

QUADERNI

11

IL COSTO E IL FINANZIAMENTO DELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA

INDICE

INTRODUZIONE

1. Presentazione dello studio
2. Aspetti demografici nei paesi più industrializzati
 - 2.1. La popolazione generale: invecchiamento
 - 2.2. Dinamiche future della popolazione anziana
 - 2.3. Andamento della disabilità

PARTE PRIMA: I possibili modelli per il finanziamento della LTC

1. Generalità
2. Le modalità di finanziamento della LTC
3. Sistemi finanziari di gestione e redistribuzione fra generazioni
4. Modelli per il caso italiano

PARTE SECONDA: Le soluzioni del problema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti realizzate in Germania, Francia, Gran Bretagna

1. Germania
2. Francia
3. Gran Bretagna

PARTE TERZA: Il problema degli anziani non autosufficienti in Italia

1. Gli anziani non autosufficienti in Italia
2. L'attuale spesa per l'assistenza agli anziani non autosufficienti
3. Il costo di un'assicurazione sociale per l'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia

-
- 3.1 Le ipotesi sottostanti
 - 3.2 Gli scenari
 - 3.3 Il finanziamento dell'assicurazione sociale per l'assistenza agli anziani non autosufficienti
 - 4. Gli sviluppi futuri
 - 4.1. Il fabbisogno futuro di assistenza
 - 4.1.1 L'evoluzione della popolazione italiana
 - 4.1.2 La proiezione statica degli anziani disabili
 - 4.1.3 Le previsioni dei costi futuri
 - 4.2. Il finanziamento futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti
 - 5. Considerazioni di sintesi

PARTE QUARTA: La LTC nel contesto dei fondi pensione

- 1. Premessa
- 2. Il modello tecnico
- 3. La soluzione operativa proposta

CONCLUSIONI: Possibili proposte per la soluzione della LTC in Italia

Appendice A

Documenti presentati nel corso della Conferenza delle Autorità di Vigilanza sulle Assicurazioni della Unione Europea

- A.1** 114° Conferenza, Helsinki, maggio 2000
Report by the Italian delegation with respect to the questionnaire on Long Term Care
- A.2** 116° Conferenza, Oslo, maggio 2001
LTC insurance: problems relating to supervision

Appendice B

Terminologia

Appendice C

Tabelle allegate alla parte quarta

Bibliografia

INTRODUZIONE

1. Presentazione dello studio

Nei paesi industrializzati, a partire dalla fine degli anni '60, i processi di invecchiamento della popolazione, di diminuzione della fecondità e di rallentamento del tasso reale di crescita del PIL hanno provocato preoccupazioni dei governi sui problemi della previdenza pensionistica di base. Dai primi anni '90 si è manifestato anche un crescente interesse per il sostanziale aumento della domanda di prestazioni di lunga durata di carattere socio-sanitario per gli anziani a seguito dell'eventuale perdita della propria autonomia (*Long Term Care - L.T.C.*).

L'incremento della spesa per le persone non autosufficienti nei paesi in questione è destinato a crescere per vari fattori che agiscono tutti nello stesso senso di aggravamento della spesa per lo Stato: in primo luogo l'aumento sia del numero sia dell'età media degli anziani, in secondo luogo la diminuzione della possibilità di assistenza familiare per la diminuzione del numero dei componenti della famiglia.

Il delinarsi di tale situazione sta acquistando una importanza sempre più significativa, soprattutto in Europa (ed in Giappone), tanto che taluno (Hecken, 1997) - accanto alle tradizionali previdenze per la vecchiaia, sanità, disoccupazione - scrive significativamente di "Quinto ramo a carattere obbligatorio del sistema della previdenza ed assistenza in Germania".

Il presente studio è preceduto da un quadro generale degli aspetti demografici nei paesi più industrializzati, che rappresentano i veri fattori determinanti del problema in esame. Viene descritto il processo di invecchiamento della popolazione, nonché l'andamento della disabilità.

Nella prima parte del volume si esaminano i modelli per il finanziamento dell'assistenza ai non autosufficienti. Vengono svolte alcune considerazioni sui principali sistemi finanziari di gestione (capitalizzazione collettiva, capitalizzazione individuale, ripartizione) e sui connessi effetti redistributivi. Infine si individuano, con riferimento alla realtà italiana, i possibili ambiti ove realizzare coperture del rischio di non autosufficienza a livello di primo, secondo e terzo pilastro.

