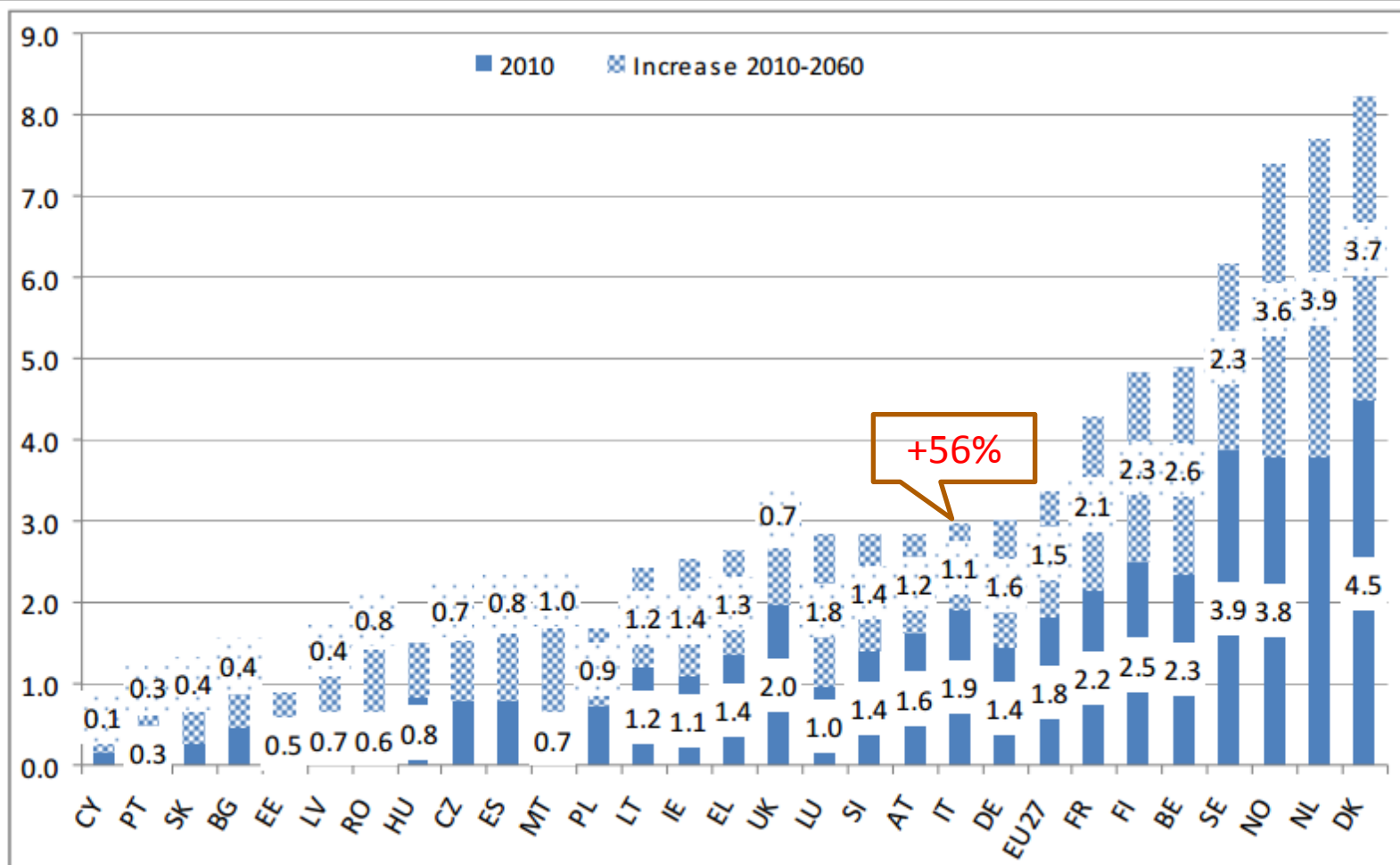
Non esiste una definizione normativa e nelle sue diverse sfaccettature emergono alcuni caratteri fondamentali:

- Bisogno complesso che riguarda aspetti di natura assistenziale- reddituale – sanitaria – socioassistenziale e sociale
- Sistema di tutela della LTC è un sistema complesso e frammentato (dati incerti!)
- Sistema risulta formato da tanti attori, pubblici e privati, e di soggetti, professionali e non professionali. Configurazione reticolare entro la quale risultano fondamentali cooperazione, coordinamento e mutuo riconoscimento di RISORSE, STRATEGIE E PRESTAZIONI

