

INDICE

INTRODUZIONE

1. Premessa
2. Presentazione dello studio

PARTE PRIMA: Il problema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti

1. Evoluzione demografica e sociale
2. La non autosufficienza e i relativi bisogni
3. Il dibattito sulle politiche di LTC

PARTE SECONDA: La gestione della LTC in Germania

1. L'impostazione generale della sanità in Germania
2. Un confronto tra l'assicurazione sociale sanitaria ed il Servizio Sanitario Nazionale
3. L'assicurazione sociale contro il rischio di non autosufficienza in Germania
4. I risultati dei primi anni dell'assicurazione obbligatoria tedesca per la non autosufficienza

PARTE TERZA: La gestione della LTC negli USA

1. L'impostazione generale della sanità negli USA
2. La copertura delle prestazioni LTC negli USA
3. La proposta di riforma dell'amministrazione Clinton

PARTE QUARTA: Il mercato dell'assicurazione privata LTC

1. Le forme assicurative LTC
2. Barriere dal lato della domanda e dal lato dell'offerta

CONCLUSIONI: Le possibili risposte al caso italiano

BIBLIOGRAFIA

APPENDICE: La proposta di legge dell'ISVAP

INTRODUZIONE

1. Premessa

Il processo di invecchiamento demografico, diffuso in tutti i paesi industrializzati, è destinato ad avere un forte e crescente impatto in vari settori della nostra società: dal sistema pensionistico, alla domanda di servizi sanitari e, più in particolare, alla domanda di quelle prestazioni di lunga durata di carattere socio-sanitario di cui l'anziano necessita nell'eventualità di perdita - totale o parziale - della propria autonomia.

A quel complesso di interventi, erogati da istituzioni pubbliche o private, necessari per garantire un'adeguata assistenza ad individui prevalentemente anziani in condizioni di non autosufficienza, provocata non necessariamente da un infortunio o una malattia, ma anche solo da senescenza, ci si riferisce, in letteratura anglosassone, con il termine "*Long Term Care*" (LTC).

Le prestazioni di LTC sono strettamente collegate alle prestazioni sanitarie; infatti la non autosufficienza e la malattia sono due tipi di rischi che non è sempre facile scindere nettamente l'uno dall'altro, come nei casi di malattie acute cui conseguono situazioni di lungodegenza.

Gli interventi di LTC erogati in ambito pubblico nei diversi Stati possono rientrare nel complesso delle altre prestazioni sanitarie, e/o nell'ambito del complesso delle prestazioni a carattere assistenziale, ovvero può esistere un apposito istituto, di carattere previdenziale o assistenziale, destinato a fronteggiare tale rischio.

Nei principali paesi OCSE è in atto già da anni un dibattito sulle possibili soluzioni dei problemi degli anziani non autosufficienti.

In questo quaderno si farà riferimento a due paesi - Germania e Stati Uniti - che rappresentano due impostazioni della sanità radicalmente diverse fra loro (pur lasciando entrambe ampia libertà di scelta-responsabilità ai cittadini, scelte-responsabilità, invece, non presenti nel Servizio Sanitario Nazionale, che rappresenta un terzo distinto modello di realizzazione della sanità).

In Germania da circa venti anni si è sviluppato il dibattito sul problema giungendo all'introduzione (1994) di un nuovo e distinto ramo delle assicurazioni sociali per l'assistenza ai non autosufficienti ("*Pflegeversicherung*"), innestato su quello preesistente dell'assicurazione malattia (tale modello è stato preso a riferimento dalla Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale - Commissione Onofri - nella prospettiva di arricchire il sistema assistenziale italiano di un nuovo istituto specificamente rivolto ai non autosufficienti).

Appare, tuttavia, necessario fare una importante premessa di carattere generale; infatti, se si vuole trarre proficua utilità dall'esperienza di altri paesi, è necessario spiegare non solo il modello di realizzazione della sanità e dell'assistenza adottato negli stessi, ma tener conto della realtà socio-economica-culturale propria di ciascun paese.

Quando ci si riferisce alla sanità negli Stati Uniti, si deve tener conto del modello generale di capitalismo americano, che privilegia i valori individuali e la massimizzazione del profitto a breve termine, con un minimo di solidarietà.

Coerente corollario a detto modello generale è il fatto che la sanità è realizzata prevalentemente tramite assicurazioni private; è pur vero che esiste un programma governativo per le persone oltre i sessantacinque anni, ma perfino tale intervento lascia scoperta una significativa parte della popolazione (circa quaranta milioni di persone). Tale realtà è molto lontana dalla situazione dei paesi dell'Unione Europea.

Per converso, allorché ci si riferisce alla Germania, si deve valutare il contesto culturale del cosiddetto "capitalismo renano", cioè un modello che, pur in una economia di mercato, tiene conto degli aspetti sociali e che, per la sanità, è realizzato con un effettivo decentramento delle responsabilità e della gestione con piena partecipazione della popolazione.

Ciò spiega perché, nel recente passato, l'ex DDR sia stato l'unico paese dei paesi ex-socialisti dell'Europa orientale a rifiutare il modello del Servizio Sanitario Nazionale, preferendo la realizzazione della sanità attraverso le numerosissime Casse mutue di malattia autogestite.

Oggi, come si illustrerà più avanti nello studio, in Germania esiste una realizzazione "pubblica" della sanità, ma in modo completamente diverso dalla realizzazione pubblica inglese del Servizio

Sanitario Nazionale (di seguito SSN) o di quella pubblica italiana, ed, ovviamente, dalla "sanità privata" degli USA.

Infatti, da una parte, la realizzazione del tipo SSN è completamente "pubblica", al livello gestionale, dei costi e delle responsabilità; dall'altra, la realizzazione tramite il modello delle Casse mutue tedesche è "pubblica" nel senso che il cittadino ha l'obbligo di iscriversi presso l'una o l'altra Cassa (od optare per la polizza assicurativa), mentre le Casse mutue sono "private" per quanto riguarda la gestione, la responsabilità, i costi.

In definitiva, i termini tanto comuni in materia di sanità, "pubblico-privato", "mutualità-solidarietà", vanno interpretati nelle realizzazioni effettive dei vari paesi.

Avendo chiara questa fondamentale premessa, un confronto delle realizzazioni dei diversi paesi - e, in particolare, dei costi e dell'efficienza - può permettere di trarre utili indicazioni.

2. Presentazione dello studio

Nella prima parte del quaderno si descrivono le evoluzioni demografiche (l'invecchiamento della popolazione) e sociali (il superamento dei nuclei familiari estesi, l'aumento del tasso di attività lavorativa femminile), elementi tutti che fanno ritenere che in futuro aumenterà la domanda di assistenza per i non autosufficienti e che diminuirà la disponibilità delle famiglie ad offrire tale assistenza al loro interno.

Ci si sofferma, poi, sul concetto di "non autosufficienza", un concetto di difficile misurazione: accanto alla generica definizione occorre individuare precisi criteri, come quello delle "*Activities of Daily Living*" (ADL), che permettono di qualificare i diversi livelli di non autosufficienza. Si descrivono, poi, i bisogni che derivano da tale stato e si distingue tra l'assistenza domiciliare e quella residenziale.

La copertura di tali bisogni è estremamente onerosa: basti pensare che il costo medio mensile per l'assistenza residenziale è stato stimato superiore a 3.000 dollari negli Stati Uniti e pari a 4.000 marchi in Germania (in Italia si aggira sui 4-6 milioni di lire, esclusi eventuali trattamenti di infermieristica specializzata). L'onere finanziario mensile derivante dall'assistenza a domicilio di una persona non autosufficiente è stato valutato dalla Provincia di Bolzano pari a 3.250.000 lire.

Infine, si riassumono alcuni aspetti comuni ai recenti dibattiti svoltisi nei vari paesi OCSE sulle politiche di assistenza ai non autosufficienti e sulle proposte di riforma. Si individuano, in particolare, gli obiettivi di una riforma LTC, a volte in competizione tra loro (trattare il bisogno di cure di lunga durata come un normale rischio della vita di ognuno; fornire protezione da costi catastrofici e dall'impoverimento; creare una distribuzione dei servizi più equilibrata, espandendo i servizi di assistenza domiciliare; sostenibilità del sistema), e si descrivono gli elementi essenziali di discussione, riguardanti l'organizzazione (proporzione tra assistenza domiciliare a pagamento, assistenza residenziale e assistenza informale gratuita; relazione tra il sistema delle malattie acute e quello della LTC), nonché il finanziamento della LTC (proporzione tra il finanziamento derivante dal settore pubblico e quello derivante dal settore privato; programmi pubblici basati sulla prova dei mezzi o a carattere universalistico; programmi progettati ed amministrati dai governi centrali o da enti locali; controllo delle spese).

Nella seconda parte del quaderno si descrive il caso della Germania ove, dopo un lungo dibattito sulle possibili soluzioni pubbliche/private, nel 1994 è stata introdotta l'assicurazione sociale LTC come quinto ramo delle assicurazioni sociali tedesche, strettamente collegato all'assicurazione malattia.

Si è descritta, dapprima, l'impostazione della sanità tedesca, imperniata, come detto sopra, sul funzionamento delle Casse mutue di malattia autogestite, e si è confrontata tale impostazione (assicurazione sociale sanitaria) con quella del SSN.

Segue l'analisi del nuovo istituto dell'assicurazione sociale ai non autosufficienti, attuata attraverso l'istituzione di Casse di assistenza nell'ambito delle Casse malattia. Le prestazioni garantite riguardano l'assistenza domiciliare e residenziale di tutti i non autosufficienti (non solo

anziani), e tutelano l'attività di assistenza volontaria svolta dai familiari. Sono anche descritte le polizze assicurative private obbligatorie, che forniscono coperture equivalenti a quelle delle Casse di assistenza, per quei cittadini che provvedono alla propria assicurazione malattia tramite un'assicurazione privata.

Il nuovo istituto previdenziale mette in condizione un pensionato con reddito tipo (circa 2.000 DM al mese) di far fronte a spese di assistenza e degenza fino a 5.000 DM al mese.

La terza parte del quaderno è dedicata alla descrizione della realtà degli Stati Uniti, in cui la sanità è attuata principalmente attraverso il sistema delle assicurazioni private.

Si descrive la modalità di copertura delle esigenze sanitarie della popolazione statunitense, e, in particolare, i programmi governativi *Medicare* (un programma della sicurezza sociale per l'assistenza sanitaria degli ultrasessantacinquenni e dei disabili) e *Medicaid* (un programma dell'assistenza sociale relativo alle prestazioni sanitarie per i poveri).

Si esaminano, in specie, le prestazioni di LTC garantite nell'ambito di *Medicare* (che, tuttavia, riguarda principalmente l'assistenza sanitaria per malattie acute) e, in misura maggiore, di *Medicaid*, nonché i principali problemi posti dall'attuale sistema.

Si sintetizza, infine, la proposta di riforma del 1994 dell'amministrazione Clinton, mirante ad introdurre il criterio della partecipazione universale al programma pubblico, e ad espandere il settore assicurativo, garantendo *standard* minimi agli assicurati ed incentivi alle imprese.

La quarta parte del quaderno è dedicata alla descrizione del mercato privato dell'assicurazione LTC ("*Long Term Care Insurance*"- *LTCI*).

Si descrivono, dapprima, le principali forme assicurative LTC, per poi passare all'analisi dei motivi che hanno determinato, finora, una scarsa diffusione di questo tipo di polizze: si considerano le barriere dal lato della domanda (onerosità dei premi, mancanza di consapevolezza del rischio, cattiva informazione sulla reale copertura offerta dal settore pubblico) e dell'offerta ("*moral hazard*", selezione avversa del rischio e prevedibilità dei costi complessivi, aspetto quest'ultimo fondamentale in quanto presupposto per il calcolo dei premi su base attuariale).

Si riportano, infine, i risultati di alcune simulazioni inglesi ed americane sulla domanda potenziale di polizze LTC, effettuate ipotizzando diversi possibili scenari di mercato (introduzione di agevolazioni fiscali, polizze collettive con partecipazione del datore di lavoro al pagamento dei contributi, ecc.), nonché quelli di una stima approssimativa effettuata dall'ISVAP per il mercato italiano.

Nelle conclusioni sono indicati i primi tentativi di fornire una risposta al problema dell'assistenza ai non autosufficienti nel caso italiano.

Una stima approssimativa della attuale domanda di servizi per i non autosufficienti in Italia (29.000 miliardi) renderebbe indispensabile il ricorso a risorse aggiuntive da parte dei privati cittadini, oltre a quelle a tal fine destinate dallo Stato nell'ambito dell'assistenza e della sanità.

Nell'ambito dei Paesi a più elevato livello di reddito, anche in Italia si stanno ridefinendo la natura e le modalità di applicazione del *Welfare*, dentro il quale rientrano anche i nuovi bisogni di LTC.

In questo contesto si ritiene opportuno che, nell'immediato, in Italia si incentivino il ricorso a forme assicurative LTC, individuali o collettive, mediante agevolazioni fiscali, collegate anche all'attività di previdenza integrativa svolta dai fondi pensione, con l'intento di avviare una responsabilizzazione dei singoli cittadini nelle scelte fondamentali riguardanti il proprio ciclo di vita.

PARTE PRIMA

Il problema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti

1. Evoluzione demografica e sociale

Il fenomeno dell'invecchiamento demografico e dell'aumento del numero degli anziani è comune a tutte le moderne società a demografia avanzata, tra cui anche l'Italia. Rilevanti sono e saranno le conseguenze sociali ed economiche di tale fenomeno in vari settori della nostra società.

Negli ultimi anni l'analisi del fenomeno si è incentrata principalmente sulla necessità di un riordino del sistema pensionistico.

Più recentemente si è cominciato a studiare l'effetto che l'invecchiamento della popolazione produrrà sulla domanda di servizi medici e, più in particolare, di quelle prestazioni di tipo sanitario-assistenziale di cui l'anziano necessita nell'eventualità di perdita della propria autonomia.

A quel complesso di interventi, erogati da istituzioni pubbliche o private, necessari per garantire un'adeguata assistenza ad individui (prevalentemente anziani) in condizioni di non autosufficienza, provocata non necessariamente da un infortunio o una specifica malattia, ma anche solo da senescenza, ci si riferisce, in letteratura anglosassone, con il termine *"Long Term Care" - LTC* (si tratta, pertanto, di un ampio insieme di interventi, tra cui rientrano anche le coperture offerte dalle imprese di assicurazioni per far fronte al rischio di non autosufficienza, ossia la c.d. *"Long Term Care Insurance" - LTCI*).

Naturalmente il rischio di non autosufficienza colpisce maggiormente gli anziani, ma non solo loro. Tuttavia il recente dibattito internazionale si rivolge principalmente allo studio ed alla soluzione dei problemi derivanti dalla crescente domanda di assistenza da parte degli anziani non autosufficienti.

Nel caso dell'Italia, in base alle previsioni predisposte dall'ISTAT (scenario intermedio) sulla futura evoluzione della popolazione, la quota di coloro che superano i 65 anni di età, cui tradizionalmente ci si riferisce col termine di "anziani", passerà dall'attuale 16,8% al 20,4% del 2010, al 27% del 2030. In termini assoluti si passerà dai 9,6 milioni del 1996 ai 14,5 milioni del 2030.

Volendo distinguere, nell'ambito degli anziani, i cosiddetti "grandi vecchi", ossia coloro che hanno superato i 75 (o gli 80) anni di età, e che presentano caratteristiche, necessità e comportamenti nettamente difformi, la loro quota sul totale della popolazione passerà dall'attuale 6,7% al 10% del 2010, al 13,4% del 2030; in termini assoluti si passerà dagli attuali 3,8 milioni ai 7,2 milioni del 2030.

Rapportando gli ultrasessantacinquenni ai giovani con meno di 15 anni di età, le previsioni per il 2030 indicano un rapporto di 2,3 anziani per ogni giovane, contro tre giovani per ogni anziano agli inizi degli anni '50 ed un giovane per ogni anziano nel 1991.

Anche in rapporto alla popolazione in età lavorativa il peso degli anziani è destinato a crescere notevolmente, raddoppiando nei trent'anni dal 25% al 44%.

La grande maggioranza della popolazione anziana è rappresentata da donne, in virtù della più alta mortalità che colpisce gli uomini nell'arco della vita. Esse rappresentano il 60% degli ultrasessantacinquenni ed oltre il 70% degli ultrasettantacinquenni.

L'invecchiamento demografico è fortemente differenziato sul territorio nazionale, con le regioni del nord caratterizzate da strutture nettamente più anziane di quelle del sud.

Per trarre delle previsioni circa il numero dei futuri anziani non autosufficienti si consideri, innanzitutto, come incide oggi la "disabilità" sulle diverse classi di età: in base a stime ISTAT vi erano nel 1994 in Italia 2.677.000 disabili, pari al 4,7% della popolazione; di questi 1.875.000 erano ultrasessantacinquenni, pari al 70% del totale disabili e al 21% della popolazione ultrasessantacinquenne, e 1.219.000 erano ultrasettantacinquenni, pari al 45% del totale disabili ed al 38% della popolazione ultrasettantacinquenne.

Se si ipotizza che la quota degli anziani non autosufficienti sul totale degli anziani resti sostanzialmente costante, assumendo le stime che prevedono tra oggi e il 2030 un aumento del numero degli ultrasessantacinquenni di 4,9 milioni, e che oggi il 21% di chi ha più di sessantacinque anni è disabile, si ottiene una stima dell'aumento del numero degli anziani non

autosufficienti pari a 1.029.000.

Analisi più raffinate considerano che il processo di invecchiamento dell'individuo è variabile nel tempo, nel senso che le generazioni attuali non invecchiano negli stessi modi e con gli stessi ritmi di quelle precedenti e, molto probabilmente, le generazioni future sperimenteranno ritmi e modalità ancora diverse di invecchiamento. Al concetto statico di età anziana, definita in base al numero degli anni già vissuti, si sostituisce un concetto dinamico di invecchiamento, prendendo in considerazione il numero medio di anni che sono ancora davanti all'individuo. Se, quindi, si definisce come "età di vecchiaia" quell'età in base alla quale l'individuo ha una vita media attesa, ad esempio, di 10 anni, allora l'età di vecchiaia che nel 1900 era di circa 65 anni, oggi è di circa 74 anni e nel 2020 prevedibilmente sarà di circa 78 anni.