Nella seconda parte si presenta una rassegna del trattamento della LTC in Germania, Francia, Gran Bretagna, con una particolare attenzione agli aspetti normativi e ai costi.

Nella terza parte si analizza l'attuale situazione italiana. Dopo avere fornito un quadro della numerosità dei non autosufficienti in Italia, e cenni sulla spesa della relativa assistenza,¹ si valuta il costo per la realizzazione di una copertura obbligatoria per l'assistenza ai non autosufficienti - sul modello dell'assicurazione sociale tedesca, finanziata tramite contributi. Infine si tiene conto dei prevedibili sviluppi nei decenni futuri della disabilità e dei costi della copertura assicurativa proposta.

Nella quarta parte si descrive il caso di una copertura LTC inserita nel contesto di un fondo pensione in diverse ipotesi di età e livelli di contribuzione da parte degli aderenti.

Nelle conclusioni si presentano due proposte di soluzioni per il problema della LTC in Italia.

La prima prevede la creazione di un apposito "ramo" della sicurezza sociale, che potrebbe essere agganciato al Servizio Sanitario Nazionale. Tale ramo dovrebbe essere obbligatorio.

La proposta segue la legislazione tedesca in materia di protezione delle persone non autosufficienti (anche se si rendono necessarie numerose modifiche, data la diversa struttura della sanità in Germania ed Italia).

La seconda proposta prevede l'inclusione del rischio di non autosufficienza tra i rischi accessori coperti dai fondi pensionistici complementari.

Una variante puramente teorica potrebbe prevedere la trasformazione degli attuali fondi pensionistici di carattere volontario in fondi di carattere obbligatorio.

La variante qui proposta considera invece ancora la volontarietà degli attuali fondi pensionistici complementari, limitando l'obbligatorietà alla copertura del solo rischio LTC. In tal caso, per incentivare l'iscrizione dei lavoratori si dovrebbero prevedere ulteriori vantaggi fiscali.

Le due proposte, ponendosi rispettivamente l'una al livello del primo pilastro e l'altra al livello del secondo pilastro, configurano soluzioni non mutuamente esclusive, ma che ben possono integrarsi l'una con l'altra.

¹ La valutazione della spesa per l'assistenza agli anziani non autosufficienti è stata effettuata dal Prof. A. Piperno, in un lavoro realizzato nell'ambito del Progetto Strategico Invecchiamento del CNR, in corso di pubblicazione.

L'obiettivo dello studio, infatti, è quello di stimolare iniziative di programmazione da parte di tutti gli attori coinvolti nel finanziamento della LTC: lo Stato, le famiglie, gli individui, il mercato assicurativo.

2. Aspetti demografici nei paesi più industrializzati²

2.1 La popolazione generale: invecchiamento

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno comune ai vari paesi OCSE, anche se vi sono significative differenze nell'entità con cui tale fenomeno incide sulle età più avanzate.

I paesi OCSE si trovano alla fine di un periodo che ha visto un forte incremento della quota della popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni sul totale della popolazione.

Con l'arrivo della generazione del *baby-boom* sul mercato del lavoro, i tassi di dipendenza³ si sono ridotti.

Si prevede che tali tendenze continuino ancora per qualche altro anno, fino al 2010 circa; successivamente i tassi di dipendenza cresceranno di nuovo, a causa di un forte incremento della popolazione ultrasessantacinquenne.

La longevità nei paesi OCSE ha subito una forte crescita; in particolare, se nel passato tale aumento era dovuto alla caduta nella mortalità infantile, in tempi più recenti il fenomeno è da attribuire alla caduta nella mortalità in età avanzate.

La vita attesa a 65 anni è pari, mediamente per i paesi OCSE, a 15 anni per gli uomini e quasi 19 anni per le donne (Italia: 16 anni per gli uomini e 20 per le donne⁴).

La vita attesa ad 80 anni è pari a 6,6 anni per gli uomini e 8 anni circa per le donne (Italia: 6,8 e 8,3 rispettivamente).

I paesi caratterizzati da maggiore longevità sono Giappone, Francia, Australia, Canada, Svizzera e Paesi Scandinavi. L'aumento di vita attesa in genere è più pronunciato per le donne.

Come accennato, gli aumenti di longevità sono il risultato di una significativa riduzione nei tassi di mortalità ad età avanzate che è cominciata nei primi anni '50 e '60.