Spesa pubblica per Ltc in percentuale del Pil 2010-2060



Mefop



La spesa socio-sanitaria per non autosufficienza in Italia

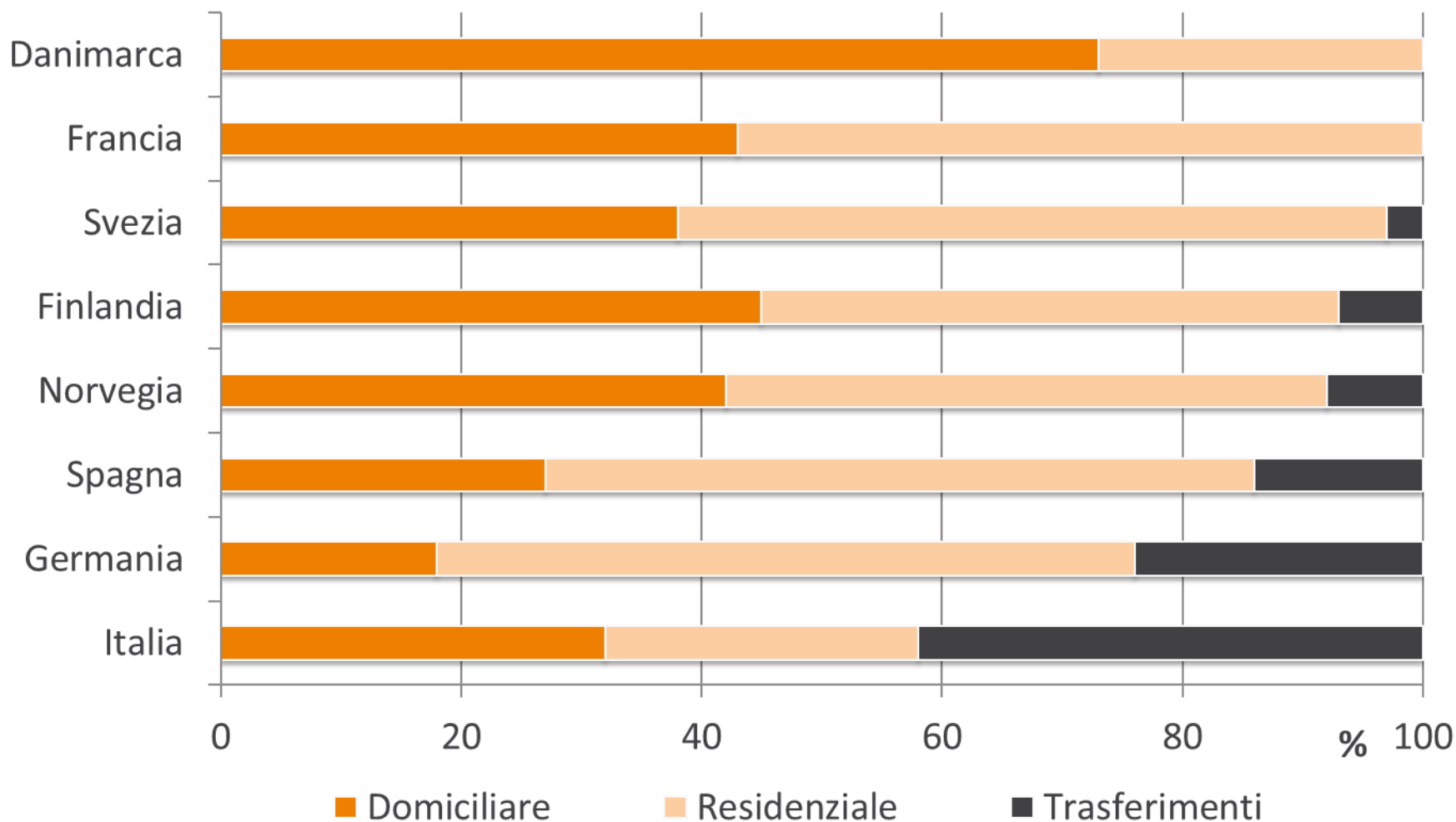


Mefop

SPESA per intervento 2011	Mln euro	%
PRESTAZIONI INPS (indennità; pensioni; assegni e rendite per invalidità e inabilità)	35.000	62%
FONDI SANITARI REGIONALI (di cui 20% non aut.)	13.500	23%
SPESA COMUNI (sociale e socio-sanitaria)	7.200	13%
COMPARTECIPAZIONE UTENTI	930	2%
STIMA SPESA SOCIO_SANITARIA	56.630	100%

Voci che vanno integrate in modo «specifico»