Tale definizione dinamica di "soglia di vecchiaia", peraltro, attenua in parte l'allarme derivante dal crescente invecchiamento demografico.

Tuttavia, ai fini della nostra analisi, ciò che preme sapere, una volta posta l'attenzione sulla durata della vita residua attesa, è quanta parte di essa sia priva di disabilità.

In base ad un'indagine condotta da Egidi (1997), risulta che 12,2 anni dei 14,9 che rappresentavano all'inizio degli anni '90 la speranza di vita residua a 65 anni per un uomo, e 14,2 dei 18,8 che alla stessa età spettavano ancora ad una donna, sono vissuti senza alcuna disabilità. A 75 anni la situazione peggiora: degli 8,8 anni che restavano mediamente ancora da vivere ad un uomo, 2 anni e mezzo erano vissuti da disabili (4,1 degli 11,1 anni delle donne della stessa età).

Dall'analisi svolta risulta che le situazioni che impediscono agli anziani di essere pienamente autonomi sono concentrate oltre i 75 anni di età, come l'anno in media che un uomo anziano rischia di vivere confinato al letto, in una sedia o in una abitazione, o i due anni che rappresentano l'analogo rischio per la donna.

Analogamente, considerando la piena autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, fare il bagno o la doccia, mangiare), gli 1,8 anni in media che un uomo di 65 anni rischia di vivere in condizioni di non completa autonomia sono tutti oltre i 75 anni.

Ai fini di una corretta valutazione dei futuri costi per l'assistenza ai non autosufficienti occorrerebbe, quindi, fare delle previsioni in base a questa impostazione per stabilire, per il futuro, quanti anni mediamente gli individui rischiano di vivere in condizioni di non autosufficienza.

L'invecchiamento demografico non è l'unico fattore che influirà sulla domanda di servizi di assistenza da parte dei non autosufficienti.

Bisognerà anche considerare, infatti, l'evoluzione di una serie di altri fattori demografici e sociali, che incidono sulla composizione dei nuclei familiari e fanno diminuire la disponibilità delle famiglie ad offrire al proprio interno quell'assistenza di cui l'anziano non autosufficiente necessita. Si tratta dei fenomeni del superamento dei nuclei familiari estesi, dell'aumento del tasso di attività lavorativa femminile, della crescente mobilità territoriale dei giovani in cerca di lavoro, del calo della natalità che fa aumentare il numero degli anziani senza figli.

Se si tiene conto che la quantità di assistenza offerta a titolo gratuito dalle famiglie, ossia la cosiddetta "assistenza informale", rappresenta ancora oggi la maggior parte dell'assistenza complessiva, nettamente superiore alla "assistenza formale", soddisfatta da strutture pubbliche e private, si comprende meglio la rilevanza che il problema dell'autosufficienza degli anziani assumerà nel prossimo futuro.

E', peraltro, da tener presente che la "assistenza informale" rappresenta pur sempre per le famiglie un onere indiretto, come, ad esempio, il costo-opportunità sostenuto, tipicamente, dalla donna che rinuncia alla propria attività lavorativa per assistere un anziano parente. Pertanto, nel valutare i futuri costi dell'assistenza occorrerà considerare che, in parte, più che di un reale aumento di costi, si tratta di una trasformazione di costi "nascosti", comunque già gravanti sulla collettività, in costi espliciti, che solo in quanto tali determinano preoccupazioni sulla modalità del loro finanziamento. E' interessante anticipare come, con la legge tedesca del 1994, sia stato dato già esplicito riconoscimento al costo sostenuto da chi, per assistere un parente, si astiene dal lavoro,

garantendo al familiare che presta assistenza, oltreché un assegno in denaro, anche il versamento dei contributi previdenziali.

2. La non autosufficienza e i relativi bisogni

Per studiare e misurare il fenomeno in questione, occorre innanzitutto dare una precisa definizione di cosa debba intendersi per "non autosufficienza", al fine di potere quantificare i bisogni di assistenza che derivano da tale stato.

Tale chiarezza nella definizione è tanto più necessaria quando dalla nozione di non autosufficienza dipende il diritto ad ottenere prestazioni, in base a norme di legge o condizioni contrattuali.

Uno dei più diffusi sistemi di misurazione della disabilità è quello basato sulle "*Activities of Daily Living*" (ADL), ossia sulla mancanza di autonomia nello svolgere determinate attività elementari usuali nella vita quotidiana, quali camminare, mangiare, lavarsi, vestirsi, ecc.. Tale criterio può essere applicato con modalità diverse, a seconda del numero e del tipo di attività prese in considerazione, del numero dei livelli di difficoltà per ognuna di esse, dei meccanismi utilizzati per attribuire un punteggio complessivo alla non autosufficienza (in quante attività si necessita di aiuto, quanti livelli di non autosufficienza). Ad esempio, nel caso dell'indagine ISTAT la disabilità è stata rilevata mediante un *set* di 19 quesiti - proposto da un gruppo di lavoro dell'OCSE su raccomandazione dell'OMS - che rilevano le capacità funzionali di una persona nell'attività della vita quotidiana, relativamente a: costrizione a letto, su una sedia, all'interno dell'abitazione, autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare, nel masticare, nel sentire, nel vedere, nel parlare, nell'incontinenza. Un indice di misurazione basato sulle ADL è quello del Barthel, utilizzato dagli attuari della Gran Bretagna (seppure non vi sia un unico *standard* riconosciuto), che considera 10 attività della vita quotidiana, ed assegna a ciascuna di esse diversi livelli di abilità, ai fini del calcolo del punteggio complessivo.

Emerge, in conclusione, con chiarezza, come, sempre basandosi sui criteri ADL, possano darsi definizioni diverse di non autosufficienza. Si dovrebbe, quindi, riflettere sull'opportunità di adottare, nel settore assicurativo privato italiano, un comune indicatore di non autosufficienza, per non mettere l'acquirente della polizza LTC nelle condizioni di dovere confrontare diverse nozioni di non autosufficienza sottostanti le varie offerte.

Più in generale, considerando uno scenario in cui convivono coperture assicurative private a fianco di coperture pubbliche, è innanzitutto necessario che sia stabilito con chiarezza per quale non autosufficiente intervenga la copertura pubblica, in modo che quella privata possa efficacemente integrare quella pubblica, evitando di lasciare pericolosi (ed inattesi) "spazi vuoti" a carico del cittadino.

In una ipotesi di ideale coordinamento tra intervento pubblico ed intervento privato, potrebbe immaginarsi che sia la prestazione pubblica sia quella assicurativa privata siano collegate alla medesima nozione di non autosufficienza.

Ai diversi livelli di non autosufficienza corrispondono diversi bisogni di assistenza. Ad esempio, nella legge tedesca si distinguono tre livelli di non autosufficienza: un primo livello (non autosufficienza rilevante), cui corrisponde la necessità di aiuto almeno una volta al giorno per svolgere almeno due delle attività quotidiane; un secondo livello (non autosufficienza grave), se vi è bisogno di aiuto per almeno tre volte al giorno in almeno due operazioni quotidiane; ed il terzo livello (non autosufficienza gravissima), quando si necessita di aiuto 24 ore su 24.

In relazione al luogo ove l'assistenza viene prestata, si distingue l'assistenza prestata al domicilio dell'assistito, da quella prestata nel soggiorno in case di riposo per anziani o case-albergo, dal ricovero vero e proprio in case di cura, le quali possono, nei casi gravissimi, offrire anche servizi di assistenza infermieristica specializzata. Si parla, pertanto, di forme di "assistenza domiciliare" e di "assistenza residenziale". Ancora una volta, la legge tedesca definisce cosa debba intendersi per

"assistenza domiciliare" e "assistenza residenziale": l'assistenza domiciliare non si limita al caso dell'assistenza prestata al domicilio del non autosufficiente, ma anche ai casi in cui la persona viene accolta in case di riposo o case-albergo, intendendosi esclusi i centri di degenza (per i quali si parla di assistenza residenziale).

Naturalmente esiste una stretta relazione tra il livello di non autosufficienza ed il luogo ove i bisogni di assistenza vengono soddisfatti: solitamente, al crescere della gravità della non autosufficienza, si passa da forme di assistenza domiciliare a forme di assistenza residenziale. Tuttavia è possibile che un non autosufficiente grave preferisca rimanere nella propria abitazione, così come che qualcuno preferisca il ricovero in case di cura, anche se non strettamente necessario (in quest'ultima ipotesi la legge tedesca prevede che possa beneficiare solo di prestazioni fino al valore massimo previsto per l'assistenza domiciliare).

La quantificazione dei bisogni di assistenza corrispondenti ai diversi livelli di non autosufficienza permette di misurare i costi della assistenza ai non autosufficienti.

Per avere un'idea dei costi dell'assistenza ai non autosufficienti basti pensare che il costo medio mensile del ricovero in una *"nursing home"* (casa di cura) negli Stati Uniti è stato valutato superiore a 3.000 \$ e in Germania pari a 4.000 DM. In Italia si può stimare che il costo mensile del ricovero in una casa di cura si aggiri sui 4-6 milioni di lire. Tale costo, nei casi più gravi che necessitano anche di assistenza di tipo infermieristico-specializzata, potrà arrivare ai 10 milioni. L'onere finanziario mensile, invece, derivante dall'assistenza a domicilio di una persona non autosufficiente è stato stimato dalla Provincia di Bolzano pari a circa 3.250.000 lire.

Si tratta, in definitiva, di prestazioni estremamente costose, in particolare se rapportate alla capacità di spesa degli anziani.

3. Il dibattito sulle politiche di LTC

I mutamenti demografici e sociali hanno portato all'attenzione dei paesi OCSE il problema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti e del suo sviluppo negli anni a venire, dando luogo a dibattiti sulle politiche da adottare e sulle possibilità di riforma.

Vi è opinione concorde tra tutti i paesi OCSE sulla necessità di adottare politiche per l'assistenza degli anziani non autosufficienti, e che obiettivo generale di tali politiche debba essere quello di consentire agli anziani in genere, ed in particolare all'anziano non autosufficiente, di continuare a vivere nella propria casa oppure, ove ciò non fosse possibile, in un ambiente protetto e di supporto il più possibile vicino al proprio, sia in senso sociale che geografico, e che non abbia carattere istituzionale (c.d. *"ageing in place"*).

Al di là di questo obiettivo di carattere generale, una politica di LTC dovrebbe mirare ad una serie di obiettivi, che si possono trovare a volte in contrasto tra loro, e di cui si indicano qui di seguito i principali.

Un primo obiettivo di una politica di LTC è quello di ricondurre il rischio del bisogno di cure di lunga durata ad un normale rischio della vita di ognuno e del divenire anziani. I costi per le cure di lunga durata non devono sopraggiungere come una inattesa e sgradevole sorpresa, che metta in difficoltà finanziarie gli individui e le loro famiglie.

Un secondo obiettivo consiste nel proteggere l'individuo da costi catastrofici. A causa dell'alto costo delle cure di lunga durata e della scarsa copertura di cui, per lo più, l'individuo dispone da parte dello Stato o di polizze assicurative private, chi necessita di tali cure incorre in esborsi monetari (c.d. *"out-of-pocket"*) altissimi. Si tratta di evitare che le persone impieghino tutti i propri redditi e il capitale eventualmente accumulato per pagare l'assistenza in residenze per anziani o quella domiciliare prolungata.

Strettamente collegato al secondo è il terzo obiettivo, che mira ad evitare che persone che sono state economicamente indipendenti per tutta la loro vita debbano ricorrere all'assistenza sociale in età anziana: ciò si verifica, tipicamente, quando individui di età anziana e di classi medie di reddito esauriscono tutti i loro averi per pagare le cure e sono a questo punto costretti a chiedere aiuti

economici allo Stato. Si verifica frequentemente che il ricoverato in una casa di cura possa mantenersi da solo per i primi anni, decorsi i quali necessita dell'intervento dello Stato.

Un quarto obiettivo di politica LTC ampiamente condiviso dai vari paesi è quello di riequilibrare la distribuzione dei servizi per i non autosufficienti a favore di quelli di assistenza domiciliare in genere, ossia di cure mediche domiciliari, di cure personali, di aiuto domestico, di consegna di pasti. La maggior parte delle spese pubbliche è oggi destinata alle cure residenziali piuttosto che a quelle domiciliari, alla cui scarsità sopperiscono, a titolo gratuito, parenti e amici.

Infine, ogni proposta di riforma deve riguardare provvedimenti sostenibili sotto il profilo delle spese pubbliche e private. Proposte ambiziose ed onnicomprensive si scontrano con l'esigenza, sentita oggi dalla maggior parte dei paesi, di non elevare la pressione fiscale. La sostenibilità di un programma di riforma andrebbe valutata non solo con riferimento al livello delle spese del bilancio statale, bensì anche ai costi complessivamente sostenuti dalla collettività (espliciti ed impliciti).

Naturalmente il dibattito in ogni paese ha risentito della diversa cultura e organizzazione previdenziale, sanitaria e assistenziale; tuttavia possono essere individuati alcuni principali argomenti che sono stati oggetto di discussione in tutti i paesi OCSE. I primi due riguardano gli aspetti organizzativi.

Innanzitutto, considerando che la non autosufficienza e la malattia sono due tipi di rischi che non è sempre facile scindere nettamente l'uno dall'altro, bisognerebbe definire chiaramente il rapporto ed i confini tra le prestazioni di LTC e le prestazioni sanitarie (in particolare quelle per malattie acute, cui conseguono situazioni di lungodegenza). Al fine di evitare eventuali controversie a discapito dell'assistito in Germania, oltre ad aver dato una chiara definizione di non autosufficienza e di quali siano le prestazioni relative, si è deciso di accorpare la gestione della assicurazione contro il rischio di non autosufficienza con quella dell'assicurazione malattia. In USA alcuni studiosi, tra cui il Wiener, sostengono che le proposte di riforma della LTC devono costituire parte integrante della riforma della sanità.

Un secondo fondamentale argomento del dibattito riguarda la proporzione tra assistenza domiciliare e assistenza residenziale. Il potenziamento dell'assistenza domiciliare viene auspicato soprattutto per le seguenti considerazioni: preferenza dei non autosufficienti a restare nelle proprie case finché possibile; revisione delle previsioni di spesa, attualmente sbilanciate a favore dell'assistenza residenziale; diffuso convincimento che le dispendiose prestazioni dell'assistenza residenziale potrebbero essere sostituite da quelle relativamente più economiche dell'assistenza domiciliare, con una riduzione della spesa pubblica complessiva.

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare, è stata prestata una crescente attenzione alla gamma dei servizi offerti e al coinvolgimento del non autosufficiente nella decisione sul tipo di servizi e sul loro erogatore.

Altri argomenti centrali del dibattito sulle politiche di LTC hanno riguardato il finanziamento delle prestazioni. Il quesito principale che ci si pone, a tal proposito, è quale rapporto debba esservi tra il finanziamento derivante dal settore pubblico e quello derivante dal settore privato. Naturalmente, il quesito va inquadrato in contesti completamente distinti quali sono quelli dei vari paesi OCSE, ove lo Stato svolge ruoli diversi. In alcuni casi (Svezia, Danimarca, Finlandia, Norvegia, Canada) lo Stato finanzia direttamente gran parte dei costi delle cure di lunga durata, tutelando tutti i cittadini non autosufficienti, a prescindere dal livello di reddito, tramite una assicurazione pubblica obbligatoria e universale, lasciando poco spazio al settore privato. In altri paesi (Stati Uniti e Gran Bretagna) l'intervento dello Stato nei programmi di LTC si limita a programmi di assistenza basati sulla "prova dei mezzi" ("means test") e coloro che non soddisfano i requisiti per acquisire il diritto alle prestazioni devono provvedere con le proprie risorse al finanziamento dei servizi di LTC. La responsabilità di provvedere alle cure per il caso di non autosufficienza viene lasciata agli individui, e lo Stato agisce solo come pagatore di ultima istanza per chi non è in grado di far fronte da solo alle spese. E' in questi paesi che negli ultimi anni si è rivolto un certo interesse alle iniziative organizzate dal settore privato per il finanziamento della LTC, ed in particolare all'assicurazione privata LTC e, nel caso degli Stati Uniti, a forme di

"partnership" tra il settore assicurativo e i programmi governativi. La Germania, ove pure vigeva un sistema di prestazioni assistenziali per la non autosufficienza precedentemente all'introduzione dell'assicurazione obbligatoria del 1994, costituisce un modello pubblico-privato a se stante.

Altro quesito è se, nell'ambito dei programmi pubblici, l'accesso alle prestazioni debba basarsi sulla prova dei mezzi o avere carattere universalistico. L'accesso alle prestazioni basato sulla prova dei mezzi concentra la spesa pubblica sui bisogni più gravi della popolazione con più bassi livelli di reddito. In realtà, nel caso dell'assistenza ai non autosufficienti, l'intervento pubblico si allarga, di fatto, anche alle classi di reddito medie, che hanno esaurito le risorse a seguito del pagamento delle costose cure residenziali. Un ulteriore inconveniente di questo tipo di programmi è quello di indurre i cittadini ad effettuare trasferimenti di ricchezza, per ridurre le proprie disponibilità al fine di rientrare nei requisiti patrimoniali richiesti. I programmi a carattere universale prevedono, invece, la copertura di tutti i cittadini, indipendentemente dal livello di reddito.

Ulteriori temi di discussione riguardano la competenza a progettare ed amministrare i programmi pubblici (governo centrale o enti locali), nonché la individuazione dei più efficaci metodi di controllo della spesa.

PARTE SECONDA

La gestione della LTC in Germania

In Germania è stato istituito nel 1994 uno specifico nuovo ramo delle assicurazioni sociali contro il rischio di non autosufficienza ("Pflegeversicherung"), che viene ad aggiungersi, come quinto ramo autonomo, ai quattro già esistenti costituiti dall'assicurazione sociale contro la malattia, gli infortuni, l'invalidità, vecchiaia, e superstiti, e la disoccupazione.

La architettura del nuovo istituto segue il modello "bismarkiano" delle assicurazioni sociali e, in particolare, si innesta su quello preesistente dell'assicurazione malattia, al quale è strettamente collegato.

1. L'impostazione generale della sanità in Germania

L'istituzione dell'assicurazione obbligatoria contro la malattia in Germania, originariamente concepita per gli operai e poi estesa ad altre categorie socio-professionali, risale al 1883 ed i suoi fondamenti legislativi sono tuttora validi.