² V. Jacobzone S., Cambois E., Chaplain E., Robine J.M., *The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?*, OECD Labor Market and Social Policy Occasional Papers n.37, 1998; nonché Jacobzone, S., *Ageing and Care for Frail Elderly Persons: an Overview of International Perspectives*, OECD Labor Market and Social Policy Occasional Papers n.38, (1998).

³ I tassi di dipendenza sono i rapporti fra il numero degli individui con 65 anni e più rispetto al numero degli individui con età compresa fra 15 e 64 anni.

⁴ Istat, Indagine Multiscopo (1999).

Si tratta di un processo continuo, che ha riguardato soprattutto le età più avanzate; secondo Kannisto (1994) a partire dai primi anni '60 i tassi di mortalità sono diminuiti dell'1-2% all'anno per le donne e dello 0,5-1,5% all'anno per gli uomini di età comprese tra gli 80 e i 99 anni.

Il Giappone è il paese che ha avuto contemporaneamente i maggiori guadagni relativi in termini di longevità e una delle più lunghe aspettative di vita.

Tra i paesi europei risulta esservi una certa convergenza nel processo di invecchiamento.

Quanto all'aumento della vita attesa (calcolata generalmente a 65 anni), le proiezioni centrali delle Nazioni Unite ipotizzano un incremento medio annuo complessivamente per i due sessi di circa 1 anno per ogni decade.

Per molti paesi una implicita vita più lunga per gli uomini si traduce in un ribilanciamento del rapporto donne/uomini. Ciò potrebbe ridurre la complessiva domanda per cure formali nel futuro, poiché è probabile che aumenti il numero di persone che invecchia vivendo in coppia.

E' importante evidenziare che ai diversi Paesi corrispondono differenti cicli del processo di invecchiamento, e in particolare:

- nei paesi dove il processo è iniziato prima (Francia, Regno Unito, Germania, Paesi Scandinavi) la quota di popolazione ultraottantenne è maggiore;
- nei paesi dell'Europa meridionale (Italia, Spagna, Grecia, Portogallo) una larga parte della popolazione è ora 65+⁵, ma la popolazione 80+⁶ è ancora relativamente bassa. Questi paesi attualmente stanno affrontando il problema delle pensioni, ma non ancora quello dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (il cui numero sta crescendo molto più rapidamente rispetto ai paesi dell'Europa centrale e settentrionale);
- un terzo gruppo di paesi, Australia, Canada e in misura minore gli Stati Uniti, sono ancora relativamente giovani.

2.2 Dinamiche future della popolazione anziana

In base alle proiezioni demografiche si possono distinguere tre gruppi di paesi:

- paesi con un incremento moderato della popolazione anziana: Germania, Regno Unito;
- paesi con un discreto aumento della popolazione anziana: Francia, Stati Uniti (forte aumento dei 65+, specialmente maschi; mentre l'aumento degli 80+ è paragonabile a quello del precedente gruppo);

⁵ Di età non inferiore a 65 anni.

⁶ Di età non inferiore a 80 anni.

- paesi con forte e veloce aumento della popolazione anziana, inclusi i "molto vecchi": Australia, Canada, Giappone (aumento dei 65+ paragonabile al gruppo precedente; molto accentuato l'aumento degli 80+, che in Giappone quasi raddoppiano).

Nella maggior parte dei paesi, la quota degli ultraottantenni sugli ultrasessantacinquenni tende a crescere rapidamente, e, per l'anno 2010, si prevede che rappresenterà circa un quarto della popolazione ultrasessantacinquenne.

Successivamente, l'entrata in quiescenza delle generazioni del *baby-boom* tenderà a compensare il suddetto andamento. Il Giappone, che non ha avuto un vero e proprio *baby-boom*, presenta un profondo e continuo *trend* in termini di invecchiamento della popolazione.

L'Italia, come esaminato più dettagliatamente nella parte terza di questo studio, è caratterizzata da un processo di invecchiamento della popolazione molto accentuato, che coinvolge soprattutto la popolazione più anziana (80+).