Composizione spesa per assistenza continuativa



La spesa per non autosufficienza in Italia



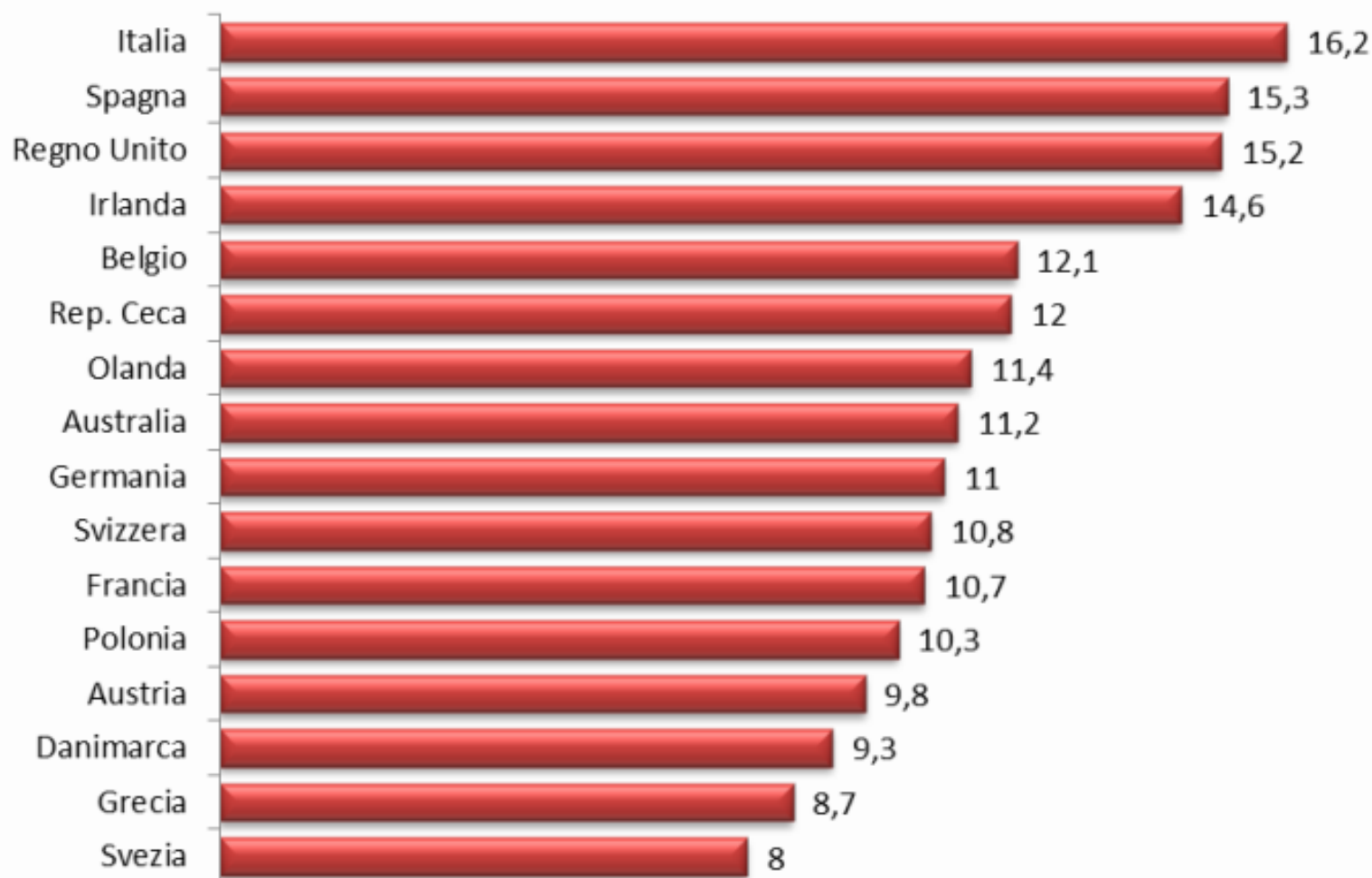
Mefop

- Purtroppo in Italia non sono state introdotte riforme di carattere nazionale e il compito di riforma e innovazione sociale è ricaduto sulle spalle delle **Regioni**, le quali però non hanno le capacità istituzionali e i mezzi economici per riorganizzare il sistema di LTC italiano.
- Il nostro settore di cura agli anziani non autosufficienti è ancora prevalentemente basato sul **supporto monetario alla cura**, con un alto livello di **responsabilizzazione della famiglia, sia in termini diretti (principali caregiver) che indiretti (acquisto di servizi di cura)**.
- Un'altra peculiarità del sistema di LTC italiano emerso dai dati recenti riguarda la duplice penalizzazione delle famiglie con problemi di non autosufficienza a basso reddito/problema territoriale

% di popolazione (sul totale della popolazione) che, in qualità di familiare o amico presta in modo continuativo assistenza a persona anziana o disabile (2010)



Mefop



E nel sistema dello welfare integrativo cosa accade?



