

**Laura Crescentini - Franca Maino - Tiziana Tafaro**

**Non autosufficienza:  
analisi e proposte  
per un nuovo modello di tutela**

**Paper presentato al XXXII Convegno SISP - Torino, 7 Settembre 2018**

**Mefop " L'invecchiamento: dalla copertura del rischio non autosufficienza alla silver economy"  
Roma, 2 ottobre 2018**

# Dati di contesto

- Speranza di vita in buona salute a 65 anni: 13,7 U e 14,1 D (-1 anno rispetto media UE)
- Speranza di vita senza limitazioni funzionali: meno di 8 anni per entrambi i sessi contro una media UE di 9,4
- 11% over 65 ha gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona, quasi 1/3 ha difficoltà a svolgere almeno un'attività quotidiana di tipo domestico (50% over 75). Il 58% ha bisogno di assistenza, situazione risolta per oltre il 50% con l'aiuto di una persona del nucleo familiare
- Riduzione della perdita di autonomia più accentuata fra gli anziani con livelli di reddito più bassi e/o residenti nel Mezzogiorno
- Spesa per LTC 2017 senza sanità: 26,6 mld € di cui
  - pubblica: 17,6 mld € (1% Pil); il 78% è per >65 e 13 mld € per IA (2,2 milioni i percettori)
  - privata: 9 mld €

# Non autosufficienza e innovazione sociale

## Innovazione sociale

Trasformazioni progressive “di prodotto” e “di processo” che:

- consentono la sperimentazione di nuove idee e soluzioni con nuove forme di governance multi-attore e multi-livello per fronteggiare nuovi bisogni sociali emergenti
- modificando progressivamente i paradigmi interpretativi di riferimento favoriscono il conseguimento di un cambiamento sistemico nell’ambito di un settore specifico di *policy* e più in generale del sistema di welfare

## Non autosufficienza

Bisogno ormai riconosciuto ma ancora senza risposte adeguate

### ***Criticità delle coperture pubbliche e private:***

- disomogeneità del quadro di riferimento;
- frammentazione e mancanza di coordinamento
- risorse non necessariamente scarse, ma non allocate efficacemente e concentrate sul cash (inden. di accompagnamento)

### ***Criticità delle coperture private:***

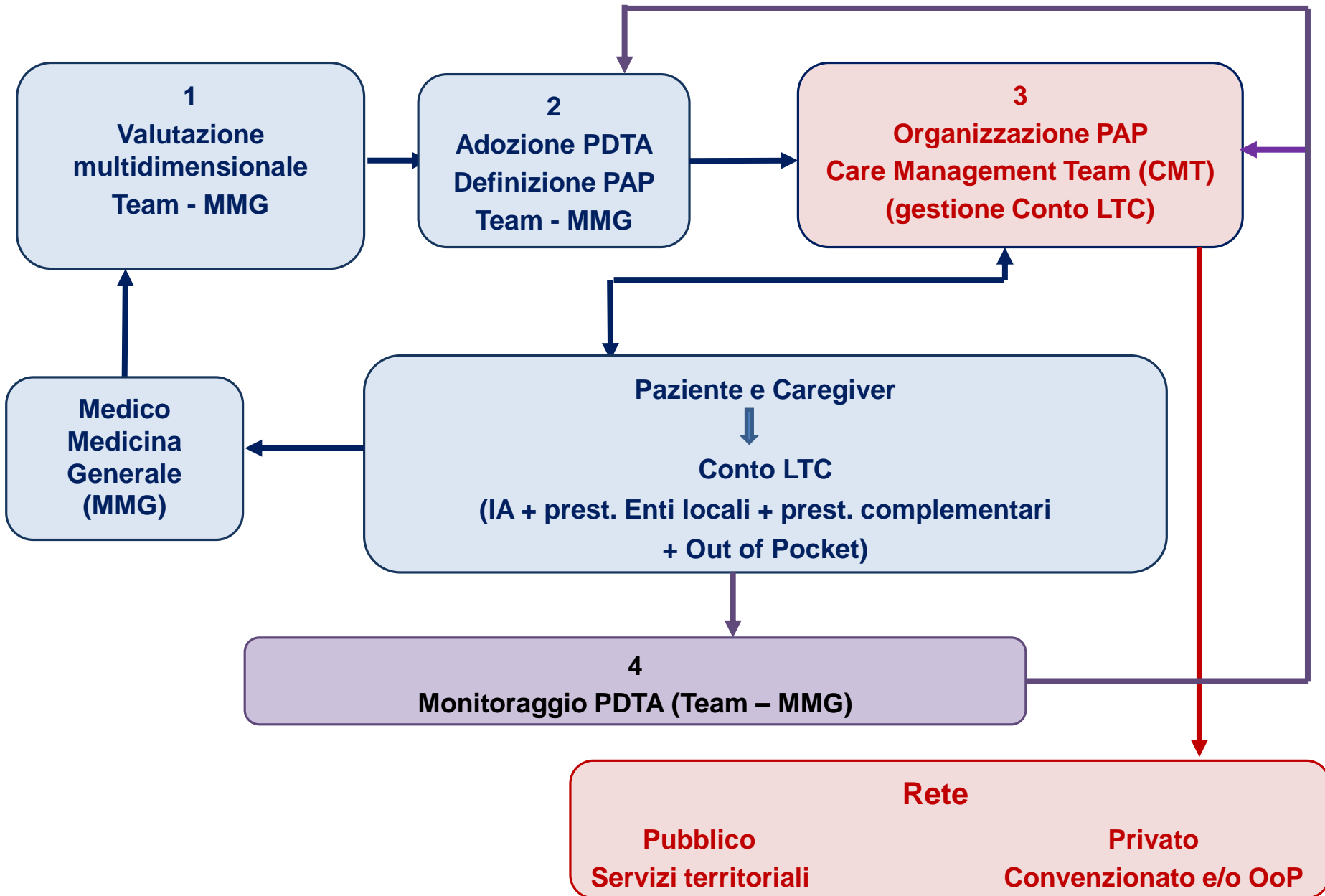
- solo per categorie a basso rischio (attivi);
- essenzialmente individuale: costosa e poco diffusa

