



Associazione Lavoro&Welfare

Convegno “Long Term Care. Sviluppo e sostenibilità”

Long Term Care. Dove siamo e dove andiamo?

Intervento del Consigliere dell'IVASS

Prof. Riccardo Cesari

Roma, Senato della Repubblica, 17 luglio 2023

Ringrazio gli organizzatori e in particolare l'on. Cesare Damiano per questo invito.

Mi piace ricordare anche in questa sede il suo importante contributo, in particolare da Ministro del Lavoro, sui temi dello sviluppo della previdenza integrativa in Italia e mi piace pensare che un analogo successo si possa ottenere, in un futuro non troppo remoto, sul non meno cruciale terreno della sanità integrativa.

1. L'evoluzione di lungo periodo

Come noto, da lungo tempo, in Italia come in altri paesi europei, sono in atto due fenomeni demografici significativi: il processo di invecchiamento della popolazione (Fig. 1.1) e la riduzione della natalità (Fig. 1.2); a tali fenomeni si è accompagnato, sul lato socio-economico, sia un rallentamento del tasso reale di crescita del PIL (Fig. 1.3) sia un aumento della disoccupazione (Fig. 1.4). Ne sono scaturite, in tutti i paesi industrializzati, gravi preoccupazioni sul grado di tenuta del *Welfare State*, a cominciare dai sistemi pensionistici di base, finanziati con il criterio della ripartizione (*pay-as-you-go*), in cui la platea calante dei lavoratori attivi paga, coi contributi, una popolazione crescente di pensionati.