Mefop

- LTC ha interessato il sistema progressivamente, toccando dapprima il segmento dei Fp e più recentemente quello dei FS
- Logica definizione assicurativa di LTC- limiti normativi e fiscali...cfr. slide successive (verso maggiore apertura)
- Attualmente il legislatore (a partire da quello europeo) si è concentrato sul tema, ponendolo al centro della sua agenda. Anche in questo caso però c'è il rischio di usare poco e male le risorse, che oggi riguardano anche la bilateralità e il terzo settore
- Sul tema della LTC il coordinamento non può che essere gestito a livello superiore ma anche il welfare integrato può avere un ruolo e da questo punto di vista la sfida è per le parti istitutive (cfr. slides successive)

La definizione contrattuale di non autosufficienza nel welfare contrattuale



Mefop

- Definizione di non autosufficienza in base alla capacità dell'individuo di compiere una serie di attività elementari della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)
- Quantificazione del livello di non autosufficienza in funzione della totale o parziale incapacità, in funzione di punteggi assegnati alle ADL
 - Lavarsi
 - Vestirsi e spogliarsi
 - Utilizzare i servizi
 - Trasferirsi dal letto alla poltrona
 - Controllarsi nella continenza
 - Alimentarsi

Il DM Finanze 22 dicembre 2000



Mefop

- Contratti aventi ad oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana (D.M. Finanze 22.12.2000)
 - l'impresa di assicurazione non deve avere la facoltà di recesso dal contratto
 - gli atti della vita quotidiana sono quelli concernenti l'assunzione di alimenti, l'espletamento delle funzioni fisiologiche e dell'igiene personale, la deambulazione e l'indossare gli indumenti - cfr. definizione del rischio in base alle ADL (4/6; 3/4) -
 - è non autosufficiente anche il soggetto che necessita di sorveglianza continuativa e quello incapace di svolgere, anche solo in parte, uno o più dei predetti atti

LTC: tipologie; modelli....



Mefop

- **Tipologia**

- Polizza autonoma «stand alone»
- Polizza complementare di una «assicurazione principale» sulla vita o malattia
 - In forma individuale
 - In forma collettiva
 - Agganciata a un FP e FS
 - Vantaggi tecnici della collettiva
 - Vantaggi fiscali nella soluzione collegata a FP/FS

- **Oggetto contratto**

- Garantire assistenza e/o risorse adeguate nel caso di perdita di autosufficienza derivante da infortunio; malattia; decadimento delle funzionalità personali a causa dell'invecchiamento

- **Tipologia di prestazioni erogate**

- Modello risarcitorio
- Modello indennitario (cfr. slides successiva)

Modifiche introdotte dalle Leggi di Bilancio 2017-2018 all'art. 51, comma 2, lett. f-quater), TUIR



▶ Art. 1 Legge di bilancio 2017 al comma 161 inserisce la lett. f-quater: « **i contributi e i premi versati dal datore di lavoro a favore della generalità dei dipendenti o di categorie di dipendenti per prestazioni**, anche in forma assicurativa, aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana ex DM 27 ottobre 2009 o aventi per oggetto il rischio di gravi patologie.

- Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all'aiuto domestico familiare, alla promozione di attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera;
- Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semi-residenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza...

Le specifiche della Circolare 5/E 2018



▶ Benefits detassato e attuabile anche attraverso una Cassa avente esclusivamente fine assistenziale. In tal caso occorre tenere separati contabilmente i contributi ricevuti dal datore per prestazioni di non autosufficienza

▶ L'unica condizione è che il versamento venga eseguito dal datore di lavoro

▶ Questa soluzione dovrebbe valere anche per i Fondi pensione?

L'utilizzo dei termini «contributi e premi» senza altra specificazione porta a ritenere la lett. f-quater trovi applicazione anche nelle ipotesi in cui i contributi siano versati ad enti o casse non iscritti all'anagrafe, nonché a enti bilaterali di cui al D.Lgs. 276/2003

▶ I primi risultati?

▶ Si istituisce una contribuzione «LTC» che potrebbe essere governata attraverso tutti gli strumenti di welfare contrattuale

Regime fiscale differenziato...attenzione!



LTC **Contributi** **Prestazioni**

Assicurativa	detrazione	Esenzione
---------------------	------------	-----------

Complementare (FP e FS)	deduzione	Esenzione
--------------------------------	-----------	-----------

Come Benefits	esenzione	Esenzione
----------------------	-----------	-----------

Si ripropone il grande tema del coordinamento virtuoso dei diversi strumenti di welfare