Essa si basa sui principi cardine della intera previdenza sociale tedesca della solidarietà, autogestione, responsabilità personale e sussidiarietà.

Lo Stato non esercita una gestione diretta della sanità, bensì svolge una funzione di controllo, e crea la cornice nel cui ambito si realizza la collaborazione tra i diversi operatori del settore (Casse mutue malattia autogestite, professionisti del settore sanitario, ospedali, nonché loro associazioni, a livello locale e nazionale), senza alcun onere a carico della finanza pubblica (salvo una parte inferiore al 13% per casi, in genere, di tipo assistenziale chiaramente previsti dalla legge federale).

L'organizzazione dell'istituto dell'assicurazione sociale malattia è imperniata sulla autogestione, ad opera di rappresentanti degli assicurati e dei datori di lavoro, delle "Casse mutue di malattia", organi non profit di diritto pubblico, organizzati su base territoriale o professionale, controllati dai Ministeri competenti dei Länder. Le Casse medesime sono riunite in grandi associazioni nazionali, a loro volta sotto il controllo del Ministero federale della Sanità e dell'Ufficio federale di controllo delle assicurazioni.

Nel 1996 le Casse mutue autogestite erano 637. Ciascuna è dotata di un proprio statuto e definisce la propria aliquota di contribuzione, seppure all'interno di un quadro fissato per legge.

L'assicurazione sociale malattia, analogamente agli altri istituti previdenziali tedeschi, è

finanziata con un sistema di ripartizione pura ad equilibri annuali (i contributi dell'anno coprono le spese dell'anno). I contributi sono ripartiti a metà tra i datori di lavoro ed i lavoratori (per i pensionati e i disoccupati la metà a carico del datore di lavoro è versata dall'ente previdenziale che eroga loro la pensione o l'assegno di disoccupazione) e rappresentano una quota della remunerazione lorda fino ad un tetto massimo del reddito, pari nel 1996 a 72.000 DM lordi annui nei vecchi Länder e 61.200 DM lordi annui nei nuovi Länder. I tassi di contribuzione variano a seconda delle Casse, con un valore medio, nel 1995, del 13,2% nei vecchi Länder e del 12,8% nei nuovi Länder.

I contributi sono rapportati al rischio, ma calcolati secondo i principi della "equità collettiva" delle assicurazioni sociali (il tasso di contribuzione è di equilibrio attuariale, ma uguale per tutti gli iscritti della medesima Cassa; in altre parole si ha una solidarietà nell'ambito del collettivo considerato). Essi comportano degli effetti redistributivi di solidarietà dai giovani agli anziani, dai sani ai malati, dai single alle famiglie, dalle classi di reddito più alte alle più basse (esiste, tuttavia, un meccanismo di compensazione finanziaria tra le varie Casse per tenere conto della diversità dei gruppi assicurati).

I beneficiari dell'assicurazione sociale sanitaria sono tutti i lavoratori aventi un'attività remunerata (dipendenti o meno), le persone in formazione professionale, i pensionati, i disoccupati, gli handicappati, gli studenti, gli agricoltori, gli artisti, gli assicurati volontari, i figli ed il coniuge a carico (per i quali nessun contributo è dovuto).

In linea di massima, tutti i lavoratori dipendenti il cui reddito non supera un certo massimale di iscrizione sono obbligatoriamente iscritti alle Casse mutue malattia autogestite, mentre quelli il cui reddito supera il massimale di iscrizione possono scegliere tra l'iscrizione volontaria alle Casse malattia o contrarre un'assicurazione malattia privata equivalente (ossia sono comunque obbligati a procurarsi l'assicurazione malattia, ma sono liberi di scegliere tra le Casse malattia e le imprese private di assicurazioni). In quest'ultimo caso le compagnie sono soggette alle stesse regole dell'assicurazione sociale ed offrono una analoga copertura. Per coloro che sono obbligatoriamente iscritti sussiste una certa libertà di scelta tra le diverse Casse mutue.

Esiste, pertanto, un certo grado di concorrenza all'interno del sistema, dovuto sia alla concorrenza tra le diverse Casse mutue, sia alla concorrenza tra le mutue e le compagnie private di assicurazione.

Ogni mutua è tenuta a garantire agli assicurati definite prestazioni, che vengono stabilite a livello federale. Le prestazioni sono, dunque, indipendenti dal reddito e dai contributi versati. Tali prestazioni sono offerte sotto forma di servizi (cure ambulatoriali, cure odontoiatriche, cure ospedaliere, servizi di pianificazione familiare, cure per la maternità, prevenzione, servizi medici per la riabilitazione, fisioterapia, farmaci e protesi) o in danaro (sussidi malattia, assegni per maternità e spese funebri).

Le Casse mutue non possono offrire ai propri assicurati coperture complementari.

Per quanto riguarda il personale medico, le cure mediche e dentarie vengono prestate da medici ed odontoiatri convenzionati, i quali esercitano la loro professione privatamente, e sono raggruppati in associazioni regionali e federali; le cure ospedaliere vengono prestate da medici ospedalieri, i quali esercitano la loro professione in qualità di dipendenti degli enti ospedalieri convenzionati.

Il pagamento degli onorari viene effettuato dalle mutue mediante il versamento di un importo globale alle associazioni dei medici e degli odontoiatri convenzionati, le quali poi procedono all'assegnazione del rimborso in base ad una ripartizione, che dipende dalla natura e dal numero delle prestazioni. Il rimborso delle spese ospedaliere viene regolato da convenzioni stipulate tra le mutue e gli enti ospedalieri.

Le compagnie private, oltre - come già detto - gli operai e gli impiegati, il cui reddito supera il massimale di iscrizione previsto per l'iscrizione obbligatoria alla Cassa malattia, assicurano i dipendenti del pubblico impiego, i lavoratori autonomi, nonché i loro familiari (i funzionari pubblici, se lo desiderano, possono, però, iscriversi alle Casse mutue).

Nel 1996 nel mercato tedesco dell'assicurazione malattia operavano 120 compagnie di

assicurazioni private, contro 54 compagnie nel 1994. Di queste, 75 offrivano solo coperture integrative di quella sociale e 45 offrivano una copertura sostitutiva di quella sociale (oltreché coperture integrative). In particolare, 14 delle compagnie di questo secondo gruppo contavano più di 100.000 assicurati e 13 ne avevano tra 10.000 e 100.000.

I premi delle assicurazioni malattia private obbligatorie sono calcolati secondo i criteri delle assicurazioni private; tuttavia esistono alcune limitazioni sull'ammontare dei premi pagati dagli anziani.

A differenza delle Casse mutue malattia, ove vige il principio delle prestazioni in natura, nel caso delle assicurazioni private malattia il sistema adottato è quello del rimborso dei costi; pertanto gli assicurati sono tenuti ad anticipare le spese sanitarie.

In definitiva l'intera popolazione tedesca è coperta contro il rischio sanità: in particolare, nel 1994 l'89% era coperto tramite l'assicurazione sociale (iscritti obbligatori circa 80% più iscritti volontari circa 9%), circa il 9% era coperto da polizze assicurative private ed il restante 2% circa (funzionari statali, militari) aveva una copertura a carico dello Stato.

2. Un confronto tra l'assicurazione sociale sanitaria ed il Servizio Sanitario Nazionale

A questo punto appare utile porre a confronto le caratteristiche delle due realizzazioni della sanità rappresentate dall'assicurazione sociale sanitaria tedesca e dal Servizio Sanitario Nazionale (inglese ed italiano).

L'assicurazione sociale sanitaria, descritta nel paragrafo precedente, è obbligatoria per legge, ma ha caratteristiche peculiari per la realizzazione, e cioè:

- la delega della responsabilità della gestione agli iscritti alla Cassa mutua malattia (e ai loro datori di lavoro) a livello locale e di libera associazione (di gruppi di qualsiasi tipologia, in primo luogo aziendale, ma anche di attività professionali, ecc.);
- la gestione della Cassa malattia è di tipo privatistico (contratti con medici e ospedali);
- l'imputazione di costi e benefici avviene ancora a livello locale, ossia di singola Cassa sanitaria (i costi sono variabili a seconda delle Casse, sia pure con un fondo di compensazione fra le stesse, e i premi sono basati sul concetto di premio medio di ripartizione - di carattere solidaristico - riferito a ciascuna Cassa);
- il personale medico convenzionato (medici e odontoiatri) con le Casse mutue esercita la propria professione privatamente, e si raggruppa in associazioni regionali e professionali (i medici ospedalieri);
- esiste una certa concorrenza tra le diverse Casse mutue, e tra queste e le compagnie private di assicurazione.

Le caratteristiche, invece, della realizzazione della sanità secondo il modello del Servizio Sanitario Nazionale, che fu applicato inizialmente in Gran Bretagna nel 1948 e fu introdotto in Italia trenta anni dopo, possono essere così riassunte:

- il finanziamento è a carico dello Stato;
- gli organi decisionali sono pubblici;
- la gestione è realizzata da funzionari pubblici (compresi i medici);
- gli ospedali sono a gestione pubblica;
- i deficit sono ripianati dallo Stato;
- l'iscrizione è obbligatoria;
- tutta la popolazione è coperta, anche coloro che non sono iscritti.

Entrambi il Servizio Sanitario Nazionale e l'assicurazione sociale sanitaria tedesca sono, dunque, realizzazioni della sanità "pubbliche", ma è evidente che sotto la generica parola "pubblico" sono

comprese due realizzazioni della sanità (entrambe obbligatorie) radicalmente diverse.

Infatti, come anticipato nella premessa, da una parte, la realizzazione del tipo SSN è completamente "pubblica", al livello gestionale, dei costi e delle responsabilità; dall'altra la realizzazione tramite il modello delle Casse mutue tedesche è "pubblica" nel senso che il cittadino ha l'obbligo di iscriversi presso l'una o l'altra Cassa (od optare per la polizza assicurativa), mentre è "privato" il sistema delle Casse mutue per quanto riguarda la gestione, la responsabilità, i costi.

3. L'assicurazione sociale contro il rischio di non autosufficienza in Germania

Il dibattito e la soluzione prescelta

Precedentemente alla riforma del 1994 molti non autosufficienti dovevano ricorrere all'assegno di indigenza dell'assistenza sociale per fronteggiare le spese. Ciò era in netto contrasto con i principi ispiratori dell'ordinamento sociale tedesco, che prevedevano una definita distinzione tra le prestazioni erogate secondo il criterio della previdenza e quelle fornite secondo il principio dell'assistenza. Il superamento di questo utilizzo distorto dell'assistenza sociale ha rappresentato l'obiettivo socio-politico primario della riforma.

Pertanto, nel dibattito sulle possibili soluzioni del problema, le proposte di ampliare ed integrare la legge sull'assistenza sociale al fine di migliorare le prestazioni ai non autosufficienti non hanno mai trovato molto ascolto.

Neanche hanno avuto riscontro le proposte di istituire prestazioni assistenziali specifiche per i non autosufficienti da finanziare, come nel caso dell'assistenza sociale, col gettito fiscale generale, poichè, oltre ad essere in aperta contraddizione con i principi della previdenza tedesca, non erano sostenibili sotto il profilo economico.

E' stata valutata anche la possibilità del ricorso a forme assicurative private e volontarie. Tuttavia una serie di considerazioni ha portato ad escludere che l'affidamento al ricorso facoltativo a polizze private di assicurazione avrebbe rappresentato una soluzione al problema: si è ritenuto che sarebbero rimaste escluse dalla copertura assicurativa, o avrebbero dovuto pagare premi assai elevati, le persone già non autosufficienti (1,6 milioni di persone), gli ultrasessantacinquenni (15 milioni), nonché le fasce meno abbienti (4,7 milioni); lo scaglionamento dei premi non sarebbe stato socialmente equo; il rischio della non autosufficienza, a differenza degli altri rischi sociali (vecchiaia, infortunio, malattia) sarebbe gravato solo sugli assicurati e non sui datori di lavoro; si sarebbero creati conflitti di competenza tra le Casse mutue malattia e le imprese di assicurazioni; sarebbe stato improbabile ottenere una copertura capillare tramite adesione volontaria della popolazione. Si è riconosciuta, però, la possibilità di procurarsi tramite polizze private volontarie coperture integrative.

Altre proposte hanno riguardato l'istituzione di una assicurazione privata obbligatoria. In questo ambito occorre distinguere le proposte riguardanti l'obbligo di stipulare una polizza privata di assistenza secondo i principi assicurativi del mercato, da quelle riguardanti un'assicurazione stipulata alle condizioni di riferimento della legge. Tuttavia tali proposte, oltre a presentare i problemi già evidenziati in merito alla distinzione tra lo stato di malattia e quello di non autosufficienza, e all'esclusione per i già non autosufficienti e gli ultrasessantacinquenni, con conseguente ricorso all'assistenza sociale, avrebbero comportato un aumento del prelievo fiscale, per consentire ai meno abbienti di pagare i premi; un doppio aggravio per le generazioni attuali; l'impossibilità di conseguire un'adeguata tutela del consumatore attraverso gli strumenti della contrattazione collettiva, limitandosi la funzione dell'impresa di assicurazioni a quella di erogatore di denaro; l'impossibilità di garantire una pensione al familiare che assiste il non autosufficiente.

Dopo un dibattito durato venti anni sulla migliore configurazione possibile di un sistema previdenziale pubblico e/o privato, la legge tedesca del 26 maggio 1994 ("*Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit - Pflege Versicherungsgesetz*") ha istituito, nell'ambito del sistema previdenziale pubblico, un fondo pubblico di assistenza ai non

autosufficienti, ed ha al tempo stesso fissato delle norme di riferimento per fondi previdenziali privati obbligatori.

Sono state, in particolare, previste due fasi di attuazione: nella prima fase (dal 1° gennaio 1995) è garantita la sola assistenza domiciliare, mentre nella seconda fase (dal 1° luglio 1996) vengono coperte anche le prestazioni di assistenza residenziale.

L'obbligo di aderire e contribuire al fondo previdenziale di assistenza ai non autosufficienti è regolato dal principio secondo cui a gestire il fondo di assistenza deve essere, per ciascun assicurato, lo stesso ente che gestisce l'assicurazione sociale malattia. In sostanza, l'obbligo di iscrizione ai fondi previdenziali di assistenza vale per tutte le persone assistite dalle Casse mutue di malattia, e non solo quelle iscritte per legge (lavoratori dipendenti e categorie affini), ma anche quelle iscritte a titolo volontario. Queste ultime e tutti coloro per i quali si configurano i requisiti espressamente previsti dalla legge possono, però, richiedere l'esenzione dall'obbligo di iscrizione al fondo di assistenza pubblico se dimostrano di aver contratto una polizza assicurativa privata equivalente. Coloro, invece, che godono di assistenza sanitaria erogata da una compagnia assicurativa privata sono tenuti a stipulare, presso questa o un'altra compagnia privata di loro scelta, una polizza che li tuteli in caso di non autosufficienza. Per il coniuge a carico e i figli minori dell'assistito è prevista l'iscrizione gratuita al fondo previdenziale di assistenza secondo gli stessi criteri che regolano l'iscrizione dei familiari a carico alla Cassa mutua malattia.

L'organizzazione del fondo previdenziale pubblico di assistenza ai non autosufficienti

Gli enti incaricati di gestire il fondo previdenziale di assistenza sono le cosiddette "Casse di assistenza", enti autonomi *non profit* di diritto pubblico dotati di una gestione propria e sottoposti a vigilanza pubblica, istituiti presso le Casse mutue di malattia.

Ogni Cassa mutua malattia ha, dunque, costituito al suo interno una Cassa di assistenza per i propri assistiti contro il rischio di non autosufficienza, gestita col proprio personale amministrativo, e possibilmente con sportelli unici per entrambi i rami previdenziali.

In tal modo si è voluto, da una parte, evitare la creazione di un nuovo e costoso apparato burocratico, e dall'altra ottenere una serie di vantaggi pratici, quali integrare in qualche modo due rami che coprono due rischi sociali che non è sempre facile scindere l'uno dall'altro (ciò anche per evitare eventuali controversie che altrimenti sarebbero insorte tra enti diversi, a discapito dell'assistito, nei casi in cui non fosse così evidente la natura assistenziale o sanitaria delle prestazioni da fornire); avere un unico sportello a cui rivolgersi sia per l'assistenza che per le prestazioni sanitarie; usufruire della notevole esperienza di cui le Casse mutue malattia già dispongono in campo sanitario-assistenziale.

Le Casse di assistenza, dunque, sono dotate di autonomia gestionale (hanno una propria capacità giuridica; un proprio statuto; una gestione di bilancio ed una contabilità separata; sono finanziariamente autonome ed indipendenti rispetto alla Cassa mutua di malattia presso la quale vengono istituite), ma nel contempo sono, per alcuni aspetti, unite da un vincolo organizzativo e gestionale alle rispettive Casse malattia (gli organi di gestione delle Casse mutue di malattia sono al tempo stesso gli organi delle Casse di assistenza; queste ultime si avvalgono del personale e del servizio medico della Cassa mutua malattia di riferimento; le Casse di assistenza non hanno delle associazioni regionali o nazionali separate da quelle delle Casse mutue di malattia; la vigilanza pubblica sull'operato delle Casse di assistenza è affidata allo stesso istituto che vigila sulle Casse mutue di malattia - l'Ente federale delle Assicurazioni, che effettua con frequenza quinquennale una verifica gestionale e contabile).

Oltre ad avere degli organismi comuni di rappresentanza regionale e nazionale insieme alle Casse mutue di malattia (tramite le associazioni di categoria), le Casse di assistenza sono anche chiamate a dar vita a dei comitati operativi propri, a livello locale o regionale, per svolgere le funzioni specifiche attribuite loro dalla legge.

Le Casse di assistenza contribuiscono alle spese derivanti alle Casse mutue di malattia

dall'impiego delle proprie infrastrutture logistiche, materiali e personali da parte loro, nonché ai costi del servizio medico.

I beneficiari dell'assistenza ai non autosufficienti

In generale, i beneficiari del nuovo istituto dell'assicurazione sociale tedesca sono i non autosufficienti di tutte le età.

La legge precisa che di non autosufficienza si può parlare quando una persona necessita di assistenza permanente, ovvero per un periodo non inferiore a sei mesi (anche se non è escluso che già prima dello scadere dei sei mesi lo stato di non autosufficienza possa essere accertato e le prestazioni relative erogate).