**Necessità di un nuovo modello di governance**

# Ipotesi nuova governance LTC: principi (Piano cronicità)

- **Focus sull'individuo** e non sulla patologia
- **Approccio multidimensionale integrato** => sinergie fra:
  - servizi sanitari e sociali
  - professionalità diverse
  - diversi attori pubblici e privati, profit e non profit
- **Definizione del Percorso di presa in carico (PDTA) e dei Piani di assistenza personalizzati (PAP)**, con coinvolgimento attivo del paziente e dei caregiver di riferimento => *"Patto di assistenza"*

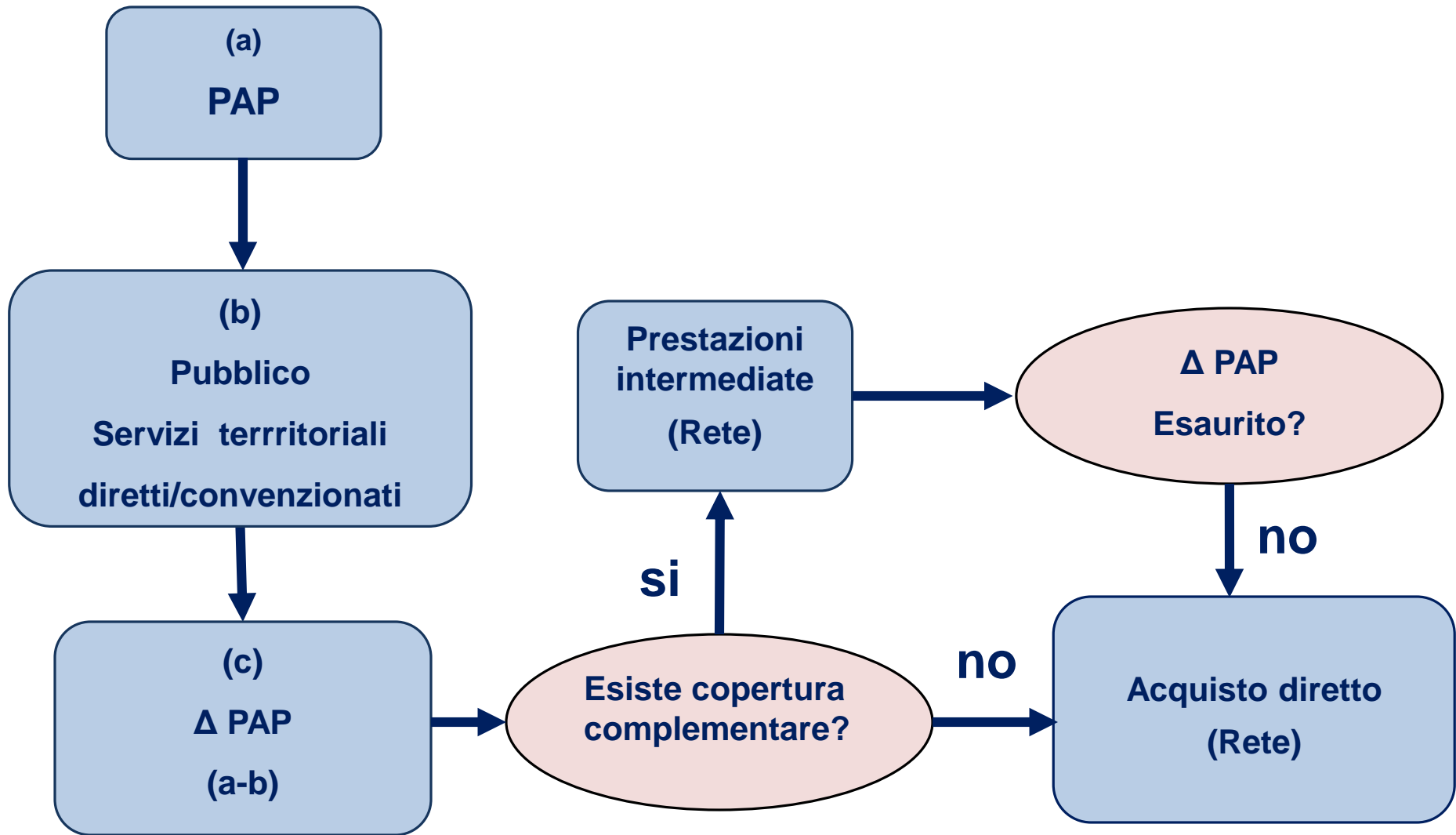
# Ipotesi nuova governance LTC: schema organizzativo