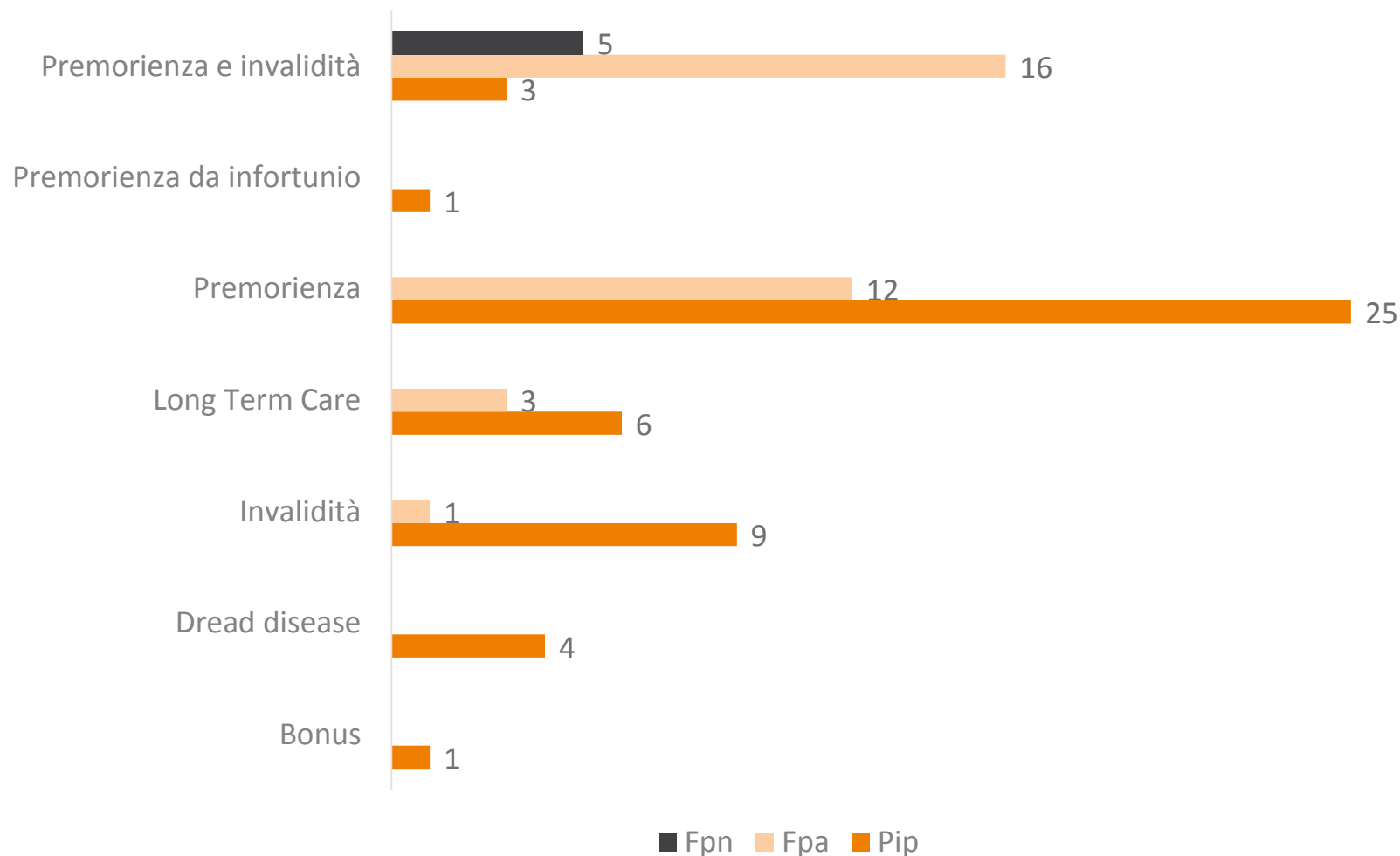


- ▶ Non si può lasciare il tema della LTC relegato all'area dei benefits non pianificati e volontari (cfr. es. FP)
- ▶ Non si dovrebbero disperdere le risorse private ma sfruttare le potenzialità dei diversi strumenti in chiave sussidiaria
- ▶ Sarebbe opportuno valorizzare i regimi ad accumulazione per immaginare una copertura integrativa anche minima ma generalizzata (il ruolo dei Fondi pensione e degli enti bilaterali)
- ▶ Sarebbe opportuno continuare a lavorare sul miglioramento dell'offerta dei Fondi sanitari anche in chiave di coordinamento
- ▶ Sarebbe opportuno consegnare al nostro sistema di welfare una copertura integrativa se non definita quantomeno definibile a livello territoriale: trasparenza; comunicazione