Fig. 1.1

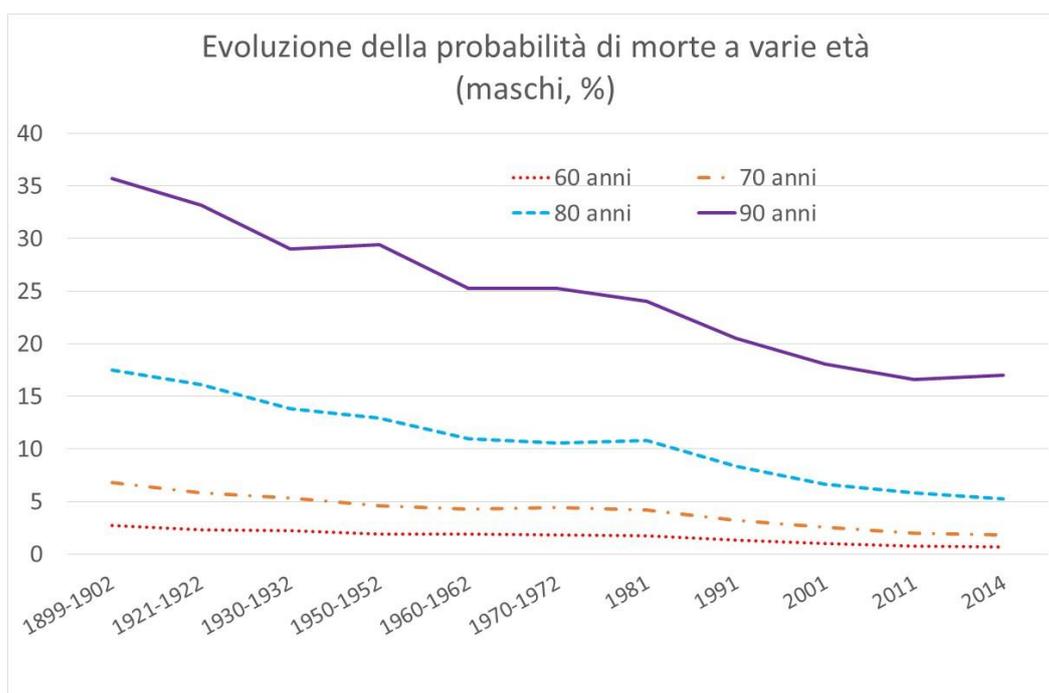


Fig. 1.2

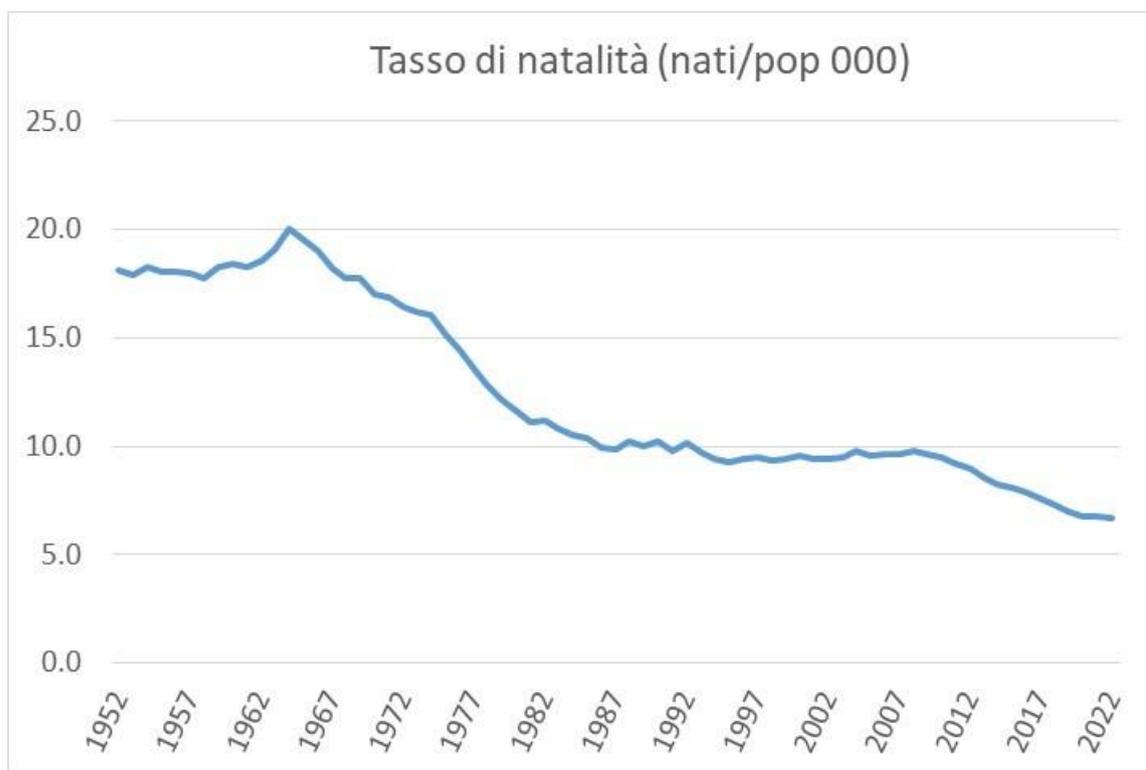


Fig. 1.3

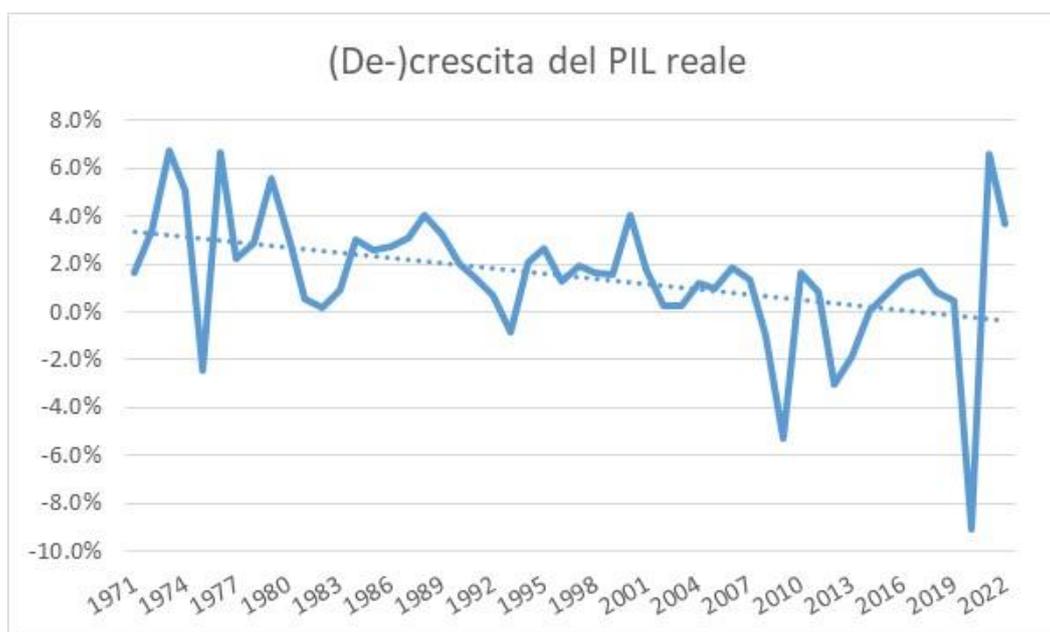


Fig. 1.4



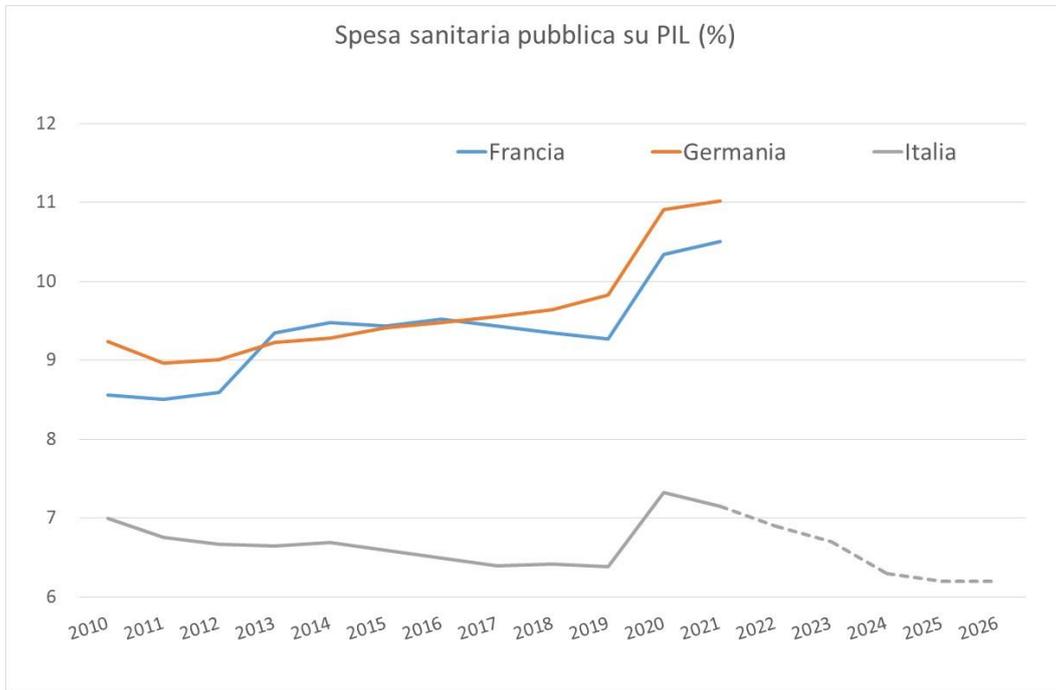
Di fronte a questi trend, a partire dagli anni '90, in molte economie avanzate, sono stati presi alcuni importanti provvedimenti, volti, da un lato, a ridurre il ruolo dei sistemi pensionistici pubblici e, dall'altro, a stimolare il ricorso a prestazioni di lunga durata a carattere socio-sanitario per gli anziani non autosufficienti (*Long Term Care – LTC*).

Come si è fatto per il settore previdenziale, si rende necessaria anche nel settore socio-sanitario e dell'assistenza, un'evoluzione che renda più sostenibile e incisivo l'intervento pubblico per le famiglie meno abbienti e nel contempo - per le altre fasce della popolazione - più diffuso il ricorso a forme assicurative che coprano i rischi della terza e quarta età.

Al riguardo l'anomalia del mercato assicurativo italiano, che soffre di una strutturale (e crescente) sottocopertura nel ramo Danni (1,9% il rapporto premi/pil contro il 4,9% della media OCSE nel 2021) riflette inevitabilmente anche la sottoassicurazione sanitaria delle famiglie italiane.

La questione non si porrebbe se la sanità pubblica erogasse servizi adeguati, per quantità e qualità, alle esigenze della popolazione. Ma è ben noto che questo non è il caso. Nonostante la dura lezione del COVID-19, la spesa pubblica, in rapporto al pil, è bassa nel confronto internazionale e decrescente nelle previsioni di bilancio (Fig. 1.5).

Fig. 1.5



2. La Long Term Care nel confronto internazionale

Di fronte al veloce processo di invecchiamento della società italiana, con l'Italia al secondo posto nel mondo per quota di ultra 65-enni, dopo il Giappone (Fig. 2.1) e lungo un trend di progressiva crescita (Fig. 2.2), ci si chiede qual è l'articolazione attuale dei servizi di LTC nel nostro Paese.