Lo stato di non autosufficienza si ha in tutti i casi in cui l'assistito necessita di aiuto per svolgere le cosiddette operazioni quotidiane ricorrenti, le quali sono individuate dalla legge e sono distinte in quattro categorie: igiene personale, alimentazione, mobilità e faccende domestiche. In relazione alla quantità, frequenza e durata dell'aiuto di cui necessita la persona non autosufficiente per l'igiene personale, l'alimentazione e la mobilità (quando si rende necessaria l'assistenza solo per le faccende domestiche non si configura ancora uno stato di bisogno) si sono definiti tre livelli di necessità (non autosufficienza rilevante, grave e gravissima), in corrispondenza dei quali vengono determinati il tipo ed il contenuto delle prestazioni da erogarsi. La copertura è estesa anche alle persone bisognose di assistenza per effetto di patologie mentali e psichiche, per le quali si deve tener conto della necessità di istruzioni e vigilanza nell'espletamento delle operazioni quotidiane ricorrenti.

In definitiva, col varo della legge sul fondo previdenziale per i non autosufficienti, a beneficiare delle prestazioni assistenziali non sono più soltanto i non autosufficienti "gravi", come prevedevano le norme sull'assistenza sanitaria in vigore precedentemente, ma anche le persone affette da un grado di non autosufficienza "rilevante". In Germania la nuova normativa ha portato ad allargare la cerchia di utenti cui prestare assistenza dai precedenti 700.000 non autosufficienti gravi solo in regime di assistenza domiciliare ad un numero (incluso la non autosufficienza "rilevante" e le persone ricoverate in centri di degenza) complessivo di 1.200.000 persone in regime di assistenza domiciliare e 450.000 persone ricoverate in istituti di degenza (a fronte di una popolazione complessiva di 81 milioni di abitanti).

L'accertamento della non autosufficienza e l'attribuzione del livello di assistenza competono alle Casse d'assistenza, che delegano tale compito al servizio medico delle Casse malattia. Il servizio medico, applicando il principio secondo cui la riabilitazione deve sempre avere la precedenza sull'assistenza, esamina dapprima se ed in quale modo è possibile riabilitare l'assistito; quindi, compilato un referto medico ed esaminata la situazione domiciliare del richiedente, redige un piano di assistenza indicando concretamente di quanta e quale assistenza l'assistito ha bisogno. La visita dell'assistito, effettuata presso il suo domicilio, viene ripetuta ad intervalli regolari.

La legge, inoltre, prescrive che nell'espletamento dei compiti assegnati al servizio medico debbano essere coinvolti degli operatori con formazione specifica nel campo dell'assistenza (infermieri professionali ed assistenti geriatrici). Un'altra categoria idonea ad operare in questa attività è quella degli assistenti sociali.

Le prestazioni

Un primo principio stabilito dal legislatore in materia di erogazione delle prestazioni è quello che, nella catena delle prestazioni sociali, la riabilitazione deve sempre avere la precedenza rispetto all'assistenza; ossia si pone come obiettivo esplicito quello di utilizzare ogni strumento idoneo a prevenire, ovunque possibile, la non autosufficienza, anche tramite il coinvolgimento attivo dell'assistito.

Un secondo principio fondamentale è che l'assistenza domiciliare deve sempre avere la precedenza sull'assistenza residenziale.

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare gli assistiti possono scegliere tra prestazioni in natura, assegno in denaro, o prestazioni combinate in denaro e natura.

Le prestazioni in natura consistono in interventi assistenziali erogati da servizi o da singoli operatori abilitati per un valore che, nei tre livelli di assistenza, può arrivare rispettivamente a 750, 1.800 o 2.800 marchi al mese (salvo per casi eccezionali 3.750 marchi al mese). Al di là dell'aver fissato il controvalore complessivo delle prestazioni, all'assistito è lasciata massima flessibilità nella scelta del tipo delle prestazioni.

L'assegno in denaro, invece, viene erogato all'assicurato quando questi provvede per proprio conto alla designazione di una persona che si occupi di prestargli l'aiuto necessario (operatori professionali o familiari). L'assegno ammonta, rispettivamente per i tre livelli di assistenza, a 400, 800 o 1.300 marchi al mese. Sussiste una clausola che prevede un ricorso minimo obbligatorio ad interventi esterni, al fine di ricordare che trattasi comunque di un surrogato di una prestazione in natura. Infatti, l'intera filosofia e l'organizzazione del fondo (come anche per l'assicurazione malattia) è incentrata sulle prestazioni in natura.

Sono possibili, infine, prestazioni combinate in natura e denaro: quando un assistito, infatti, non si avvale di tutte le prestazioni in natura che gli spetterebbero, può richiedere la corresponsione di un assegno integrativo in denaro.

Sono, poi, previsti alcuni interventi tramite i quali il fondo previdenziale di assistenza consente di superare situazioni di emergenza, alleggerendo notevolmente il carico di lavoro di chi presta l'assistenza domiciliare: si tratta dell'assistenza domiciliare sostitutiva in caso di impedimento della persona che presta assistenza volontaria; dell'assistenza residenziale diurna o notturna, nel caso in cui l'assistenza domiciliare non possa essere garantita per un certo periodo o in misura efficiente (assistenza semiresidenziale); del ricovero temporaneo in un centro di degenza.

Inoltre, la persona non autosufficiente ha diritto ad ottenere gli strumenti e gli ausili tecnici di cui necessita (spesso forniti a noleggio), a sovvenzioni per l'adeguamento strutturale dell'alloggio alle sue esigenze, a corsi di assistenza per familiari e operatori volontari, e alla previdenza pensionistica e infortunistica per le persone che prestano assistenza volontaria.

L'assistenza residenziale a tempo pieno, invece, prevede il ricovero in un istituto di degenza.

La persona non autosufficiente ha il diritto di scegliere, in piena autonomia, tra l'assistenza domiciliare e quella residenziale. Tuttavia, ove non venga riscontrata la necessità del ricovero in un istituto di degenza, l'assistito potrà beneficiare solo di prestazioni fino al valore massimo previsto per l'assistenza domiciliare.

Le spese sostenute saranno a carico del fondo previdenziale di assistenza fino ad un massimo di 2.800 marchi al mese, ma con l'impegno per le Casse di assistenza di non superare la media di 2.500 marchi per assistito (si arriva a 3.300 marchi al mese in casi eccezionali). Dato che le spese di mero vitto e alloggio sono a carico dell'assistito, le Casse di assistenza, per tutelare le persone non autosufficienti da eventuali richieste esose per le rette di degenza, si impegnano a negoziare con gli istituti anche la loro entità, oltre che le tariffe di assistenza. Le spese di investimento per la realizzazione e la manutenzione dei centri di degenza, invece, sono a carico delle regioni. Considerando che la retta media si aggira oggi sui 4.000 marchi al mese, che il fondo si assume un onere fino ad un massimo di 2.800, e che le regioni provvederanno a finanziare le spese di investimento, che precedentemente gravavano sulle rette per circa 500-600 marchi al mese, un pensionato con reddito tipo (1.932 marchi al mese) è messo in grado di far fronte a spese di assistenza e degenza fino a 5.000 marchi al mese.

Il finanziamento

Analogamente agli altri istituti previdenziali tedeschi, anche l'assicurazione sociale per l'assistenza ai non autosufficienti è finanziata con un sistema a ripartizione, tramite contributi che gravano metà sui lavoratori e metà sui datori di lavoro.

L'entità del contributo è calcolata applicando una aliquota contributiva, uguale per tutti gli

assistiti (indipendentemente dai fattori età, sesso, stato di salute, familiari a carico) e per tutto il territorio nazionale (nell'assicurazione malattia, invece, come si è visto, differisce da Cassa a Cassa). Il prelievo si applica sul reddito imponibile dell'assicurato, con gli stessi tetti massimi stabiliti dalle norme sui contributi alle Casse mutue malattia (pari nel 1994 a 5.700 marchi mensili in Germania occidentale e a 4.700 marchi in Germania orientale).

E' previsto, inoltre, un sistema di perequazione finanziaria tra le Casse di assistenza, che tiene conto della diversa esposizione al rischio di ciascuna.

L'aliquota contributiva è stata fissata all'1% nella fase iniziale di attuazione della legge (dal 1° gennaio 1995), in cui è garantita la sola assistenza domiciliare, per essere innalzata all'1,7% nella seconda fase (dal 1° luglio 1996), quando vengono coperte anche le prestazioni di assistenza residenziale.

Per compensare i datori di lavoro dell'incremento del costo di lavoro, nella prima fase di attuazione della legge ciascuna regione doveva provvedere ad abolire una festività infrasettimanale (nelle regioni dove non si sarà provveduto a tale abolizione, il contributo per il fondo di assistenza sarà a totale carico dei lavoratori).

È stato stimato che, approssimativamente, l'entità del contributo da versare al fondo previdenziale di assistenza sarebbe dovuta ammontare, rispettivamente, dal 1° gennaio 1995 a circa 1/13 e dal 1° luglio 1996 a circa 1/8 del contributo versato alla Cassa mutua malattia.

L'istituzione del fondo previdenziale di assistenza ha liberato delle risorse pubbliche precedentemente vincolate all'assistenza sociale. Conseguentemente, la legge ha prescritto che le regioni, alle quali compete il finanziamento degli investimenti strutturali (realizzazione, approvvigionamento e manutenzione) nelle strutture di degenza, debbano a tal fine utilizzare il risparmio conseguito nell'assistenza sociale.

I costi dell'assistenza residenziale ai non autosufficienti, in definitiva, sono finanziati da tre fonti a seconda della loro tipologia: le spese di esercizio sono finanziate dal fondo previdenziale di assistenza per quanto riguarda le spese legate all'assistenza vera e propria, e dagli assistiti per la quota eccedente i tetti massimi delle prestazioni del fondo, nonché dagli assistiti per le cosiddette "spese di soggiorno" (vitto e alloggio); le spese d'investimento sono finanziate dalla regione competente.

Le convenzioni e gli accordi

Al fine di garantire un'assistenza ai non autosufficienti adeguata al fabbisogno, omogenea e in linea con lo stato dell'arte in campo medico e assistenziale (c.d. "obbligo di garanzia" delle Casse d'assistenza nei confronti degli assistiti), esistono una serie di strumenti rappresentati da accordi e convenzioni, che regolano i rapporti tra le Casse di assistenza e gli enti assistenziali che erogano effettivamente le prestazioni.

Con la convenzione d'assistenza (che, stipulata con l'associazione regionale delle Casse di assistenza, abilita una struttura assistenziale ad erogare prestazioni in favore degli assistiti delle Casse stesse) e l'accordo tariffario (con cui si stabilisce un equo rimborso spettante all'erogatore dell'assistenza per le prestazioni fornite), l'ente che eroga le prestazioni agli assicurati matura il diritto al pagamento diretto delle prestazioni da parte della Cassa d'assistenza.

Le convenzioni di riferimento, redatte a livello regionale, e le raccomandazioni generali, elaborate a livello nazionale, tra le associazioni delle Casse d'assistenza e le associazioni degli enti assistenziali, pur mantenendo il principio della gestione autonoma dei fondi, hanno lo scopo di garantire concretamente a tutti i non autosufficienti l'assistenza prevista dalla nuova legge con prestazioni ritenute efficaci ed economicamente convenienti. Esse disciplinano i contenuti delle prestazioni assistenziali, i parametri operativi di riferimento e i principi di dotazione e gestione del personale dei servizi.

Dato che la gran parte dei compiti vengono svolti in regime di rapporti autogestiti dalle rispettive parti in causa, ad esse è stata demandata anche la soluzione di eventuali conflitti o controversie,

prevedendo che le associazioni regionali delle Casse d'assistenza e quelle degli enti assistenziali diano vita, in ciascuna regione, ad una corte arbitrale composta di rappresentanze paritetiche, con voto decisivo del presidente (di estrazione neutrale) in caso di parità.

L'assicurazione privata obbligatoria di assistenza ai non autosufficienti

Le persone che per l'assistenza sanitaria hanno stipulato una polizza assicurativa privata di malattia, a partire dal 1° gennaio 1995 sono tenute ad iscriversi ad un fondo previdenziale di assistenza per il caso di non autosufficienza gestito da un assicuratore privato. Si è in tal modo inteso realizzare il più possibile il principio secondo cui a gestire il fondo previdenziale di assistenza ai non autosufficienti debba essere, per ciascun assistito, lo stesso ente che gestisce la assicurazione malattia, lasciando, però, all'assistito la possibilità, oltretutto di assicurarsi presso il medesimo ente che già lo tutela contro il rischio di malattia, di scegliere di stipulare la polizza obbligatoria d'assistenza anche con una compagnia diversa.

Tuttavia, per fare sì che le persone costrette a rivolgersi ad una compagnia privata per il fondo di assistenza potessero ottenere delle condizioni contrattuali socialmente eque e sostenibili, il legislatore ha stabilito delle clausole generali obbligatorie, che comportano una deroga dalle consuete condizioni contrattuali delle assicurazioni private, soprattutto per quanto concerne il calcolo dei premi.

E' interessante notare che queste clausole sono state proposte dalla associazione nazionale delle compagnie di assicurazione private tedesche, nel timore di dovere subire una concorrenza troppo pressante da parte delle Casse mutue pubbliche. In ogni caso, se non fossero state emanate clausole generali obbligatorie per la stipula delle polizze private, sarebbe stato socialmente improponibile costringere tutta la categoria degli assistiti privati ad iscriversi ad un fondo di assistenza privato.

Le polizze d'assistenza private interessano soprattutto alcune categorie professionali come i funzionari pubblici, i magistrati, i militari di carriera, i lavoratori autonomi e i lavoratori dipendenti con un reddito superiore al tetto massimo stabilito dalle norme previdenziali. In sostanza, si tratta di circa sette milioni di persone, pari al 9% circa della popolazione tedesca.

Queste persone, assicurate contro il rischio malattia con polizze private che prevedono anche tutte le prestazioni ospedaliere, sono tenute a stipulare una polizza di assistenza in caso di non autosufficienza che garantisca - a loro stessi ed ai loro familiari a carico - prestazioni analoghe, per tipologia ed entità, a quelle previste dal fondo di assistenza pubblico. La "clausola di equivalenza" della polizza privata rispetto al fondo di assistenza pubblico comporta, oltre all'analogia delle prestazioni, anche quella dei criteri per l'accertamento della non autosufficienza e l'attribuzione del livello di assistenza.

Per garantire l'equità sociale dei fondi di assistenza privati, la legge vincola le compagnie assicurative che stipulano polizze di assistenza al rispetto delle seguenti clausole generali:

- tutte le compagnie che operano nel ramo dei fondi previdenziali di assistenza sono soggette al cosiddetto "obbligo a contrarre", ossia non possono rifiutarsi di stipulare una polizza;
- le assicurazioni private non possono escludere dalla copertura del rischio le patologie già contratte dagli assicurati;
- non sono ammessi supplementi di premio a carico delle persone che presentano un rischio più elevato di non autosufficienza;
- non è ammessa l'esclusione dalla stipula della polizza per le persone già bisognose di assistenza o non autosufficienti;
- non sono ammesse differenze nell'entità dei premi assicurativi in base al sesso e/o allo stato di salute degli assicurati;
- il premio assicurativo non può mai superare l'entità del contributo massimo previsto per il fondo di assistenza pubblico (circa 57 marchi al mese finché l'aliquota contributiva è

dell'1% e circa 100 marchi al mese con l'aliquota dell'1,7%, considerato che il valore del tetto massimo imponibile nel 1994 è di 5.700 marchi al mese);

- la polizza privata deve prevedere l'iscrizione gratuita al fondo di assistenza privato per i figli a carico dell'assicurato, secondo i medesimi criteri applicati per il fondo di assistenza pubblico;
- infine, l'assicurazione privata deve concedere uno sconto sul premio assicurativo per il coniuge a carico, in modo che il premio complessivo pagato per l'assicurato ed il coniuge non superi il 150% del contributo massimo previsto per il fondo di assistenza pubblico (si ricorda che, invece, nel caso del fondo pubblico, è prevista l'iscrizione gratuita del coniuge a carico).

Tuttavia il legislatore ha ridimensionato in parte la portata delle clausole generali obbligatorie per le c.d. "nuove acquisizioni" delle compagnie assicurative, ossia per le persone che stipulano una polizza privata di malattia dopo l'entrata in vigore della legge sul fondo previdenziale di assistenza.

Va precisato che le clausole generali obbligatorie non sono vincolanti per le polizze di assistenza stipulate volontariamente dagli assicurati, quali le polizze integrative.

Le clausole generali obbligatorie hanno reso necessario un sistema di compensazione finanziaria tra le varie compagnie che gestiscono i fondi privati, per compensare gli aggravi finanziari derivanti alle compagnie, caratterizzate ciascuna da una propria struttura di rischio (le compagnie di vecchia data, avendo una prevalenza di assicurati più anziani, hanno un rischio maggiore). Nell'ambito di tale sistema perequativo, in base a parametri unificati, vengono calcolati i contributi da destinare a tutte le compagnie che operano nel ramo. La legge prescrive, dunque, alle compagnie un calcolo comune dei premi assicurativi, ma, in ottemperanza alle norme contro i cartelli commerciali, viene garantita comunque la concorrenza: in pratica sono ammessi livelli unificati solo per i premi puri, ma senza inclusione dei costi e degli utili preventivati, in questo modo producendosi anche degli incentivi economici per le compagnie sul fronte dei costi di gestione.