QUALCHE DATO

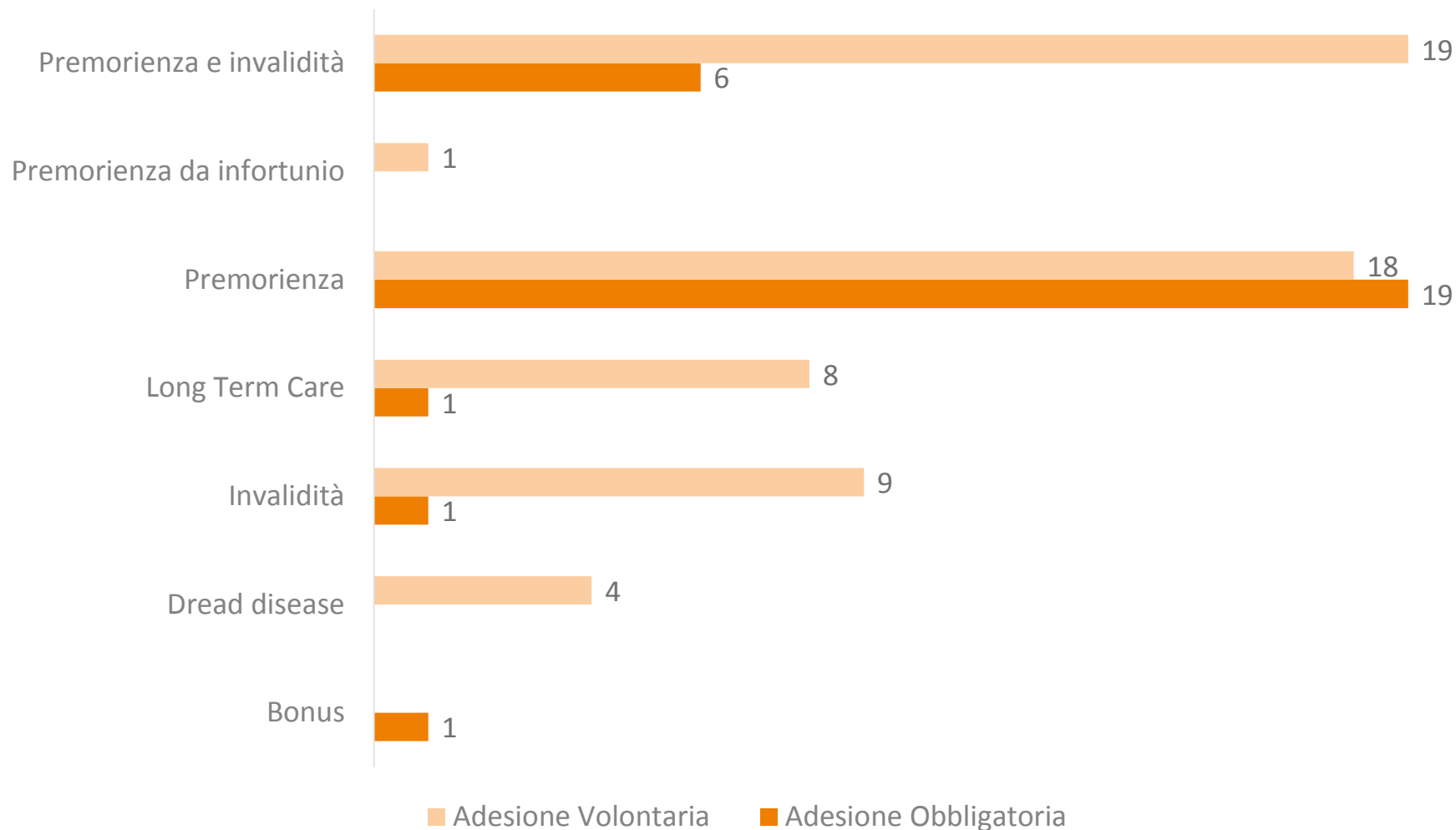
Convezioni stipulate per prestazioni accessorie in fase di accumulo