Fig. 2.1

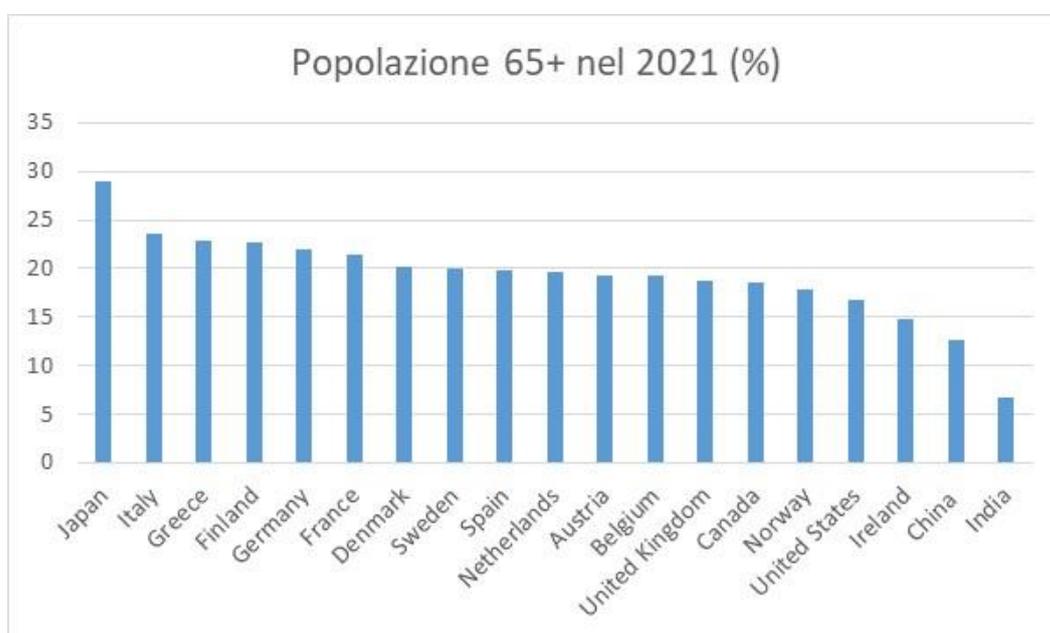
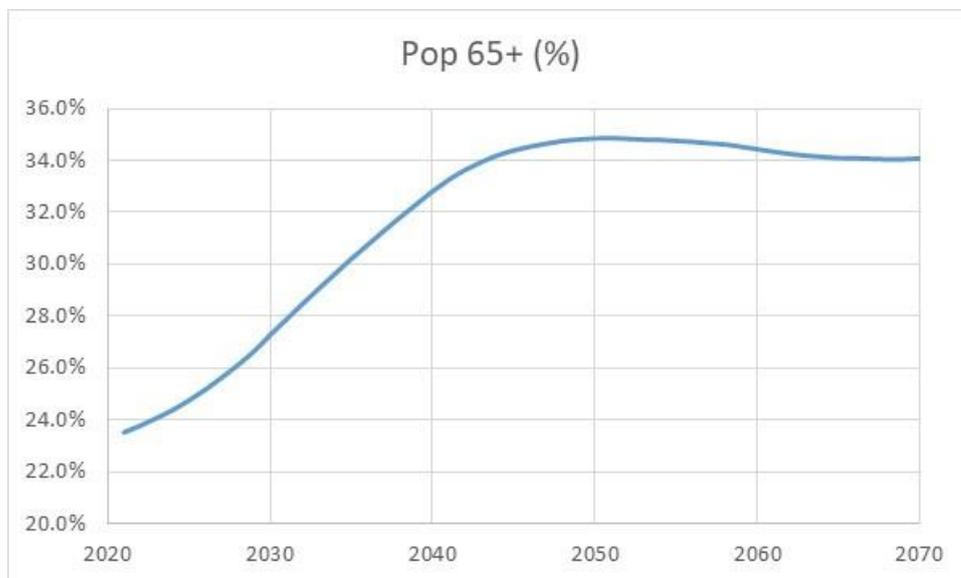
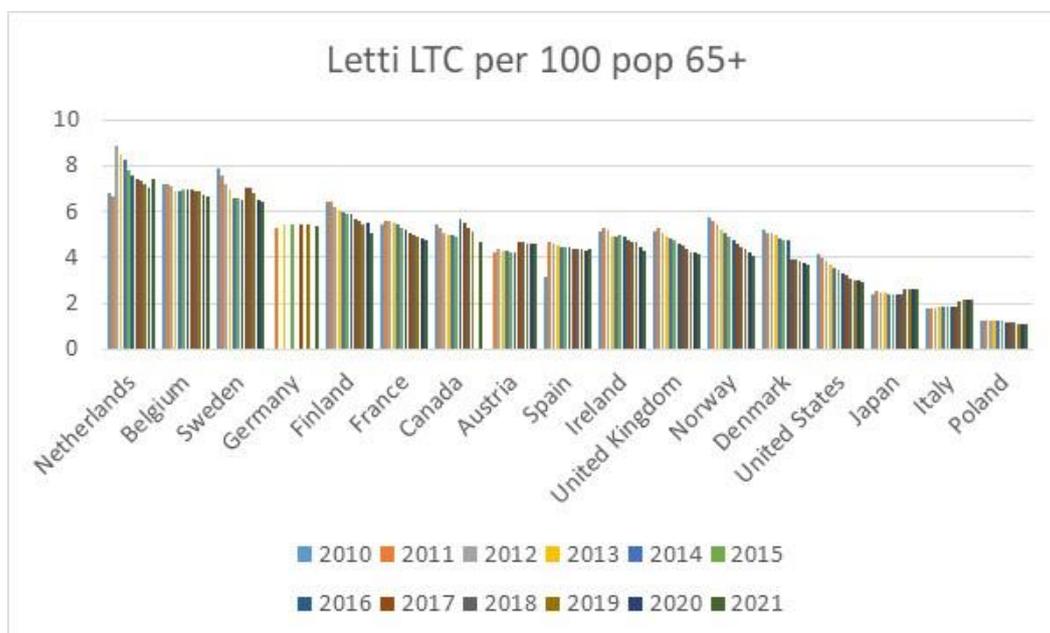