# Ipotesi nuova governance LTC: ruoli

- **Fasi 1, 2 e 4:** Pubblico (Distretto) => team di valutazione multidisciplinare. Problema unicità della definizione.
- **Fase 3: Privato/Pubblico**
  - **Unicità dell'organizzazione: *Care manager (team)***
    - interfaccia fra interessato, erogatori ed Ente pubblico;
    - compiti: consulenza, organizzazione, attivazione reti, rendicontazione, monitoraggio;
    - requisiti: professionalità (team), indipendenza, terzietà.
  - **Messa a sistema delle risorse: *Conto LTC*** – Cash (pubblico + privato + OOP) + valorizzazione servizi
  - **Realizzazione del PAP:** prestazioni pubbliche, poi complementari, poi acquisto diretto

# Realizzazione del PAP



# Ipotesi nuova governance LTC

## Il modello ipotizzato:

- è dotato di “intensità e modalità” variabili in relazione all'estensione della copertura pubblica;
- non intende sostituirsi o imporsi agli Enti locali nella definizione dei modelli assistenziali ritenuti più idonei, ma integrarsi con essi:
  - laddove esistono presidi pubblici è possibile utilizzarne al meglio le potenzialità e completare, ove eventualmente necessario, in relazione alle necessità di assistenza;
  - consente di attivare un piano di assistenza efficiente anche laddove l'intervento pubblico per LTC è insufficiente e risulta essenzialmente affidato all'erogazione dell'indennità di accompagnamento.



# Ipotesi nuova governance LTC: ruolo delle reti territoriali

## **Già significativa diffusione (Centro-Nord) – Esempi:**

- Progetto *Veniamo a trovarvi* (Fondazione CRC)
- Progetto *CoNSENSo* (Regione Piemonte)
- Progetto *La Cura è di Casa* (Provincia VCO)
- Progetto *Fragibilità* (Jointly)

## **Elementi comuni:**

- Attivazione di una rete di erogatori
- Presenza di uno o più strumenti di coordinamento
- Punto unico di accesso

## **Possibili ruoli:**

- Fornitore dei servizi pubblici
- Fornitori di servizi complementari
- Svolgere ruolo di *Care manager*

# Ipotesi nuova governance LTC: stima del costo della copertura complementare

- **Obiettivo:** stimare il contributo annuo da pagare durante la vita lavorativa per coprire sia il periodo di vita attiva che il periodo del pensionamento
- **Fabbisogno: rendita annua pari a 12.000 €** pagata dal momento dell'insorgere della non autosufficienza sino alla morte del soggetto