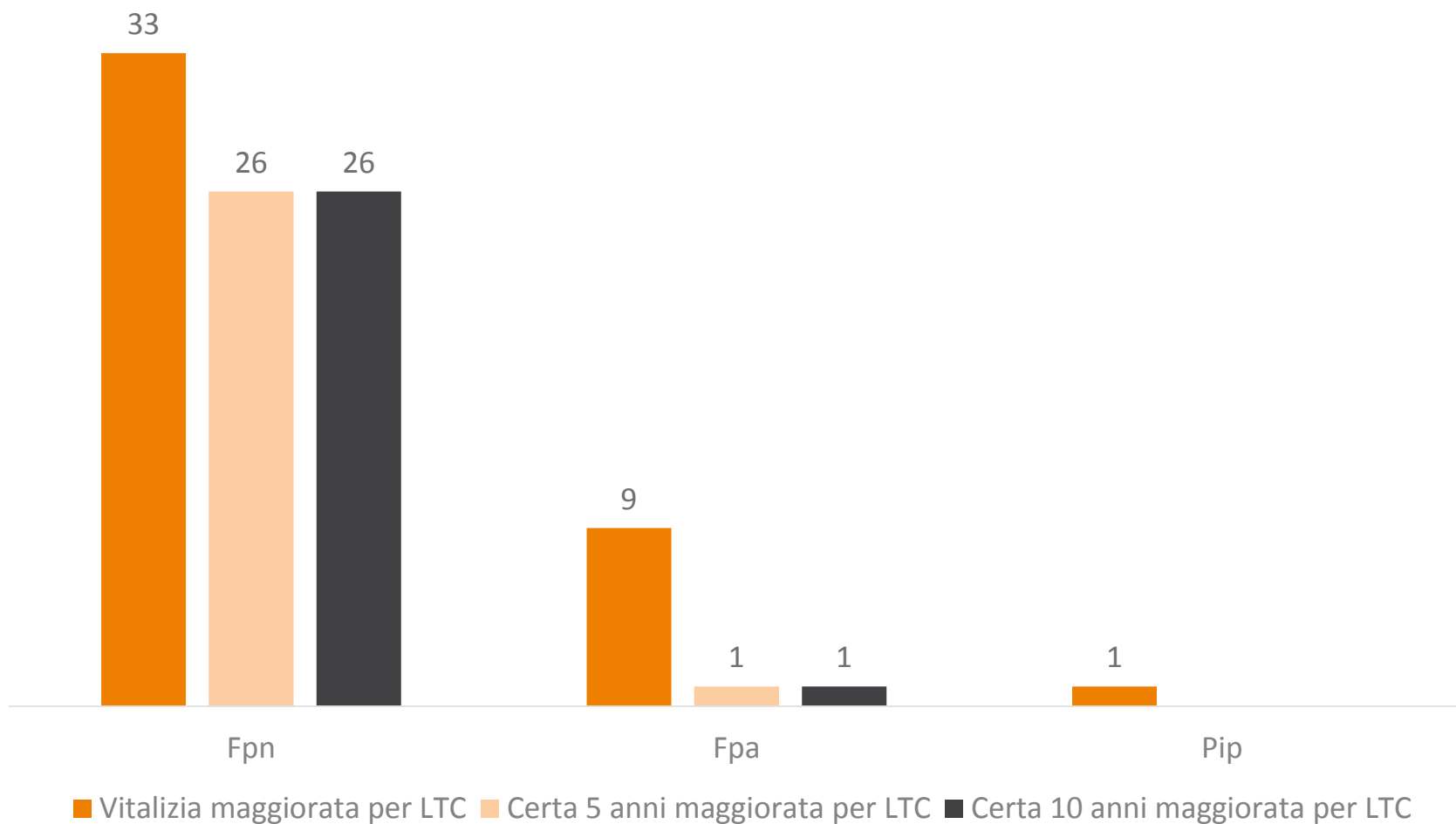
Convenzioni stipulate per prestazioni accessorie in fase di accumulo: modalità di adesione



Mefop



Numero di convenzioni che offrono copertura LTC in forma di rendita



Fondi sanitari (mancano dati)

I tariffari di alcuni fondi sanitari includono prestazioni LTC

- solitamente di natura risarcitoria a fronte di spese sostenute per prestazioni domiciliari o presso RSA
- Rientrano nelle risorse vincolate del 20% (DM 31 marzo 2008 e DM 27 ottobre 2009)

Esperienza importanti ma molti passi da compiere:

Opportunità di una visione collegata ai livelli di copertura pubblici

Opportunità di immaginare coperture dirette o miste

Opportunità di qualificazione dei piani sanitari e dei livelli di servizio

La prospettiva dei servizi diretti

Collaborare alla creazione di Welfare point/la figura del caremanager purchè non in conflitto con il sistema !

Invecchiamento...quale sussidiarietà: previdenziale, sanitaria e sociale?



Mefop

Prestazione	Interventi	Erogatori
Prestazioni cash	IDA	INPS
	Assegni di cura Prestazioni cash per assistenza	COMUNI REGIONI ASL WELFARE PRIVATO ?
Servizi reali	Servizi reali Servizi domiciliari (ADI E SAD) Servizi residenziali Servizi semiresidenziali Caregiving privato	ASL COMUNI REGIONI WELFARE PRIVATO BADANTI E FAMILIARI

FP/FS/EB

Una rendita
aggiuntiva tra
accumulazione e
portabilità?

FS/ EB/TS

Prestazioni
aggiuntive
differenziate per
territorio? Servizi
diretti?

Quale coordinamento (FP e FS)? E il ruolo dell'erogatore «istituzionale»



Mefop

Forme contrattuali

- Sinergie in fase contrattuale
- Valorizzazione delle coperture LTC e accessorie in genere in fase di promozione integrata
- Erogazione «attiva» delle rendite non solo pensionistiche (cfr. problemi fase outsourcing)