Fig. 2.2



Un primo dato viene dalla disponibilità di letti nelle residenze LTC (tutti i dati qui illustrati sono di fonte OCSE). Per l'Italia siamo nell'ordine dei 2 letti per 100 ultrasessantacinquenni, dato tra i più bassi in assoluto. Lievemente migliore è la situazione del Giappone, contro il record dei 7 letti dell'Olanda (Fig. 2.3)

Fig. 2.3



Parimenti scarsa, di conseguenza, la disponibilità di personale, sia in totale, sia nelle due componenti infermieristica (*nurses*) e assistenziale (*personal carers*) (Figg. 2.4,5,6).

Fig. 2.4

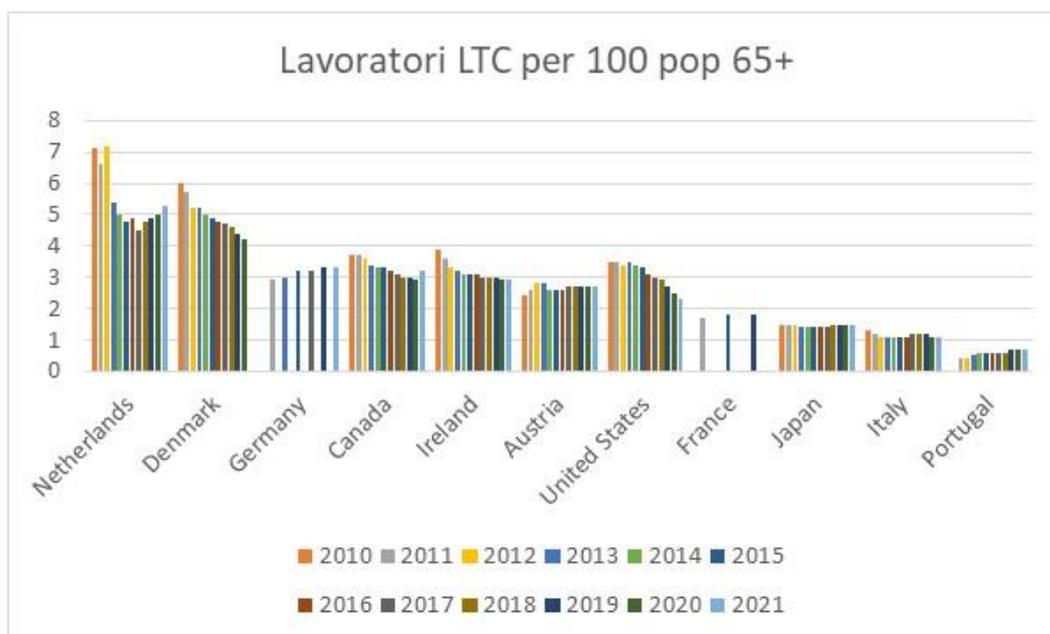


Fig. 2.5

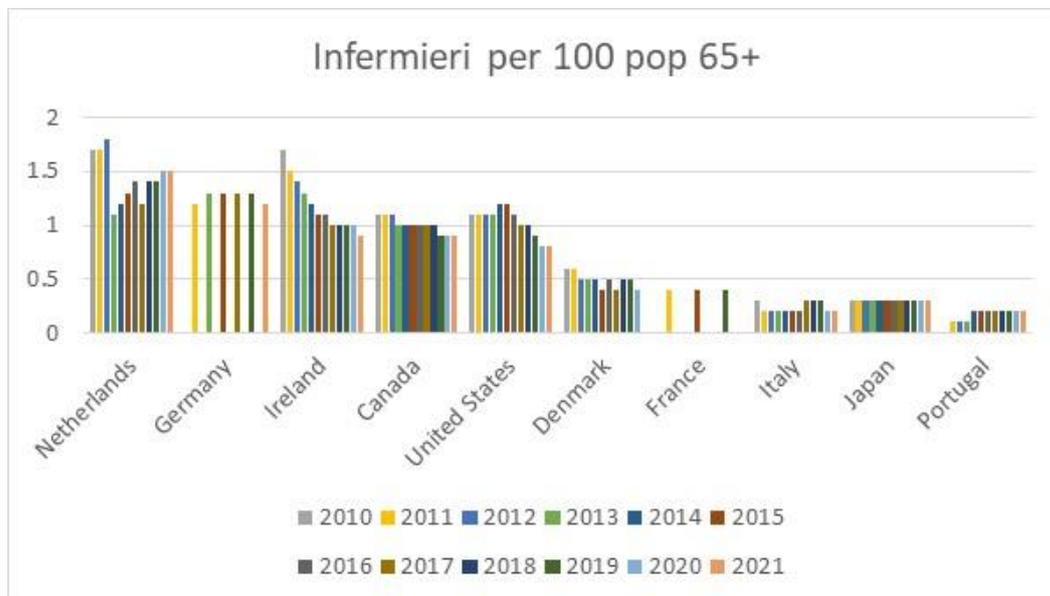
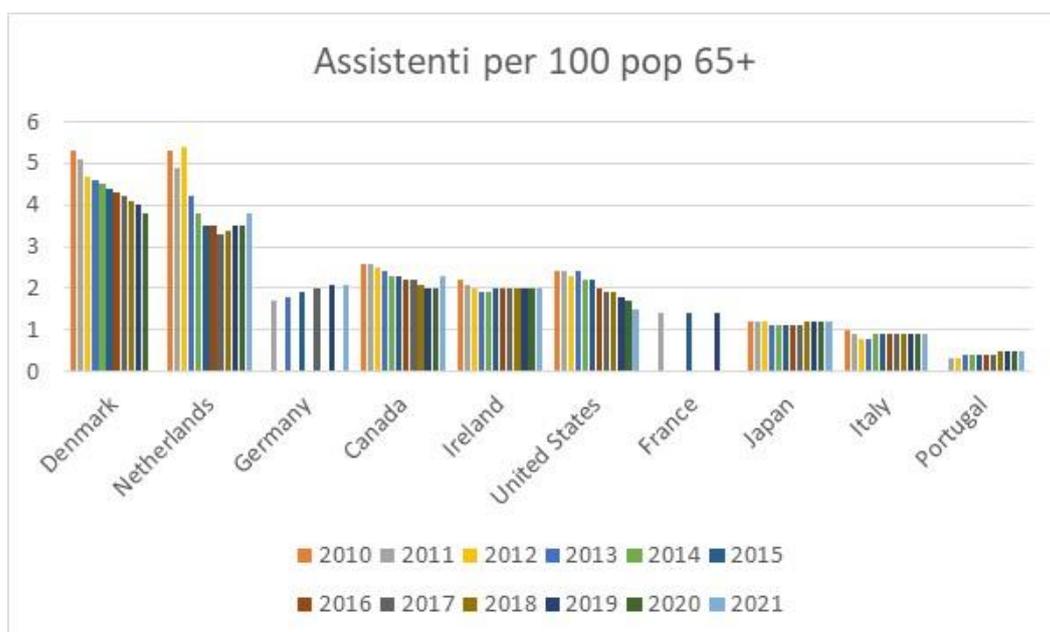
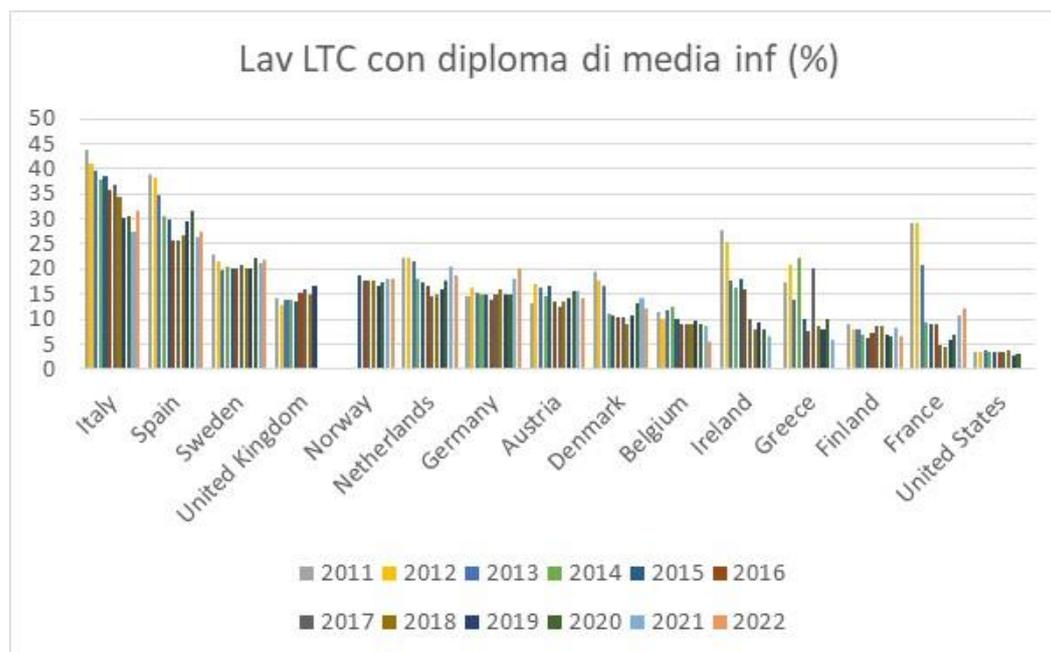