Valutazioni finali sul sistema tedesco

Si riassumono quelli che sono stati ritenuti i vantaggi dell'assicurazione sociale di assistenza ai non autosufficienti e che hanno indotto a prescegliere tale soluzione:

- il sistema prescelto coinvolge praticamente l'intera popolazione;
- la spesa complessiva è stata stimata pari circa alla metà di quella che si sarebbe avuta adottando una assicurazione privata obbligatoria (computando, in tal caso, le prestazioni erogate per legge agli esclusi, più l'accumulo del capitale per le generazioni future);
- il fondo previdenziale è un sistema finanziariamente autosufficiente, che non richiede finanziamenti pubblici. Esso è inoltre un sistema autogestito dagli assistiti;
- i contributi sono calcolati in ragione del reddito, e comunque ad un livello socialmente accettabile anche per le fasce più deboli. Vengono, inoltre, inclusi il coniuge ed i figli a carico. Si coinvolgono i datori di lavoro nel pagamento dei contributi;
- l'assistenza volontaria viene equiparata sotto il profilo pensionistico (ed infortunistico) a qualsiasi attività retribuita;
- si evitano i problemi legati alla distinzione tra malattia e non autosufficienza;
- le prestazioni assistenziali si integrano senza soluzione di continuità con quelle sanitarie;
- si evita la creazione di un nuovo e costoso apparato burocratico, agganciandosi alle Casse malattia;
- si libera il 97% degli assistiti domiciliari e il 10% degli assistiti nei centri di degenza dalla necessità di ricorrere all'aiuto finanziario dell'assistenza sociale;
- si combinano efficacemente le prestazioni in natura e quelle in denaro. Quelle in denaro sono utili soprattutto per riconoscere economicamente l'opera di assistenza prestata a

domicilio dai familiari, mentre quelle erogate in natura sono una garanzia di maggiore qualità dell'assistenza, grazie alle convenzioni che le Casse mutue stipulano con gli erogatori (spesso anche privati). Le Casse mutue, infatti, debbono fornire - anche se indirettamente - prestazioni in natura, non bastando la semplice erogazione di denaro: si raggiunge così una importante forma di tutela dei consumatori;

- le convenzioni sono un efficace strumento di contenimento dei costi delle prestazioni (strumento che manca negli Stati Uniti, dove la spesa sanitaria pro-capite è circa il doppio che in Germania);
- si produce un risparmio per il settore dell'assistenza sociale;
- tale copertura presenta notevoli vantaggi per le donne;
- restano margini di intervento per la previdenza privata, sia in termini di utenza (il 10% circa della popolazione non è coperto da una Cassa mutua obbligatoria), sia in termini di entità di prestazioni (la previdenza obbligatoria prevede l'assistenza primaria ai non autosufficienti, che può essere integrata da forme private di previdenza volontaria, le quali possono essere garantite esclusivamente dalle imprese di assicurazione, e non dalle Casse d'assistenza).

Il difetto principale di una soluzione basata sul principio di ripartizione è il rischio che l'andamento demografico produca un aggravio crescente di costi sulle generazioni future. Trattasi di un problema generale che investe tutta la previdenza sociale, per fronteggiare il quale il Parlamento tedesco, dopo che, per la prima volta, ha stabilito direttamente per legge l'entità delle prestazioni assistenziali, per gli adeguamenti successivi ha adottato una politica di spesa vincolata alle entrate, per la prima volta nel sistema della previdenza sociale tedesca.

L'istituto in questione contiene, in conclusione, elementi di novità rispetto ai principi tradizionali della previdenza sociale tedesca, tra cui anche:

- un maggiore aggravio per i lavoratori, che hanno rinunciato ad una festività infrasettimanale remunerata per compensare le imprese;
- la copertura non illimitata delle prestazioni, in conseguenza dell'erogazione di importi fissi;
- la libera scelta tra prestazioni in natura e in denaro;
- l'apertura al libero mercato dei servizi in modo più deciso che in campo sanitario.

4. I risultati dei primi anni dell'assicurazione obbligatoria tedesca per la non autosufficienza

Si è in grado, a tre anni dall'introduzione in Germania del nuovo istituto dell'assicurazione sociale contro il rischio di non autosufficienza, di poter trarre delle prime valutazioni (v. tabelle successive).

L'andamento dei costi e dei contributi è influenzato dalle due successive fasi di attuazione della legge: nella prima fase (dal 1° gennaio 1995) - come già accennato - è garantita la sola assistenza domiciliare, nella seconda fase (dal 1° luglio 1996) sono coperte anche le prestazioni di assistenza residenziale.

I premi delle compagnie di assicurazione private relativi all'assicurazione obbligatoria contro la non autosufficienza nel 1995 hanno rappresentato una quota pari al 9,7% della complessiva raccolta delle compagnie nel ramo malattia.

Accanto all'assicurazione obbligatoria sono state stipulate, dal 1994 al 1997, circa 420.000 polizze private integrative delle prestazioni coperte dall'assicurazione obbligatoria.

I beneficiari di prestazioni per la non autosufficienza nel 1996 sono stati complessivamente (iscritti alle Casse di assistenza e detentori di polizze private obbligatorie) 1.635.000, pari all'incirca al 2% della popolazione tedesca, di cui 1.228.000 hanno beneficiato di assistenza domiciliare e 407.000 di assistenza residenziale.

Il rapporto tra i beneficiari assicurati tramite compagnie di assicurazione (89.000) e gli iscritti alle Casse d'assistenza (1.546.000) è stato pari al 5,75%.

Il costo medio per prestazione nel 1996 per l'assicurazione sociale tramite le Casse di assistenza risulta pari, dunque, a 12.700 DM per le prestazioni di assistenza domiciliare, e a 13.750 DM per l'assistenza residenziale (la quale, tuttavia, è stata garantita solo negli ultimi sei mesi dell'anno in esame).

La composizione dei beneficiari iscritti alle Casse per livello di assistenza mostra, nel caso dell'assistenza domiciliare, un minore peso della classe di livello più grave (12% circa) rispetto a quelle di primo e secondo livello (entrambe si attestano sul 43% circa). Nel caso dell'assistenza residenziale, la classe più affollata è quella centrale (42% circa), mentre le classi estreme pesano circa per il 29% ciascuna.

La composizione dei beneficiari delle prestazioni per classi di età mostra una netta concentrazione dai 60 anni in su, e, in particolare, nel caso dell'assistenza residenziale oltre gli 80 anni.

ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA TEDESCA CONTRO IL RISCHIO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Andamento contributi e costi dell'assicurazione obbligatoria tramite le Casse di assistenza (in m.di di marchi)

	Risultati		Stima
anni	1995	1996	1997
Contributi	16,43	23,54	31,87
Costi			
- prestazioni	8,64	20,05	29,98
assistenza domiciliare	8,64	14,76	16,29
assistenza residenziale	---	5,29	13,69
- spese amministrative	1,07	1,19	1,43
- investimenti in infrastrutture	1,14		
Totale	10,85	21,24	31,41

Andamento premi e costi dell'assicurazione obbligatoria tramite le compagnie di assicurazione (in m.di di marchi)

	Risultati	Stima
	1996	1997
Premi	2,56	2,90
Costi	2,32	2,74

Principali cause di non autosufficienza (in %)

Cause	Assistiti a domicilio	Assistiti in centri residenziali
Circolatorie	24	19
Scheletro-muscolari	15	9
Nervose	14	18
Psichiatriche	13	35
Cancro	9	2
Infortuni	5	3
Altro	20	14
Totale	100	100

Fonte: Munich Re

Prestazioni erogate al 31.12.1996

	Casse di assistenza	Compagnie di assicurazione
	<i>Assistenza domiciliare</i>	
Numero dei beneficiari	1.162.000	66.000
Composizione per livello di non autosufficienza	Percentuale (totale=100)	
Livello I	43,8%	40,0%
Livello II	43,6%	38,7%
Livello III	12,6%	21,3%
Composizione per classi di età	Percentuale (totale=100)	
20-39	6,1%	2,3%
40-59	8,1%	7,1%
60-79	32,0%	30,8%
80+	47,1%	52,2%
	<i>Assistenza residenziale</i>	
Numero dei beneficiari	384.600	23.000
Composizione per livello di non autosufficienza	Percentuale (totale=100)	
Livello I	29,1%	18,9%
Livello II	42,3%	36,6%
Livello III	28,6%	44,5%
Composizione per classi di età	Percentuale (totale=100)	
20-39	1,5%	0,7%
40-59	4,7%	2,7%

60-79	24,7%	19,2%
80+	68,6%	77,1%

Fonte: Munich Re

PARTE TERZA

La gestione della LTC negli USA

1. L'impostazione generale della sanità negli USA

Il sistema americano della "Social Security"

I programmi della Sicurezza Sociale americana ("*Social Security*") riguardano la vecchiaia (*Old-Age*), i superstiti (*Survivors*), l'invalidità (*Disability*) e la malattia (*Health*) - in sigla OASDHI - e tutelano i lavoratori in possesso dei requisiti per avere diritto alle prestazioni ed i familiari a carico dagli oneri finanziari associati agli eventi di morte, invalidità, pensione e malattia in età anziana. Gli elementi originari della *Social Security* risalgono al 1935, mentre il programma per la tutela contro il rischio malattia ("*Medicare*") è stato introdotto nel 1965.

Se inizialmente la *Social Security* copriva solo il 60% circa della forza lavoro civile (le principali classi escluse erano i lavoratori autonomi, i lavoratori agricoli, i dipendenti statali e i dipendenti delle organizzazioni *non profit*), successivamente la copertura è stata gradualmente estesa fino ad includere virtualmente tutto l'impiego privato ed il lavoro autonomo (oggi è coperta più del 95% della forza lavoro, per lo più su base obbligatoria; la maggior parte degli esclusi appartengono alle categorie dei dipendenti di enti statali, federali o locali).

Per avere diritto alle prestazioni bisogna maturare un certo periodo lavorativo di appartenenza alla *Social Security*, misurato in trimestri nei quali il lavoratore ha pagato le imposte sul proprio salario.

Il programma OASDHI è finanziato attraverso un sistema di imposte sul reddito, da lavoro autonomo e dipendente, pagate da tutti i partecipanti al programma. Per i lavoratori dipendenti si applica un'imposta sul salario fino ad un certo ammontare massimo, che grava sia sul datore di lavoro che sul lavoratore. La imposta complessiva (imposta *FICA-Federal Insurance Contribution Act*, pari nel 1990 al 7,65% del reddito imponibile) si compone di una originaria parte istituita nel 1935 per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (6,2% nel 1990), cui si è aggiunta nel 1965 l'imposta per la "*Hospital Insurance*" (1,45% nel 1990). Essa viene pagata dal lavoratore ed altrettanto viene pagato dal datore di lavoro (complessivamente, quindi, 15,3%). I lavoratori autonomi pagano un'aliquota pari alla somma delle aliquote dovute dal lavoratore dipendente e dal datore di lavoro (15,3%). E' ammessa la deducibilità dal reddito imponibile della metà dell'importo complessivo. Alcuni costi vengono finanziati da fondi generali del Tesoro americano, tra cui alcuni costi del programma *Medicare* e alcune indennità in danaro a persone oltre i 72 anni che non beneficiano della copertura. Il sistema finanziario di gestione adottato è quello della ripartizione.

La copertura delle esigenze sanitarie della popolazione negli USA

La modalità di realizzazione della sanità negli USA è tipica di questo paese e si differenzia nettamente dai modelli europei. Infatti in America la realizzazione della sanità è, sostanzialmente,

privata.

Circa il 70% della popolazione americana è coperto contro il rischio malattia da assicurazioni private; circa il 17% è coperto da programmi governativi (principalmente *Medicare*, un programma di assistenza sanitaria della Sicurezza Sociale per gli anziani oltre 65 anni e per i disabili, e in piccola parte *Champus*, un programma per i militari) - con una lieve sovrapposizione tra i due gruppi.

Bisogna rilevare che circa il 15% della popolazione americana non è tutelata affatto contro il rischio malattia né da assicurazioni private, né da programmi pubblici di assistenza sanitaria: si tratta, in termini assoluti, di circa quaranta milioni di persone.

Esiste, tuttavia, un programma governativo per i poveri, *Medicaid*, che interviene per il rimborso di talune spese sanitarie per i cittadini al di sotto di prefissati livelli di reddito, ossia in buona parte a favore di quel 15% lasciato privo di copertura (si tratta di un programma di assistenza sociale, che, pertanto, non rientra nella *Social Security*).

Distinguendo la popolazione per fasce d'età, risulta che la maggior parte delle persone sotto i 65 anni - circa l'85% - è tutelata per i rischi sulla salute da una polizza assicurativa privata, abitualmente nell'ambito di un piano del datore di lavoro.

Le persone oltre i 65 anni virtualmente rientrano tutte nel programma governativo *Medicare*. Poiché, tuttavia, tale programma lascia ampie scoperture a carico degli assistiti, ben il 60% degli ultrasessantacinquenni acquista una polizza assicurativa privata integrativa di *Medicare* (ossia *Medigap*).

Analizzando la spesa sanitaria in base alle fonti di finanziamento, risulta che il 47% è finanziato da rimborsi statali e federali tramite i programmi *Medicare* e *Medicaid*; il 30% da assicurazioni private e il 23% da "out-of-pocket" (quindi complessivamente il settore privato finanzia il 53% delle spese sanitarie) (fonte: *Health Care Financing Administration, HCFA Financial Report Fiscal Year 1993*).

La copertura delle esigenze sanitarie degli anziani negli USA

Negli Stati Uniti, come si è detto, la copertura delle esigenze sanitarie (in senso lato) degli anziani viene realizzata, innanzitutto, tramite i due programmi pubblici *Medicare* e *Medicaid*. A differenza della Germania, non esiste ancora un programma pubblico specificamente rivolto al problema della LTC, ma, nell'ambito di *Medicare* e *Medicaid*, vengono garantite alcune prestazioni LTC.

Oltre ai programmi pubblici, le esigenze sanitarie degli anziani sono coperte da polizze private di assicurazione, ossia le polizze *Medigap* (polizze integrative di *Medicare*) e le polizze di assicurazione LTC.

Medicare

Come anticipato, *Medicare* è un programma federale di Sicurezza Sociale introdotto dal Congresso nel 1965 come XVIII titolo del "*Social Security Act*" per l'assistenza sanitaria degli anziani (sopra i 65 anni) ed i disabili beneficiari della *Social Security*. Il programma è amministrato dalla *Health Care Financing Administration (HCFA)*, che si avvale ampiamente, per la sua realizzazione, delle compagnie private di assicurazione.

Il programma è diviso in due parti:

- la Parte A - "*Hospital insurance*" - fornisce copertura per l'assistenza sanitaria per il ricovero in ospedale, in una *skilled nursing facility*, in un ospedale psichiatrico o una casa per anziani. In aggiunta, copre il costo dell'assistenza sanitaria necessaria a domicilio e l'80% delle spese sostenute per acquistare una sedia a rotelle, un letto ospedaliero e altre tecnologie di supporto previste per l'assistenza domiciliare;

- la Parte B - "*Supplementary medical insurance*" - è una copertura facoltativa (ma fortemente incentivata) per la quale l'assicurato deve pagare un premio e che copre gli onorari dei medici e certi altri servizi medici accessori.

Quasi tutti gli ultrasessantacinquenni hanno diritto alle prestazioni per la parte A (a prescindere dal livello di reddito). Infatti, i requisiti per avere il diritto alle prestazioni di *Medicare* sono: avere il diritto a ricevere le prestazioni in denaro della pensione della Sicurezza Sociale (essere "assicurato pienamente"), ovvero avere compiuto i 65 anni di età prima del 1968, ovvero soddisfare particolari requisiti corrispondenti a date situazioni di disabilità.

La parte A è finanziata da una quota della imposta sul ruolo paga della Sicurezza Sociale, pagata dai lavoratori dipendenti e dai loro datori di lavoro, e dai lavoratori autonomi (alcune categorie, tra cui i disabili, sono esentate dal pagamento).

Chi ha diritto a partecipare alla parte A del programma, ha la facoltà di acquistare la Parte B, l'assicurazione medica supplementare. La parte B è, dunque, una copertura volontaria, finanziata congiuntamente dai premi pagati mensilmente da chi adotta la copertura (il premio mensile nel 1995 per la parte B era pari a 46,10\$) e da un contributo pagato dal governo federale per ogni partecipante. Nonostante la parte B non sia obbligatoria, la maggior parte delle persone acquista tale copertura, anche in virtù del sovvenzionamento.

Dal 1972 è consentito agli anziani che non godono dei requisiti per avere diritto alle prestazioni della parte A del programma di iscriversi ad essa volontariamente, pagando un premio mensile. Il premio mensile per la parte A ammontava nel 1995 a 183 \$ per coloro che avevano maturato da 30 a 40 trimestri lavorativi coperti da *Medicare*, e 261 \$ per quelli con meno di 30 trimestri (al limite anche nessuno). Queste persone possono generalmente acquistare anche la parte B.

Medicaid

Medicaid, il XIX titolo del "*Social Security Act*", è un programma del governo federale di assistenza medica per persone bisognose, introdotto contemporaneamente a *Medicare*. Si tratta, pertanto, di un programma di assistenza sociale ("*social assistance*"), in cui il diritto alle prestazioni dipende dal livello di reddito.

Il programma fornisce assistenza medica a persone che godono dei requisiti (bassi redditi) per avere diritto alle prestazioni dei programmi quali "Aiuti a famiglie con bambini dipendenti" o "*Supplemental Security Income*", e, in alcuni Stati, ad alcune persone che hanno reddito o patrimonio sufficiente per le basilari spese quotidiane, ma non possono affrontare il pagamento delle cure mediche (c.d. "*medically needy*"). In questi casi, tra i quali il principale è rappresentato dalle spese per il ricovero nelle *nursing home*, *Medicaid* copre la differenza tra il reddito personale mensile ed i costi.

I gruppi sociali che maggiormente usufruiscono del programma sono rappresentati dalle donne e dai membri delle minoranze etniche.

La "prova dei mezzi di proprietà" da superare per avere diritto alle prestazioni prevede che i *single* non debbano possedere beni per più di 2.000 dollari (escludendo la casa). I ricoverati nelle *nursing home* che superano la "prova dei mezzi di proprietà" e le cui spese mediche eccedono la propria capacità di spesa, sono comunque tenuti a contribuire col proprio reddito al pagamento delle spese, salvo un esiguo ammontare (circa 30 dollari al mese) che possono trattenere per piccole esigenze personali.

Medicaid è amministrato da ogni Stato in base a linee guida federali ed è finanziato sia da fondi federali che statali. Il governo federale contribuisce in una percentuale dei costi che varia dal 50% all'84% a seconda del reddito pro-capite degli abitanti dello Stato.

In particolare, gli uffici statali di *Medicaid* offrono due programmi che sono mirati proprio ad aiutare alcuni beneficiari di *Medicare* dotati di bassi redditi a far fronte ai costi per le cure sanitarie, ossia che non possono affrontare gli oneri a loro carico previsti da *Medicare*, o che non possono

permettersi l'assicurazione privata *Medigap*. Inoltre, aiuta gli anziani che non possono sostenere le spese private sotto forma di "out-of-pocket" o polizze private di assicurazione per coprire i servizi che *Medicare* lascia fuori - ossia i medicinali e le spese per *nursing home*.