# Ipotesi nuova governance LTC: stima del costo della copertura

## Premio per generazioni

Età di ingresso		Contributo annuo in cifra fissa (€)	
Maschi		Per LTC attivo	Per LTC da pensionato (*)
Profilo 1	30	70	187
Profilo 2	40	83	240
Profilo 3	50	110	460
Profilo 4	60	180	1.015

- Il calcolo prevede la copertura dal primo anno di pagamento del contributo, per l'intera vita residua.
- Il premio è calcolato in media per le diverse generazioni, da pagare solo durante la vita lavorativa

(\*) per i pensionati si prevede un accumulo di capitale con rendimento reale 1%

# **Ipotesi nuova governance LTC: stima del costo della copertura**

## **Quadro di ipotesi utilizzato**

- probabilità di morte per attivi e pensionati: tavola di mortalità selezionata riducendo ISTAT 2014 e utilizzandole le proiezioni ISTAT degli anni 2011-2065 (scenario centrale);
- probabilità di morte dei soggetti non autosufficienti: nuove basi tecniche su LTC e malattie gravi predisposte da ANIA, in collaborazione con l'Università di Roma "La Sapienza" (scenario centrale);
- probabilità di diventare non autosufficiente: per attivi e pensionati l'ipotesi di frequenza di non autosufficienza è rilevata sulle basi tecniche predisposte da ANIA in collaborazione con l'Università di Roma "La Sapienza" (scenario centrale);
- età di accesso al pensionamento: 68 anni per entrambi i sessi;
- tasso annuo di inflazione: nullo;
- tasso di capitalizzazione e di attualizzazione dei capitali (reale) pari all'1% (utilizzato per l'accantonamento della parte di premio relativa al periodo di pensionamento).



# Ipotesi nuova governance LTC: stima del costo della copertura

## Premio medio annuo generale

- Solo LTC attivo: 90 €
- LTC da attivo + pensionato<sup>(\*)</sup>:  $90 + 330 = 420$  €
- E' calcolato sull'intera popolazione dei lavoratori italiani, tenendo conto della distribuzione per età degli stessi
- Il premio è pagato solo durante la vita lavorativa
- La copertura è prevista dal primo anno di pagamento del contributo, per l'intera vita residua, per tutti i lavoratori in essere al momento dell'istituzione della nuova prestazione anche dopo il pensionamento
- Il calcolo del premio tiene conto di un equilibrio fra entrate e uscite anno per anno per gli attivi<sup>(\*\*)</sup>, mentre per i futuri pensionati prevede la creazione di una riserva<sup>(\*\*\*)</sup>

(\*) per i pensionati si prevede un accumulo di capitale con rendimento reale 1%

(\*\*) metodo di finanziamenti a ripartizione dei capitali di copertura

(\*\*\*) metodo di finanziamento a capitalizzazione collettiva

# Conclusioni

- Realizzare un efficace sistema di LTC senza incremento della spesa pubblica e a costi ragionevoli per i singoli richiede **scelte precise e improntate all'innovazione sociale**
- Ai fini della sostenibilità della copertura è necessario che la LTC sia attivata:
  - in età giovane o considerando l'adesione dell'intera platea della collettività interessata
  - in maniera continuativa
  - su base collettiva
- Occorre che la **LTC** entri a pieno titolo fra le coperture di welfare e sia **riconosciuta come una branca a sé stante**
- Occorre abbandonare la logica degli interventi "tampone" e predisporre una **Legge Quadro**

# Una Legge Quadro che ...

- segua la logica dei **tre pilastri** con riferimento al finanziamento, ma adotti una logica unitaria con riferimento all'erogazione delle prestazioni introducendo la figura del *Care manager*
- riveda la logica di erogazione delle prestazioni pubbliche (in primis l'IA), prevedendone **l'intensità in relazione al grado di fragilità** del beneficiario
- valorizzi **l'organizzazione su base collettiva** della copertura, unica soluzione che permette di integrare la prestazione pubblica a costi sostenibili
- stabilisca una **definizione univoca** a livello nazionale di non autosufficienza e dei relativi criteri di valutazione
- stabilisca caratteristiche, standard di qualità e procedure per **l'accreditamento** dei soggetti abilitati a svolgere il ruolo di **Care Manager (Team)**
- preveda adeguati **incentivi fiscali** (riorganizzando quelli già vigenti)
- **coordini l'impianto normativo e regolativo** delle altre aree di welfare interessate