Fig. 2.6



Meno ovvio, il dato sulla qualità del personale occupato che include una quota molto consistente - la più elevata nel panorama internazionale, sia pure in tendenziale riduzione - di lavoratori con solo il diploma di licenza media inferiore (Fig. 2.7).

Fig. 2.7



Negli altri paesi, il personale con licenza media superiore o col diploma di laurea è molto più diffuso, sia nelle strutture LTC sia, a dire il vero, in tutti gli altri settori.

I contratti full time (rispetto ai part time) e i contratti a tempo indeterminato (rispetto a quelli a tempo determinato) risultano invece sui livelli medi internazionali: nel 2022 erano in Italia il 71% e l'81% rispettivamente.

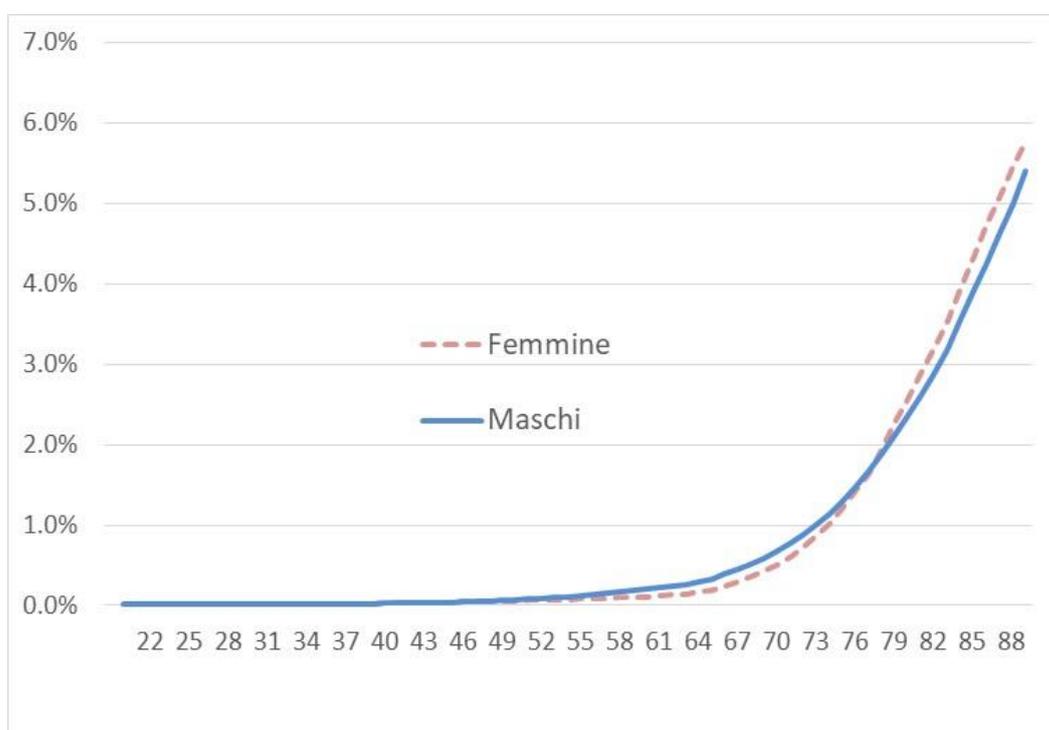
3. Prospettive su un nuovo modello di welfare