Il criterio della prova dei mezzi adottato per avere accesso alle prestazioni di *Medicaid* contribuisce ad acuire il fenomeno dell' "impoverimento" - uno dei maggiori problemi della LTC - in virtù del quale molti anziani non sono bisognosi dell'aiuto dell'assistenza sociale nel momento in cui entrano in una *nursing home*, ma lo diventano in seguito, a causa degli elevatissimi costi che sono costretti a sostenere per pagare la permanenza. Solo quando hanno consumato le loro proprietà in misura rilevante diventano eleggibili per ottenere un aiuto da *Medicaid*.

Per aggirare tale problema, è sorto un ricco mercato di trasferimenti di proprietà.

Medigap

Le polizze di assicurazione private *Medigap* sono nate per far fronte alle differenze tra i costi per le cure sanitarie e i rimborsi da parte di *Medicare*, dovute al fatto che il programma *Medicare* prevede comunque degli scoperti a carico degli assistiti. Più di due terzi degli anziani ha una polizza *Medigap* (per chi non può permettersela interviene *Medicaid*). Tuttavia tali polizze non arrivano mai a coprire la totalità della spesa sostenuta dall'assicurato.

Poiché la diffusione di questo tipo di polizze ha dato adito a vari abusi da parte degli assicuratori, consistenti nella determinazione di premi troppo elevati, nella previsione di prestazioni inadeguate, nella duplicazione della copertura già prevista da *Medicare*, sia i diversi Stati che il governo federale hanno ritenuto di dover disciplinare in qualche misura questo tipo di polizze.

Il *NAIC - National Association of Insurance Commissioners* (l'associazione delle Autorità di Vigilanza del settore assicurativo dei vari Stati USA) ha proposto dei modelli di regolamentazione della polizza *Medigap* che la maggior parte degli Stati ha adottato. In particolare, vi è un modello *standard*, che deve essere obbligatoriamente adottato, che garantisce le prestazioni minime: si tratta di una polizza che deve essere obbligatoriamente venduta da tutti i soggetti assicurativi, e che non può essere negata al cittadino, indipendentemente dalle condizioni pregresse di salute.

2. La copertura delle prestazioni LTC negli USA

Copertura dei servizi sanitari "post-malattie acute" di Medicare

La copertura fornita da Medicare per il rischio di non autosufficienza si limita a:

- i servizi di assistenza domiciliare forniti dalle "*Home Health Agency*" (*HHA*): si tratta di prestazioni a domicilio di assistenza infermieristica specializzata o di terapie specializzate. In aggiunta possono anche essere forniti servizi di aiuto per la cura della persona e le faccende domestiche. Si ha diritto a queste prestazioni sulla sola base della necessità medica (senza prova di mezzi) e, a differenza delle altre prestazioni di *Medicare*, non ci sono scoperti;
- l'assistenza residenziale di breve periodo, post-ricovero, nelle "*Skilled Nursing Facility*" (*SNF*): copre prestazioni residenziali di assistenza infermieristica o terapie specialistiche per brevi periodi (al massimo cento giorni) seguenti un periodo di ospedalizzazione di almeno tre giorni (le *Skilled Nursing Facility* si distinguono dalle *Nursing Homes*, in quanto più orientate all'assistenza medica).

L'obiettivo originario di entrambi i tipi di prestazioni era di finanziare solo la convalescenza post-ospedaliera e le cure di riabilitazione, al fine di dimettere al più presto gli anziani dagli ospedali, per consentire loro il rientro nelle proprie abitazioni, con complessivo contenimento dei costi.

Le prestazioni hanno, col tempo, ridotto tale carattere di cure post-ospedaliere, col venire meno dei requisiti dei tre e cento giorni, assumendo sempre più la caratteristica di una prestazione di LTC, offrendo, tra l'altro, servizi meno specialistici.

Prestazioni di LTC tramite Medicaid

Nei primi anni di vita del programma (1965-71) gli unici servizi di LTC offerti da *Medicaid* erano quelli di infermieristica specializzata (*skilled nursing facility*) e prestazioni di assistenza sanitaria domiciliare (*home health*), analogamente a *Medicare*.

Da allora sono state introdotte numerose estensioni, prima fra tutte l'introduzione di servizi di assistenza personale domiciliare (prescritta da un medico, fornita da una persona qualificata che non sia un familiare, sotto la supervisione di un infermiere professionale), facoltativi per i vari Stati, che rappresentano l'unica grossa fonte per l'assistenza domiciliare di lungo periodo per quelle persone (anziani e giovani disabili) che necessitano di aiuto nello svolgere le azioni della vita quotidiana.

Sono anche state previste delle "opzioni di rinuncia" a favore di cure LTC prestate a casa o in comunità: si tratta di servizi che gli Stati possono offrire in alternativa al ricovero in *nursing home*, a condizione che siano efficaci sotto il profilo del contenimento dei costi.

Inoltre, nel 1990 il Congresso ha istituito un fondo destinato agli "anziani molto fragili" ("*frail elderly people*" - 4711) che, nell'ambito di *Medicaid*, è l'unico dedicato esclusivamente agli anziani (si basa sulle ADL).

Nel programma *Medicaid* i pagamenti non vengono effettuati all'assistito, ma all'erogatore dei servizi. I singoli Stati stabiliscono i propri sistemi di pagamento degli erogatori di servizi, nell'ambito di ampie linee fissate dal governo federale.

Esistono, infine, due programmi governativi (il "*Social Services Block Grant*" ed il titolo III dello "*Older Americans Act*") concernenti servizi sociali per gli anziani che vivono in famiglia; peraltro, le relative previsioni di spesa in bilancio sono alquanto limitate.

Alcuni dati sulla LTC negli USA

Nella tabella sottostante si riportano i dati sulla spesa per LTC (suddivisa in servizi di assistenza residenziale e domiciliare) negli Stati Uniti nell'anno 1993, ripartita per fonte di finanziamento. Si ricorda che il principale fornitore di LTC è, in realtà, la famiglia, che presta il 70-80% delle cure necessarie (pertanto, i dati si riferiscono solo alla "*formal care*").

Negli USA solo il 22% degli anziani disabili era ricoverato in una *nursing home* nel 1987 (meno di un quarto). Nonostante ciò, questa è la voce principale di spesa per LTC, che rappresenta il 72% delle spese complessive per LTC.

	<i>Nursing home</i> (1)		<i>Home care</i> (2)		<i>Totale formal care</i> (1)+(2)	
	m.di di \$	%	m.di di \$	%	m.di di \$	%
	1993					
<i>Medicaid</i>	22,4	41	3,6	18	26	35
<i>Medicare</i>	4,3	8	9,4	45	13,7	18
<i>Out-of-pocket</i>	28	51	5,5	26	33,5	44
<i>Altri</i>			2,2	11	2,2	3
TOTALE	54,7	100	20,8	100	75,4	100

Le spese per LTC sono coperte dall'assicurazione privata solo per l'1% circa.

Delle spese per *nursing home*, *Medicare* copre appena l'8%, sebbene la maggior parte degli americani erroneamente ritenga che *Medicare* garantisce loro la permanenza nelle *nursing homes*. Pertanto, gli individui devono provvedere a tali spese con le proprie risorse ("out-of-pocket": 51%) e, solo una volta esaurite queste, possono ottenere una copertura pubblica, rivolgendosi all'assistenza sociale (*Medicaid*: 41%). Quindi gli "out-of-pocket" incidono per poco più della metà (51%), e gli interventi pubblici per poco meno della metà (*Medicare+Medicaid*: 49%) sul finanziamento delle spese per *nursing homes*.

Nell'ambito dei programmi pubblici per LTC, quindi, *Medicaid* è la fonte prevalente, e pesa al 62% delle complessive spese governative per assistenza domiciliare e residenziale. Poiché il costo di un soggiorno prolungato in una *nursing home* eccede le risorse finanziarie della maggior parte degli anziani, non ci si stupisce che oltre il 61% dei ricoverati in *nursing home* nel 1987 era costretto a ricorrere all'assistenza sociale.

Per l'anno 2018 si prevede che il numero dei residenti nelle *nursing home* crescerà da 2,2 milioni del 1993 a 3,6 milioni; il numero degli utilizzatori di assistenza domiciliare crescerà da 5,2 milioni del 1993 a 7,4 milioni; il costo complessivo per l'assistenza residenziale e domiciliare crescerà da 75,5 miliardi di dollari a 168,2 miliardi di dollari, ossia più che proporzionalmente dell'utilizzo, a causa dell'aumento dei costi sanitari superiore rispetto a quello generale dei prezzi al consumo.

Alcune considerazioni critiche

Come si è visto negli USA, ove vige una realizzazione della sanità "privata", gli anziani sono trattati in modo privilegiato rispetto alle altre classi di età: esiste, infatti, il programma governativo di assistenza sanitaria *Medicare* a loro espressamente destinato. Tuttavia la copertura previdenziale viene meno se l'anziano diventa disabile. *Medicare*, infatti, è un programma di assistenza sanitaria per le malattie acute, e fornisce solo un minimo di assistenza per prestazioni di LTC. Conseguentemente, gli anziani non autosufficienti che necessitano di assistenza, se ne hanno la capacità economica, provvedono privatamente, tramite "out-of-pocket" o assicurazioni private LTC; altrimenti, sono costretti a rivolgersi all'assistenza sociale (*Medicaid*), e possono farlo solo dopo avere esaurito le proprie risorse, mantenendo per le piccole esigenze personali pochi dollari al mese del proprio reddito.

Nel rappresentare il sistema americano di gestione della LTC, E.K. Abel (1994) si riferisce ad esso come ad un "sistema a due classi": i cittadini più benestanti, che si finanziano privatamente, da una parte, e quelli che ricorrono all'assistenza sociale tramite *Medicaid*, dall'altra.

Tuttavia le condizioni offerte alle due classi di cittadini non sono le medesime. Alcuni studi evidenziano che le *nursing homes*, le quali, pur ricevendo finanziamenti pubblici, sono enti privati con scopo di lucro, discriminano, in fase di ammissione al ricovero e anche sotto il profilo della qualità del servizio offerto, i pazienti finanziati dai programmi pubblici, poiché il rimborso che esse ottengono da *Medicaid* è inferiore alle rette pagate dai clienti privati.

Nonostante tali barriere all'accesso, poiché l'intervento pubblico per l'assistenza a domicilio è estremamente inadeguato, tra i residenti delle *nursing homes* prevalgono i poveri e le donne, per i quali non esiste una reale alternativa di assistenza domiciliare.

Anche nel settore dell'assistenza domiciliare esiste una disparità di trattamento, specialmente a seguito della trasformazione delle *Home Health Agencies* dalla forma di organizzazioni volontarie o governative a quella di organizzazioni private.

A causa della tendenza degli ospedali a dimettere il più rapidamente possibile i pazienti per contenere i costi, che determina una forte domanda di assistenza a domicilio, e della tendenza degli enti fornitori di servizi di assistenza domiciliare a privilegiare i clienti privati, si crea quella che è

stata definita dalla *University of California* come la "*no-care zone*" degli anziani non autosufficienti con bassi redditi, alla ricerca di servizi sociali di assistenza domiciliare.

3. La proposta di riforma dell'amministrazione Clinton

Negli anni 1993-1994 si è assistito negli USA ad un vivace dibattito sulla riforma del sistema sanitario, incentrato sulle possibili soluzioni ai problemi dei costi crescenti e della mancanza di un adeguato mercato assicurativo.

In questo contesto, il presidente Clinton, nella proposta di riforma della sanità, che riguardava principalmente le malattie acute, ha introdotto anche alcuni punti relativi alla LTC.

Come è noto, la proposta di riforma non è stata approvata dal Congresso.

I punti della riforma riguardanti la LTC erano principalmente i seguenti:

- un nuovo programma per l'assistenza domiciliare dei non autosufficienti gravi di tutte le età e tutte le classi di reddito, finanziato principalmente dal governo federale, amministrato dai singoli Stati, separatamente dall'assistenza sanitaria delle malattie acute, con compartecipazione finanziaria alle spese da parte di tutti gli assistiti, con la sola eccezione di quelli con più bassi livelli di reddito;
- imposizione di *standard* nazionali di regolamentazione delle polizze private LTC piuttosto severi e trattamento fiscale favorevole per l'industria assicurativa;
- modificazione dei criteri di accesso alle prestazioni di assistenza residenziale di *Medicaid*, rendendo meno restrittiva la prova dei mezzi;
- fissazione di un credito d'imposta del 50% per le spese di LTC per i non autosufficienti che lavoravano (si tratta di un'agevolazione rivolta ai non autosufficienti più giovani);
- inclusione di una piccola quantità di cure residenziali e domiciliari nei pacchetti *standard* per la cura delle malattie acute dei non anziani.

In definitiva, ci si proponeva, partendo da una situazione in cui la copertura di LTC era prevalentemente garantita da *Medicaid*, ossia da un programma per i più poveri, di allargare il campo di azione, da una parte (quella dei programmi pubblici) introducendo il criterio della partecipazione universale, e dall'altra (quella delle polizze private) garantendo *standard* minimi agli assicurati ed incentivi fiscali alle imprese.

PARTE QUARTA

Il mercato dell'assicurazione privata LTC

Il settore privato può provvedere al finanziamento delle spese di LTC direttamente con il proprio reddito o capitale ("*out-of-pocket*") o con iniziative che:

- raggruppino i soggetti potenzialmente interessati in modo da dividere i rischi delle elevate spese per LTC - le assicurazioni private LTC rappresentano uno di questi approcci, ma ne esistono altri, come, ad esempio, forme di mutualità collettiva *non profit*;
- sfruttino la capacità di pagare per la LTC con le risorse accumulate (si vedano, ad esempio, le proposte di un mercato delle nude proprietà immobiliari degli anziani sviluppate negli studi anglosassoni).

In particolare, il mercato delle assicurazioni private LTC nasce negli Stati Uniti nel 1974 (fino al 1997 si sono vendute negli Stati Uniti cinque milioni di polizze). E' naturale conseguenza, quindi,

che questo paese disponga della maggiore esperienza nel settore e abbia sviluppato nel tempo i prodotti più flessibili, che meglio rispondono alle esigenze dell'assicurato.

In Europa, invece, le prime polizze private LTC furono introdotte, oltre un decennio dopo, nel 1985 in Germania (con circa 440.000 polizze vendute fino al 1997), nel 1986 in Francia (con circa 500.000 polizze vendute fino al 1997, tra individuali e di gruppo) e nel 1991 in Gran Bretagna (con circa 25.000 polizze vendute fino al 1997).

Negli altri paesi europei tali polizze sono state introdotte più recentemente, ma sono ancora scarsamente diffuse.

1. Le forme assicurative LTC

La copertura assicurativa preferibile è, di norma, a vita intera, dato che il bisogno ad essa sottostante si verifica, generalmente, in età avanzata.

L'assicurazione LTC può fornire le seguenti tipologie di benefici:

- rendita di rata prestabilita, solitamente variabile con il grado di autosufficienza (e quindi con il livello e tipo di assistenza necessaria);
- risarcimento (di solito parziale, con clausola di "scoperto") del costo di assistenza (caso meno frequente);
- alternativa fra rendita di rata prestabilita ed assistenza (senza alcun onere di spesa) in istituti convenzionati (e trattasi, in questo secondo caso, di prestazione di "servizio LTC"), caso ancora meno frequente (copertura offerta, ad esempio, in Giappone).

Nei casi in cui la copertura assicurativa prevede un esborso monetario, si possono distinguere due metodologie per l'individuazione delle condizioni necessarie per l'erogazione del beneficio: nel primo caso - più adatto a coperture LTC aventi carattere risarcitorio - si considera pagabile il beneficio solo quando vi è da parte dell'assicurato una effettiva richiesta, e il conseguente sostenimento dei costi, di una forma di assistenza LTC (la veridicità dello stato di bisogno può essere certificata da un esame medico); nel secondo caso il beneficio è considerato pagabile quando l'assicurato è incapace di svolgere un dato numero delle "attività elementari" della vita quotidiana (ADL). Questo secondo approccio è più adatto a coperture con rate prestabilite, e consente di stabilire una corrispondenza tra rata da versare e livello globale di autosufficienza.

Le forme assicurative LTC i cui benefici sono costituiti da rendite di prefissati importi sono le più diffuse e sono attuabili con diverse modalità.

Una prima tipologia è quella della polizza LTC autonoma (*stand alone*), in cui la prestazione consiste in una rendita corrisposta nei periodi in cui l'assicurato è bisognoso di assistenza. Si tratta di una polizza ad esclusivo carattere di "copertura di rischio". La rata della rendita può essere prefissata in misura unica o, spesso e per meglio rispondere alle reali necessità, in funzione del livello di mancanza di autosufficienza. Tale livello può essere quantificato in base alla capacità (nulla, totale o parziale) dell'assicurato di svolgere date "attività elementari" (tipicamente camminare, mangiare, lavarsi, vestirsi, ecc.). E' usuale che vengano conseguentemente previsti a contratto due o tre diversi importi per la rata della rendita.

Il premio può essere corrisposto nella forma di premi periodici con assegnata temporaneità (ad esempio fino all'ingresso in quiescenza), i quali naturalmente, a parità delle altre condizioni, saranno tanto più elevati quanto più breve è il periodo di pagamento, nella forma di premi periodici vitalizi non temporanei o nella forma di premio unico, modalità questa concretamente interessante se la polizza LTC è stipulata all'ingresso in quiescenza, alla scadenza di una polizza vita mista o di capitale differito, ecc., impiegando parte della somma incassabile alla scadenza della polizza vita (tuttavia tale modalità non incontra un ampio consenso tra gli assicurati a causa del carattere di esclusiva copertura di rischio del prodotto LTC, contro quello ad elevato contenuto di risparmio di

queste polizze vita).