Fp

Fs

EB

Forme individuali

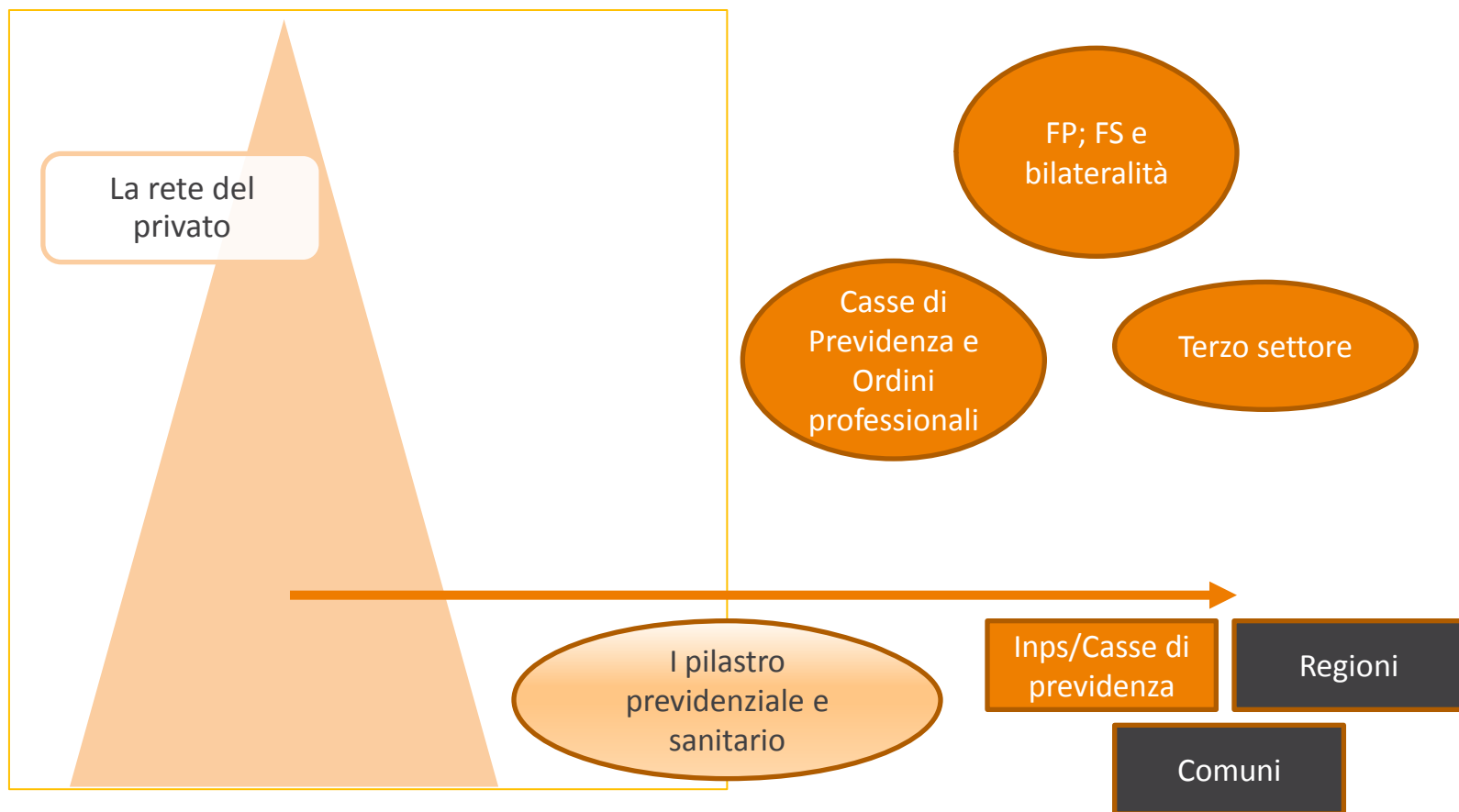
- **Collegamento commerciale tra «prodotti»:**
 - (nel caso di LTC sganciata dal FP o FS) attenzione alla disciplina sul COLLOCAMENTO PRODOTTI ASSICURATIVI
 - Attenzione alla trasparenza/differenza regime fiscale

Valorizzazione della
rendita da non
autosufficienza

Servizi accessori
(diffusi nel mondo dei FS)

Politiche di
convenzionamento
(molto diffuse nel mondo
dei FS)

Un modello di integrazione in materia di LTC



Dalla sussidiarietà al welfare generativo di nuove risorse



Mefop

- Valorizzazione del welfare integrativo serve a coprire i bisogni emergenti e anche a deflazionare il «pubblico» in un'ottica di sussidiarietà, evitando di replicare nel privato i difetti del sistema pubblico (i PDTA, cfr. Progetto Crescentini; Tafaro; Maino)
- Un sistema che affronta l'invecchiamento mettendo al centro non le «prestazioni» ma la «persona» nella sua interezza
 - Anche dal punto di vista del fondo sanitario obiettivo è passare dal «prestazionificio» ai «Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali»
- Immissione di risorse nel sistema anche attraverso un cambio di paradigma che ormai caratterizza il sistema soprattutto a livello europeo
- La logica del welfare che genera valore economico e sociale, sfruttando la logica della rete e dell'innovazione e si inserisce in un contesto ormai emergente in cui **«l'anziano diventa risorsa»** e **«l'invecchiamento attivo»**, puntando alla soluzione anche sociale relativa al tema del «disagio e della fragilità» collegati al fattore anagrafico

•