Il tema della LTC ha una chiara rilevanza sistemica poiché la non autosufficienza ha tutte le caratteristiche di una "catastrofe naturale individuale" non molto dissimile, nei suoi effetti dirimpenti, dalle catastrofi naturali globali di origine ambientale: simile la

rilevanza, simile l'impatto aggregato sulla collettività, simile l'esposizione e la sottocopertura di cui soffrono le famiglie italiane, simile lo strumentario tecnico e regolamentare che potrebbe essere messo in campo, in modo sistemico, per alleviare il problema.

Si potrebbe anzi sostenere che in termini di hazard (Fig. 3.1) l'esposizione alla non autosufficienza è persino più elevata di quella, già alta in Italia, a terremoti e alluvioni.

Fig. 3.1 Probabilità di non autosufficienza per sesso ed età



Fonte: De Angelis e Di Falco (2016)

Oggi la spesa pubblica per LTC (spesa sanitaria, per indennità di accompagnamento e per altre prestazioni) è di circa 38 miliardi, pari al 2% del PIL ed è prevista in crescita al 2,8% nel 2070. La spesa privata (per le RSA e per l'assistenza domiciliare) è stimata in circa 33 miliardi (1,7% del PIL). C'è quindi, ad oggi, una sostanziale equiripartizione degli oneri complessivi, sebbene la situazione corrente non può certo dirsi soddisfacente sia perché non tutta la domanda di LTC è soddisfatta sia perché la qualità dei servizi non è ottimale.

La spesa privata è quasi interamente *out-of-pocket*, poiché la raccolta delle polizze assicurative LTC è di soli 178 milioni di euro, appena lo 0,2% dei premi Vita, cui andrebbe aggiunta la componente residuale a copertura del rischio di non autosufficienza ottenuta col ramo Danni-malattia.

C'è dunque spazio per una soluzione che possa essere ad un tempo universalistica, economicamente efficiente e più attenta alla qualità dei servizi.

In particolare, mediante un sistema di partenariato tripartito, Stato-Imprese-Terzo Settore (quindi imprese “for profit” e imprese “for good”) (Fig. 3.2), con prestazioni ben definite, economicamente sostenibili e qualitativamente controllate, si potrebbe dare una soluzione strutturale al problema della non autosufficienza.

Fig. 3.2 Settori e obiettivi di un partenariato per la LTC



Tale sistema misto pubblico-privato si baserebbe sull'approccio mutualistico della contribuzione e della copertura, per venire incontro all'esigenza di LTC di tutta la popolazione italiana¹. Lo Stato stabilirebbe le regole e garantirebbe un'adeguata deduzione fiscale dei versamenti; i datori di lavoro e i lavoratori verserebbero la rispettiva contribuzione; le imprese di assicurazione gestirebbero le risorse offrendo rendite monetarie o risarcimenti

¹ Forme simili sono state sperimentate nella r.c. auto per il rischio di non autosufficienza da incidente stradale.

“in forma specifica” da imprese sociali specializzate nella cura delle persone, con adeguati presidi di vigilanza sulla qualità dei servizi².

Da non trascurare il fatto che il Terzo Settore potrebbe offrire non solo assistenza ma anche occasioni di adeguate attività lavorative per le disabilità meno gravi. Si tratterebbe, quindi, di un nuovo welfare, delineato secondo i principi dell’economia civile, focalizzato più sulle vulnerabilità (ex ante) che sulle fragilità (ex post) e attento alle tre dimensioni del benessere collettivo: universalità, efficienza e “qualità relazionale” dei servizi.

² Oggi, tipicamente, le assicurazioni malattia finalizzate per la LTC erogano prestazioni di rimborso delle spese sanitarie o una diaria per il soggiorno in case di cura, entrambe con un eventuale massimale di risarcimento. Viceversa nel caso di un contratto vita, si garantisce, in caso di non autosufficienza, un importo forfetario di solito rivalutabile nel tempo. L’impresa inizia a corrispondere all’assicurato la rendita al verificarsi dello stato di non autosufficienza.