Nel caso dei premi periodici è usualmente previsto il beneficio della sospensione del premio nei periodi di corresponsione della rendita. L'entità del premio può venire ridotta mediante l'adozione di varie clausole, quali tipicamente la fissazione di un periodo di carenza iniziale dalla stipulazione del contratto, la fissazione di un tetto massimo per l'ammontare totale di rate pagate, la fissazione di un numero massimo di anni di corresponsione delle rate, la corresponsione della rendita solo in caso di livello molto alto di mancanza di autosufficienza. L'aumento nel tempo dei costi dei servizi LTC causato dall'inflazione può essere parzialmente fronteggiato mediante meccanismi di indicizzazione delle prestazioni e dei premi.

Un'altra modalità di realizzazione della copertura LTC è quella della rendita "maggiorata" (*enhanced annuity*), che è un semplice contratto di rendita vitalizia immediata a premio unico, stipulato da una persona già bisognosa di assistenza in modo supposto permanente. Il senso della "maggiorazione" consiste semplicemente nel fatto che le condizioni sanitarie dell'assicurato comportano una più elevata mortalità e quindi, a parità di premio unico, una maggiore rata della rendita.

Una copertura LTC può essere, poi, offerta come assicurazione complementare di un'assicurazione sulla durata di vita. Ad esempio, nel caso di abbinamento con un'assicurazione caso morte a vita intera, il beneficio LTC può consistere nell'anticipazione di una rendita o di un capitale all'insorgere del bisogno di assistenza.

La copertura LTC può essere, ancora, realizzata come integrazione di pensione (*enhanced pension*), nel caso in cui, tipicamente al momento dell'ingresso in quiescenza, una persona in normali condizioni di salute acquisti una particolare rendita vitalizia immediata a premio unico la quale prevede che all'assicurato venga corrisposta una rendita di una certa rata allorché l'assicurato è sano ed autosufficiente, che verrà innalzata quando l'assicurato sarà bisognoso di assistenza.

La copertura LTC può anche essere abbinata con una rendita vitalizia differita, in tal caso attenuandosi il carattere di "copertura di rischio" che è invece esclusivo nelle polizze di tipo autonomo.

Le coperture LTC possono essere realizzate anche nella forma di assicurazioni collettive.

Una copertura LTC, infatti, può convenientemente essere abbinata ad un piano previdenziale con prestazioni in caso vita: in tal caso le prestazioni LTC vanno finanziate mediante una sequenza di premi da versare prima del pensionamento, e, ovviamente, l'onere annuo di premi sarà tanto minore quanto più lungo è il periodo di pagamento, che, in particolare, può iniziare all'ingresso in azienda e, quindi, nel piano previdenziale. Appare di particolare interesse la copertura LTC realizzata mediante integrazione di pensione.

Hanno scopo e struttura completamente diversa, invece, quei prodotti assicurativi rivolti ad assicurare le prestazioni erogate da "comunità" che offrono assistenza LTC ai loro membri.

2. Barriere dal lato della domanda e dal lato dell'offerta

Dal lato della domanda il principale ostacolo alla diffusione di un mercato delle assicurazioni private LTC è rappresentato dall'accessibilità a questo tipo di polizze, resa difficile da premi generalmente piuttosto elevati.

L'onerosità dei premi è collegata al fatto che, tipicamente, la polizza LTC viene acquistata in età alquanto avanzata, quando il rischio di non autosufficienza (e, conseguentemente, il premio assicurativo) comincia ad essere elevato.

Tradizionalmente gli anziani sono stati sempre relativamente più poveri. Questo oggi è meno vero, poiché il reddito degli anziani negli ultimi venti anni si è sostanzialmente incrementato. Tuttavia, specialmente nei paesi dell'Europa meridionale, molti anziani sono ancora molto poveri, ed in particolare le donne anziane - nubili o vedove.

Per avere un'idea dell'onerosità dei premi assicurativi di questo tipo di polizze, basti pensare che il premio annuale medio in USA per una polizza LTC di elevata qualità nel 1991 era di 2.525 \$

all'età di 65 anni e di 7.675 \$ all'età di 79 anni (fonte: *HIAA - Health Insurance Association of America*). In Germania il premio mensile (1994) per una polizza che prevede una prestazione in caso di non autosufficienza pari ad un massimo di 2.000 DM al mese ammontava a 112 DM all'età iniziale di 60 anni, 207 DM a 70 anni e 388 DM a 80 anni.

Una seconda barriera dal lato della domanda è costituita dalla mancanza di consapevolezza del rischio - al limite della sua negazione - nella maggior parte delle persone.

Eppure, stime internazionali relative ad alcuni dei paesi più industrializzati evidenziano che la probabilità per un individuo di 65 anni di avere bisogno, negli anni a venire, di forme di assistenza residenziale a seguito del verificarsi di situazioni di non autosufficienza è di circa il 40%.

Una terza barriera riguarda la cattiva informazione dei cittadini sulle prestazioni effettivamente garantite dalle coperture pubbliche e private. Ad esempio, negli Stati Uniti gran parte dei cittadini pensa che *Medicare* o le polizze malattia private integrative coprano i servizi prolungati di assistenza residenziale o domiciliare, il che non corrisponde alla realtà.

Seppure esistano anche dal lato dell'offerta numerose barriere che riducono l'accessibilità e la disponibilità delle coperture, il problema fondamentale dal lato dell'offerta riguarda l'assicurabilità dell'evento in questione: non esiste, infatti, opinione concorde tra gli studiosi e gli operatori del settore assicurativo dei vari paesi sul fatto che il rischio di LTC sia un rischio assicurabile. La assicurabilità è analizzabile sotto tre distinti profili.

Una prima componente riguarda il "*moral hazard*", ossia l'utilizzo eccessivo di servizi LTC indotto dal fatto che l'individuo dispone di una copertura assicurativa. Sebbene la riluttanza degli anziani ad essere ricoverati in una *nursing home* mitiga il rischio di un forte incremento nella domanda di tale tipo di servizi, non altrettanto dicasi per i servizi di assistenza domiciliare.

La seconda componente riguarda la capacità degli individui di prevedere il proprio futuro bisogno di assistenza e, conseguentemente, di proteggersi acquistando una polizza LTC: si tratta del fenomeno di "selezione avversa" del rischio, in base al quale, tra tutti gli anziani, verosimilmente saranno più propensi ad acquistare una polizza LTC quelli che godono di condizioni di salute mediamente più precarie. In tal modo si determina una selezione, tra tutti i possibili acquirenti, avversa all'interesse della compagnia di assicurazione.

La terza e principale componente dell'assicurabilità del rischio riguarda la prevedibilità dei costi complessivi, ossia il problema se i costi relativi all'evento assicurato siano prevedibili per il collettivo assicurato nel complesso. Questo aspetto è fondamentale in quanto costituisce il presupposto per il calcolo dei premi su base attuariale.

Da questo punto di vista le polizze LTC costituiscono per l'assicuratore un prodotto estremamente delicato a causa della mancanza di statistiche adeguate per un settore ancora nuovo e, specialmente, a causa del fatto che può intercorrere un lungo lasso di tempo tra il momento in cui l'assicurato stipula la polizza e quello in cui l'evento assicurato si manifesta (in effetti, considerando che la non autosufficienza colpisce soprattutto i più anziani - oltre 85 anni - nel caso di una polizza acquistata a 65 anni, prima di ottenere la prestazione, passerà mediamente un periodo di 20 anni; nel caso di una polizza acquistata a 45 anni, passerà mediamente un periodo di 40 anni).

L'incertezza riguarda i tassi di mortalità e di disabilità della popolazione, i tassi di ricorso ai servizi di assistenza, l'inflazione dei costi dell'assistenza residenziale e domiciliare, e, naturalmente, i tassi d'interesse.

Per superare il problema della scarsa maturità delle basi statistiche da adottare per una corretta valutazione del premio, le compagnie si basano anche su esperienze registrate in altri paesi. Nel caso dell'Italia si potrà utilizzare, ad esempio, la base tecnica per la LTC adottata in Germania, la quale, a sua volta, è desunta da una rilevazione statistica giapponese.

Viene adottata dalle compagnie una certa "flessibilità" nella tariffazione e, in particolare, si tende ad apportare correzioni al livello di premio non appena si sia acquisita una certa esperienza statistica sul mercato.

Questo spiega perché le compagnie di assicurazione sono state molto caute nei primi anni di sviluppo di questo nuovo prodotto, sperimentando una serie di condizioni limitative del rischio e

manifestando una maggiore propensione ad offrire prestazioni nella forma di rendite di denaro, come tali predeterminate nell'importo, piuttosto che nella forma di rimborsi spese o di prestazioni di servizi.

In particolare, negli Stati Uniti una serie di previsioni nelle condizioni contrattuali nelle prime generazioni di polizze LTC - quali, ad esempio, la richiesta della preventiva ospedalizzazione, o la limitazione della copertura ai servizi di infermieristica specializzata, escludendo più semplici forme di custodia - determinarono insoddisfazione nei consumatori tale da indurre il NAIC ad adottare una "*Model law*", che stabilisce degli *standard* minimi di qualità e trasparenza per le polizze LTC (nel 1995 circa 43 Stati avevano adottato il modello di regolamentazione del NAIC).

Gli *standard* minimi prevedono, tra l'altro, che sia garantita la rinnovabilità della polizza, l'ammissibilità del recesso solo in circostanze eccezionali espressamente previste per legge, che non possano essere escluse malattie se non quelle derivanti da condizioni preesistenti, da guerra, da disordini mentali o nervosi, e altri casi espressamente previsti, la copertura obbligatoria del morbo di Alzheimer, clausole di indicizzazione contro l'inflazione, ed un "*loss ratio*" minimo pari al 60% per contenere eventuali extra-profitti delle imprese.

In USA e Gran Bretagna sono state effettuate alcune simulazioni per stimare la potenziale domanda di polizze LTC e l'impatto di politiche volte ad espandere il mercato privato delle assicurazioni LTC.

In Gran Bretagna il Wittemberg (1989), utilizzando un prototipo di polizza LTC, ha stimato che - assumendo che un individuo di 65 anni, non dipendente da pensione sociale ed avverso al rischio, sia disposto a spendere una percentuale che va dal 5% al 10% del proprio reddito per l'acquisto di una polizza LTC - una proporzione compresa tra il 10% e il 30% dei nuclei familiari costituiti da individui soli, ed una compresa tra il 10% e il 15% delle coppie sposate, sarebbe in grado di affrontare l'acquisto della polizza LTC.

Negli Stati Uniti, per superare gli ostacoli all'espansione del mercato assicurativo privato delle polizze LTC creati dalle barriere sopra esaminate, sono state avanzate varie proposte a livello governativo.

Il primo e più immediato tipo di proposte riguarda agevolazioni fiscali per gli acquirenti di polizze LTC.

Un secondo e più articolato insieme di proposte concerne forme di "*partnership*" tra le polizze private LTC e il programma *Medicaid*, che prevedono facilitazioni all'accesso di *Medicaid* per chi acquisti una polizza LTC. Sostanzialmente si propone di elevare la soglia di beni di proprietà normalmente richiesta per avere diritto alle prestazioni di *Medicaid* per chi sia in possesso di una polizza LTC.

Questi meccanismi sono stati, peraltro, oggetto di discussioni a livello politico, poichè, secondo taluni, consentirebbero ad anziani relativamente benestanti e ai loro eredi di beneficiare di un programma, quale *Medicaid*, destinato ai poveri.

Infine, vari studiosi, tra cui il Wiener, ritengono che lo strumento più efficace sia rappresentato dall'offerta di polizze collettive da parte dei datori di lavoro ai propri dipendenti. La valenza di questo tipo di soluzione, che, tra l'altro, comporta minori oneri amministrativi rispetto alle polizze individuali, risiede principalmente nel fatto che permette di allargare la collettività degli assicurati anche alle classi di età più giovani, esposte a minori livelli di rischio, con conseguente riduzione dei premi e consentendo alle compagnie di assicurazione l'accumulo di riserve per il pagamento delle prestazioni future.

I risultati di una microsimulazione effettuata dal Wiener, utilizzando il *Brooking-ICF Long Term Care Financing Model* e ipotizzando quattro distinti scenari di mercato, forniscono le seguenti previsioni per il 2018:

- nel primo caso, ipotizzando che le polizze siano acquistate solo da individui che abbiano un'età di 67 anni e oltre, che il premio non rappresenti una percentuale superiore al 5% del reddito e che dispongano almeno di 10.000 \$ in proprietà oltre la casa, la percentuale di

anziani (oltre i 76 anni) che a quella data saranno coperti da un'assicurazione privata LTC è pari al 20%;

- nel caso dell'introduzione di un incentivo fiscale, nella forma di un credito d'imposta pari al massimo al 20% del reddito, tale percentuale sale al 28%;
- nel caso di un collegamento polizza privata/*Medicaid* la percentuale è pari al 32%;
- nel caso di una polizza collettiva offerta dal datore di lavoro - l'unico in cui si ipotizza che anche chi ha meno di 67 anni stipuli una polizza - il quale paga metà del premio, a partire da un'età minima di 40 anni, nell'ipotesi che la percentuale del reddito che si è disposti a spendere in polizze LTC varia dal 2% per i quarantenni fino al 5% per i sessantasettenni, si raggiunge una percentuale pari all'80% degli anziani coperta da polizze LTC.

L'ISVAP, applicando analoghe metodologie all'Italia, pur con i limiti derivanti da contesti socio-istituzionali diversi, in un quadro di condizioni legislative invariate e senza tener conto di eventuali agevolazioni fiscali, ha stimato una domanda potenziale pari a 1.800 mila polizze LTC - considerando l'acquisto di una polizza tipo LTC per l'erogazione di una rendita di un milione e mezzo di lire in caso di non autosufficienza da parte di individui di età dai 65 anni in su, avversi al rischio e disposti a spendere al massimo il 5% del proprio reddito in polizze LTC.

Sulla base, invece, delle esperienze sinora registrate in USA e Gran Bretagna, solo circa il 3% della popolazione ultrasessantacinquenne - che in Italia corrisponderebbe a 282 mila individui - ha acquistato polizze LTC.

La velocità con cui la domanda effettiva si potrà avvicinare a quella potenziale dipenderà dall'avversione a questa tipologia di rischio, dalla definizione della quantità e qualità dell'intervento pubblico in questo campo, dall'andamento del reddito.

CONCLUSIONI

Le possibili risposte al caso italiano

Per avere un'idea dell'ordine di grandezza delle cifre del problema in Italia, un primo tentativo di valutazione del fabbisogno (domanda) di assistenza per gli anziani non autosufficienti in Italia è stato effettuato da Piperno. Un calcolo approssimativo, utilizzando dati ISTAT e alcuni studi inglesi, ed adottando ipotesi semplificatrici, porta ad una stima del fabbisogno attuale pari a circa 29.000 miliardi.

E' stato, inoltre, valutato che il costo iniziale di uno schema pubblico di assistenza ai non autosufficienti, uguale a quello introdotto in Germania con la legge sull'assicurazione obbligatoria per il rischio di non autosufficienza, estrapolato sulla base dei dati tedeschi e considerando che la popolazione italiana è pari circa ai 5/8 di quella tedesca, si aggirerebbe intorno ai 18.000 miliardi di lire all'anno e sarebbe soggetto a crescere di circa il 35% nell'arco dei prossimi 35 anni.

Se ancora non esistono dati che permettono di effettuare un confronto dei costi e dell'efficienza nei vari paesi nella specifica realizzazione dell'assistenza ai non autosufficienti, tuttavia si possono compiere alcuni raffronti rispetto al complesso della sanità.

Con riferimento ai due modelli esaminati - Germania e Stati Uniti - si nota che la spesa sanitaria rispetto al PIL è di circa il 9% in Germania e di circa il 14% negli Stati Uniti (1993, dati OCSE).

Con riferimento ai principali paesi europei - Germania, Regno Unito, Francia, Italia - un confronto fra i costi pro-capite e l'efficienza dei servizi sanitari, misurata dal grado di soddisfazione espresso dagli utenti, pone in evidenza che l'Italia - pur con costi intermedi fra il Servizio Sanitario

Nazionale (Regno Unito) e l'assicurazione sociale di malattia (tipicamente la Germania) - realizza il suo Servizio Sanitario Nazionale con costi più elevati del Regno Unito e un grado di insoddisfazione degli utenti maggiore tra quelli dei paesi presi in esame (solo 1 su 5 è soddisfatto contro 4 su 5 della Germania ed 1 su 2 del Regno Unito).

I primi dati disponibili sull'assicurazione sociale tedesca per i non autosufficienti indicano che il costo complessivo della realizzazione tramite le Casse di assistenza, tenendo conto delle diverse fasi di attuazione, è stato pari, rispettivamente, a 10,85 miliardi di marchi nel 1995, 21,24 nel 1996, 31,41 (stima) nel 1997; nel 1996, il costo medio per prestazione è risultato pari, rispettivamente, a 12.700 marchi per le prestazioni di assistenza domiciliare, e a 13.750 marchi per l'assistenza residenziale (la quale, tuttavia, è stata garantita nel 1996 solo a partire dal mese di giugno).

Gli attuali orientamenti nazionali in materia

La Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale (Commissione Onofri - Relazione finale del 28 febbraio 1997) ha prospettato la possibilità di arricchire il sistema assistenziale italiano col nuovo istituto del Fondo per i non autosufficienti, sul modello di quello istituito in Germania nel 1994, da finanziare con una imposta di scopo, senza però comportare un innalzamento della pressione fiscale complessiva, bensì destinando al fondo le risorse che gradualmente si renderebbero disponibili in seguito all'interruzione di altri istituti assistenziali (inclusa l'indennità di accompagnamento), tramite una esplicita "prenotazione" di una frazione della pressione tributaria al soddisfacimento di questo bisogno.

In relazione a ciò, sembrerebbe, in ogni caso, opportuno definire se ed in che modo sia applicabile il modello tedesco della *Pflegeversicherung*, da finanziare tramite un'imposta di scopo, anziché tramite contributi - come in Germania - e da realizzare in un modello della sicurezza sociale quale quello italiano, caratterizzato da un mix di impostazioni nei diversi settori.

Attualmente (1996), nell'ambito delle politiche sociali, le risorse destinate dallo Stato alle indennità di accompagnamento ammontano a 7.850 miliardi, sono destinate, indipendentemente dal livello di reddito degli interessati, ad 860 mila beneficiari, di cui oltre il 70% ultrasessantacinquenni.

Il Gruppo di lavoro Mercato sociale del CNEL, in un rapporto predisposto per la XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati, ha delineato un sistema di assistenza ai non autosufficienti articolato su due livelli: un primo livello di natura pubblica, universale ed obbligatoria, gestito a ripartizione, che eroghi i servizi indispensabili, in modo non condizionato alla prova dei mezzi; un secondo livello di assistenza gestito con una logica privatistica, a capitalizzazione, con il compito di garantire una copertura assistenziale integrativa rispetto al primo livello (sia nel senso di rivolgersi a livelli di non autosufficienza più bassi di quelli che danno accesso al sistema pubblico, sia nel senso di erogare servizi non strettamente indispensabili).

Viene prospettato, in entrambi i livelli, l'utilizzo dello strumento del *voucher*, ritenuto idoneo ad attivare meccanismi di mercato e a creare competizione nell'offerta dei servizi tra operatori privati orientati al profitto, operatori pubblici e operatori del settore *non profit* e ad attribuire all'assistito un effettivo potere di scelta, che consente di selezionare gli erogatori più efficienti di servizi e di rivelare al mercato le effettive preferenze dei destinatari dell'assistenza.

In questi ultimi mesi è stato dato l'avvio al riordino delle politiche sociali di assistenza e del Sistema Sanitario Nazionale.

Per quanto riguarda la riforma dell'assistenza, è stato recentemente approvato dal Consiglio dei Ministri lo schema di disegno di legge recante "Disposizioni per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali" (Atti della Camera dei Deputati n.4931), sulla base

dell'accordo Governo-Parti sociali del 31 novembre 1997, messo a punto dal Ministero della solidarietà sociale.

Gli indirizzi fondamentali della riorganizzazione del sistema prevedono, tra l'altro, la definizione attraverso apposita normativa nazionale di *standard* essenziali delle prestazioni sociali; la creazione di un sistema di interventi integrati che raccordi l'aspetto sociale con quello sanitario; la riclassificazione degli assegni e delle indennità vigenti.

In particolare è previsto che, nell'ambito del Fondo per le politiche sociali, venga determinata annualmente una quota da riservare ai servizi delle persone anziane non autosufficienti allo scopo di sostenere e favorire l'autonomia dei singoli e del nucleo familiare, ferme restando le competenze del Servizio Sanitario Nazionale nei confronti dei malati cronici, compresi quelli non autosufficienti.

La legge 449/97 (provvedimento collegato alla legge finanziaria per il 1998, che ha istituito il Fondo per le politiche sociali) ha previsto un'autorizzazione di spesa di 286 miliardi per il triennio 1998-2000 da destinare per le necessità del Fondo per le politiche sociali (comprensivo, quindi, della parte riservata ai non autosufficienti).

Del problema dell'assistenza sotto il profilo sanitario ai non autosufficienti si occupa il nuovo Piano Sanitario Nazionale (Psn 1998-2000 - testo approvato in sede di esame preliminare dal Consiglio dei Ministri il 15 maggio 1998), che individua tra gli obiettivi prioritari da perseguire il rafforzamento della tutela dei soggetti deboli, nel cui ambito rientrano gli anziani disabili.

Nel Piano sono anche definiti, a carattere generale, i livelli essenziali di assistenza sanitaria, la cui individuazione è, ai fini delle effettive prestazioni, peraltro, rinviata ad una fase successiva.

E' da aggiungere che, nel disegno di legge di delega per la razionalizzazione del SSN all'esame del Parlamento (Atti del Senato n.3299), si precisa che le forme integrative di assistenza sanitaria (di cui all'art.9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni) si riferiscono a prestazioni aggiuntive, eccedenti i livelli uniformi essenziali di assistenza sanitaria definiti dal Piano sanitario nazionale, e con questi integrati.

Un caso, nel panorama italiano in materia di interventi a favore dei non autosufficienti, è rappresentato dalle iniziative delle province della regione Trentino Alto Adige. La regione Trentino Alto Adige ha promosso nel 1997 un Disegno di legge (n.63/XI, approvato dalla I Commissione legislativa il 17 gennaio 1997) il quale prevede l'introduzione della copertura previdenziale obbligatoria per l'assistenza ai non autosufficienti, ad integrazione delle forme previdenziali in campo sanitario e pensionistico, ritenendo di dovere svolgere una funzione di supplenza in attesa che lo Stato intervenga in materia di previdenza, intesa ad assicurare ai cittadini non autosufficienti una vita dignitosa, attraverso un'assistenza qualificata e continuativa. In ciascuna delle province autonome di Trento e Bolzano è prevista la costituzione di un fondo previdenziale di assistenza ai non autosufficienti, cui sono iscritti i cittadini residenti in regione contribuenti al Servizio Sanitario Nazionale. Il fondo è finanziato in parte (al 40%) da contributi previdenziali, e per il resto da assegnazioni regionali e dai proventi del fondo. Il contributo previdenziale è richiesto in forma di una maggiorazione del contributo per il SSN ed è pari allo 0,8% del reddito imponibile, e, nel caso di lavoratori dipendenti, grava per metà sul datore di lavoro e per metà sul lavoratore. Le prestazioni previdenziali sono erogate sotto forma di assegni, in misura differenziata secondo la natura e il grado di bisogno. Recentemente (9 giugno 1998) è stato approvato il testo di una legge regionale per il Trentino Alto Adige che ha sancito i principi base della creazione del fondo, rinviando ad un momento successivo l'articolazione del funzionamento del fondo stesso.

Proposte per favorire l'assistenza ai non autosufficienti tramite il ricorso allo strumento assicurativo privato

Si ritiene che dalle enunciazioni e dai riferimenti di cui sopra appaia evidente la importanza e,

nello stesso tempo, la complessità del problema in esame. Ciò sia in relazione alle scelte di fondo di politica socio-sanitaria, sia ai metodi attuativi, sia, infine, in considerazione dell'entità dei mezzi finanziari da destinare allo scopo.

Si tratta, in definitiva, di un problema su cui si dovrà concentrare, nei prossimi anni, l'attenzione del Parlamento e degli Organi di Governo e che richiederà approfondite valutazioni.

Sembra, comunque, che anche in Italia saranno necessarie, per far fronte alla crescente domanda di assistenza ai non autosufficienti, oltre alle risorse a tal fine destinate dallo Stato nell'ambito dell'assistenza e della sanità, anche risorse aggiuntive da parte dei privati cittadini.

In tale contesto appare opportuno, pertanto, favorire la destinazione di quote di risparmio individuale al soddisfacimento delle esigenze previdenziali in questione attraverso il ricorso allo strumento assicurativo - sia nella forma individuale che collettiva.

Nell'immediato, si potranno proporre delle agevolazioni fiscali volte ad incentivare l'acquisto di polizze LTC.

Si potrà, ad esempio, prevedere che le prestazioni erogate non concorrono alla determinazione del reddito imponibile e che i premi relativi, anche se collegati a polizze vita *standard*, siano anch'essi deducibili dal reddito, entro un certo ammontare.

Potrebbe risultare di una certa efficacia agevolare la stipulazione di tale tipo di polizze quando si colleghi al contesto dell'attività di previdenza integrativa svolta dai fondi pensione. Si potrà, a tal fine, incentivare l'acquisto di polizze LTC effettuato con la parte di prestazione pensionistica liquidata dai fondi pensione in forma di capitale, prevedendo, ad esempio, che i premi non concorrono alla determinazione del reddito imponibile per un ammontare prefissato. Le quote di capitale erogate dal fondo pensione ed utilizzate per contrarre una polizza contro la non autosufficienza non dovrebbero essere soggette a tassazione per la duplice ragione che non sono materialmente percepite dall'assicurato e l'utilizzo in cui sono reimpiegate è di tipo previdenziale.

Le polizze LTC, per essere meritevoli delle agevolazioni fiscali in questione, dovrebbero soddisfare dei requisiti qualitativi minimi quali, ad esempio, l'inclusione della copertura del morbo di Alzheimer, la limitazione del periodo di carenza iniziale dalla stipulazione del contratto, l'assenza di limiti di età all'ingresso e di permanenza. Sulla base di questi intendimenti l'ISVAP ha predisposto una proposta di legge riprodotta in Appendice.

Alcuni calcoli puramente esemplificativi, come illustrato in precedenza, portano a stimare, per il mercato italiano, una domanda potenziale massima pari a 1.800 mila polizze LTC. Sulla base, invece, delle esperienze registrate negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, solo circa il 3% della popolazione ultrasessantacinquenne - che in Italia corrisponderebbe a 282 mila individui - ha acquistato una polizza LTC.

Il rischio in questione è spesso sottovalutato dal cittadino; eppure, stime internazionali relative ad alcuni dei paesi più industrializzati evidenziano che la probabilità per un individuo di sessantacinque anni di avere bisogno, negli anni a venire, di forme di assistenza residenziale a seguito del verificarsi di situazioni di non autosufficienza è di circa il 40%.

Si è dell'avviso che i suddetti incentivi, pur non costituendo, ovviamente, una soluzione globale del problema, potranno essere di effettiva utilità, anche in un'ottica di sensibilizzazione dell'opinione pubblica al problema e di responsabilizzazione dei singoli cittadini nelle scelte di gestione delle proprie risorse (in Germania esistono forme di incentivi fiscali per coloro che stipulano una polizza volontaria per il rischio di non autosufficienza integrativa di quella obbligatoria, con agevolazioni particolari per i più giovani - i nati dopo il 1957).

Ultima, ma non meno importante considerazione: il progressivo impegno di parte del risparmio di fasce di cittadini a fronte della tutela individuale di bisogni primari, tramite il ricorso al mercato

assicurativo privato, rende più agevole il ridimensionamento dell'impegno pubblico, o, comunque, il suo rimodellamento in direzione di un Welfare che, tenuto conto delle esigenze intergenerazionali, coniughi le compatibilità finanziarie con l'obiettivo di tutela dei cittadini effettivamente bisognosi di assistenza pubblica.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *Il Welfare sanitario in Europa: nuovi modelli di integrazione fra i sistemi pubblici, spesa privata ed economia sociale*, Quaderno Cesar, atti del convegno europeo di studi, ottobre 1997.

AA.VV., *Il ruolo delle assicurazioni, fondi integrativi e mutue nel riordino del Sistema Sanitario Nazionale*, atti del convegno Unisalute, Bologna 20 settembre 1996.

Abel, E.K. (1994), *The limits of social insurance protection for the elderly in the United States: the two class system of long term care*, in: "Social security and social change: new challenges to the Beveridge model".

AIM Report (Association internationale de la mutualité) (ottobre 1996), *I sistemi attuali di protezione della salute: strutture e tendenze in 5 paesi europei*, a cura di Jean Hermesse.

Beltrametti, L., *L'assistenza ai non autosufficienti: alcuni elementi per il dibattito*, in: "Politica Economica", n. 1 1998, p. 155-185.

Blondeau, J.-Dubois, D., *Financing old-age dependency in Europe: towards overall management of old-age*, in: "The Geneva Papers on Risk and Insurance", 22 (n. 82 Jan. 1997).

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (luglio 1994), *Erläuterungen zur sozialen Pflegeversicherung* (Il Fondo Previdenziale di Assistenza ai non autosufficienti), Bonn, traduzione italiana a cura della Provincia Autonoma di Bolzano.

Bundesministerium für Gesundheit (Jan. 1997), *"Health care in Germany"*, Bonn.

Burchardt, T.-Hills, J. (1997), *Private welfare insurance and social security - pushing the boundaries*, Joseph Rowntree Foundation, York.

Burchardt, T. (Feb. 1997), *What price security? - Assessing private insurance for long term care, income replacement during incapacity, and unemployment for mortgagors*, Discussion paper 129 - The Welfare State Programme, London.

CNEL - Gruppo di lavoro Mercato sociale (1998), *L'assistenza ai non autosufficienti: azione pubblica e meccanismi di mercato*, rapporto n. 1 dell'indagine richiesta dalla Camera dei Deputati-Commissione XII Affari sociali.

CNEL - Gruppo di lavoro Mercato sociale (1998), *L'articolazione istituzionale e organizzativa dell'assistenza in alcuni Paesi OCSE*, rapporto n. 4 dell'indagine richiesta dalla Camera dei Deputati-Commissione XII Affari sociali.

Cohen M.A. et al., *Financing Long-Term Care: a practical mix of Public and Private*, in: "Journal of Health Politics, Policy and Law", vol. 17 n. 3 - 1992.

Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, *Relazione finale*, 28 febbraio 1997.

Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, *La spesa per l'assistenza*, Documento di base n.3 (a cura di Bimbi F., Bosi P., Ferrera F., Saraceno C.).

Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, *I principali istituti assistenziali in Italia*, Allegato 2 al documento di base n. 3 (a cura di Bosi P., Carnevali G., Massicci F.).

Cutler, D. (1993), *Why doesn't market fully insure long term care?*, National Bureau of Economic Research working paper n. 4301, USA.

Department of Health and Human Services (1996), *The 1996 Green Book*, Washington D.C.

Egidi V. (1997), *Anziani: prospettive demografiche e problemi sociali*, in "Verso un nuovo stato sociale - tendenze e criteri", a cura di D. da Empoli e G. Muraro, Franco Angeli, Milano.

Fachinger, U.-Rothgang, H. (1997), *Parere su un progetto per un fondo di previdenza ai non autosufficienti*, Brema.

Ferrera, M. (1998), *Le trappole del welfare*, ed. Il Mulino.

Gandolfi, G. (1998), *Le assicurazioni Long Term Care*, in: "Diritto ed Economia delle assicurazioni", n. 1, 1998.

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., *Steuern und Lebensversicherung* 1997.

Gotting, U.-Haug, K-Hinrichs, K. (Centre for social policy research, Bremen), *The long road to long term care insurance in Germany*, su Jnl Publ. Pol 14, 1994.

Gravelle J.-Taylor J., *Financing long term care for the elderly*, in: "National Tax Journal", september 1989, USA.

ISTAT (1994), *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*.

ISTAT (1997), *Anziani in Italia*, ed. Il Mulino, Bologna.

Ministero della Sanità (1998), *Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - Un patto di solidarietà per la salute*.

Münchener Rück (1993), *Cover of the long term care risk*.

Münchener Rück (1997), *L'assicurazione Long Term Care privata in Europa*.

Nuttall S.R. e altri, (1994), *Financing long term care in Great Britain*, in: "Journal of the institute of actuaries", vol. 121, Oxford.

- OCSE (1994), *Caring for frail elderly people - new directions in care*, social policy studies n. 14.
- OCSE (1996), *Health care reform - the will to change*, health policy studies n. 8.
- OCSE (1996), *Caring for frail elderly people - policies in evolution*, social policy studies n. 19.
- OCSE (1997), *Ageing in OECD countries - a critical policy challenge*, social policy studies n. 20.
- OCSE (1998), *Maintaining prosperity in an ageing society*.
- Piperno, A. (1997), *Mercati assicurativi e istituzioni: la previdenza sanitaria integrativa: il problema, le argomentazioni, le proposte*, ed. Il Mulino, Bologna.
- Piperno, A. (1998), *L'assicurazione di Long Term Care in Italia*, Documento di lavoro, Progetto CNR sulla domanda di assistenza, Università di Napoli Federico II.
- Pitacco, E. (1995), *Modelli attuariali per le assicurazioni sulla salute*, EGEA, Milano.
- Provincia Autonoma di Bolzano (a cura di) (1997), *La copertura previdenziale per i non autosufficienti*.
- Rivlin, A.M (The Brookings Institution, Washington), *Simulating policy alternatives for long term care: an example of the Orcutt approach*, in: "Journal of Economic Behavior and Organization 14, 1990.
- Tomassetti A. (1994), *Tecnica attuariale per collettività*, ed. Kappa, Roma.
- Vaughan E.J. - Vaughan T.M. (1996), *Fundamentals of risk and insurance*, ed. John Wiley & Sons, USA.
- Wiener J. et al., *Financing Long-Term Care: How much Public? How much Private?*, in: "Journal of Health Politics, Policy and Law, vol. 17 n. 3 - 1992.
- Whynes, D.K, *The provision and finance of long term care in the United Kingdom*, in: "The Geneva Papers on Risk and Insurance", 21 (n. 79 apr. 1996).
- Wittemberg, R. (1989), *Prototype insurance policy for long term care*, Government Economic Service Working Paper n.105, Department of Health, U.K.
- Wolfe, J. (1993), *The coming health crisis - who will pay for care for the aged in the twenty-first century?*, The University of Chicago.
- Yung Ping Chen, *Financing long term care: an intragenerational social insurance model*, in: "The Geneva Papers on Risk and Insurance", 19 (n. 73 oct. 1994).
- Zweifel, P., *Providing long term care: insurance vs. trust saving*, in: "The Geneva Papers on Risk and Insurance", 21 (n. 79 apr.1996).

La proposta di legge dell'ISVAP

Progetto di legge per l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza

1. Le assicurazioni contro il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti quotidiani della vita, che prevedono l'erogazione di una rendita, ovvero il risarcimento del costo di assistenza, ovvero l'erogazione di servizi di assistenza, godono del trattamento fiscale di cui ai successivi commi 2 e 3 se prevedono almeno:

- l'inclusione in copertura del morbo di Alzheimer;
- coperture senza limite di età all'ingresso e di permanenza;
- che eventuali periodi di carenza previsti non siano superiori a 1 anno.

Per non autosufficienza si intende la incapacità, presumibilmente permanente, di svolgere le attività elementari della vita quotidiana o una rilevante parte di esse.

2. Le somme erogate dai fondi pensione in forma di capitale, di cui all'art. 7, comma 6, lett. a), del decreto legislativo n. 124/1993, e utilizzate per contrarre una assicurazione contro il rischio di non autosufficienza non concorrono alla determinazione dell'imponibile per un ammontare non superiore al 50% del capitale erogato.

3. Le prestazioni erogate dalle assicurazioni contro il rischio di non autosufficienza di cui al comma precedente e quelle comunque derivanti da contratti sottoscritti in forma diretta individuale o collettiva non concorrono alla determinazione del reddito imponibile. I premi o i contributi corrisposti per le medesime coperture sono detraibili dal reddito ai sensi dell'art. 13 bis, lett. f bis), del TUIR.

4. All'art. 13 bis del TUIR, dopo la lett. f), è aggiunta la seguente:

"f bis) i premi per le assicurazioni contro il rischio di non autosufficienza per importo non superiore a lire 2 milioni e 500 mila".

Finito di stampare nel mese di settembre 1998