Tab.1 Invecchiamento della popolazione nei principali paesi OCSE⁷

	Valori assoluti			Variazioni (%)	
	2000	2010	2020	2010/2000	2020/2000
GERMANIA (f)					
80+	2039	2439	2947	19,62	44,53
tot.65+	8100	9099	9582	12,33	18,30
quota 80+/65+ (%)	25,17	26,81	30,76		
FRANCIA (f)					
80+	1634	2106	2316	28,89	41,74
tot.65+	5709	6011	7255	5,29	27,08
quota 80+/65+(%)	28,62	35,04	31,92		
GIAPPONE (f)					
80+	2747	4006	5268	45,83	91,77
tot.65+	12080	14993	17703	24,11	46,55
quota 80+/65+(%)	22,74	26,72	29,76		
ITALIA (m+f)					
80+	2265	3472	4443	53,29	96,16
tot.65+	10370	12059	13714	16,29	32,25
quota 80+/65+(%)	21,84	28,79	32,40		

⁷ elaborazioni su dati OCSE (Jacobzone S., Cambois E., Chaplain E., Robine J.M, op.cit.). A titolo esemplificativo si sono riportati gli andamenti della popolazione femminile (f) in tre dei principali paesi OCSE; per l'Italia elaborazioni su dati Istat.

2.3 Andamento della disabilità

Lo stato di salute degli anziani rappresenta una variabile chiave delle future politiche di LTC.

Se da una parte è certo che vi è un numero sempre maggiore di anziani, destinati a vivere più a lungo, dall'altra, considerando il numero di anni che l'individuo mediamente vive in stato di cattiva salute, in teoria si possono verificare tre possibili condizioni: nella prima ipotesi, se gli anziani in futuro andranno incontro a un numero di anni vissuti in stato di cattiva salute minore di oggi, il bisogno di assistenza per il singolo si ridurrà, e il bisogno globale per tutta la popolazione potrebbe non dover crescere di molto; nella seconda ipotesi, se gli anziani affronteranno un numero di anni vissuti in stato di cattiva salute pari a quello di oggi, il bisogno di cure per il singolo resterà costante, mentre quello globale crescerà, a causa dell'invecchiamento della popolazione; nella terza ipotesi si prevede che il numero di anni vissuti in cattiva salute dagli individui sia destinato ad aumentare, con conseguente aumento della necessità di cure sia per il singolo individuo che per la collettività.

Numerosi studi hanno esaminato gli andamenti dello stato di salute degli anziani in questi ultimi anni per fare delle previsioni sulle future evoluzioni, giungendo a conclusioni non univoche: talchè si parla di dibattito sulla "espansione o riduzione della morbilità". Se, da una parte, gli studi degli anni '70 presentavano visioni pessimistiche per il futuro, prevedendo un forte aumento della disabilità tra gli anziani, studi più recenti (USA, Manton, 1997) giungono a conclusioni più ottimistiche: vi è un miglioramento nello stato di salute degli anziani tale da mantenere costante il rapporto tra la popolazione bisognosa di aiuto e quella in età lavorativa (18-64 anni) fino al 2028.

Un recente studio comparativo dell'andamento della disabilità nei vari paesi OCSE tra la fine degli anni '80 e gli inizi degli anni '90 mostra che nei paesi OCSE c'è stato un miglioramento della disabilità "severe" alle età più anziane nel periodo considerato, soprattutto per gli uomini.

I paesi possono in qualche modo essere raggruppati in:

- paesi in cui la disabilità è migliorata molto poco o non è migliorata affatto (ad esempio il Regno Unito, dove si è avuto un leggero miglioramento nella disabilità dei maschi, persino in età più avanzate; d'altro canto la disabilità femminile nelle classi più giovani è peggiorata; considerando la popolazione complessiva - maschi + femmine - non vi è stato praticamente cambiamento nella disabilità);
- paesi con risultati moderati;

- paesi con significativi miglioramenti nella disabilità (Germania, Francia, Giappone, Stati Uniti). In Germania ci sono stati miglioramenti per tutte le classi di età, simili per entrambi i sessi, che incidono relativamente di meno però nelle età più avanzate. Negli Stati Uniti ci sono stati miglioramenti in tutte le classi di età, specialmente per i maschi.

Tab.2 Evoluzione tassi di disabilità (%) 1990-1994⁸

PAESE/classi di età	1990	1994	Var %
UK			
65-74	5,4	5,6	0,34
75-79	9,3	7,8	-1,2
80+	22,2	17,8	-1,56
65+	8,8	8,7	-0,05
Germania			
	1986	1995	Var %
65-69	19,1	14,3	-3,14
70-74	24,2	17,2	-3,73
75-79	28,2	21,3	-3,08
80+	29,8	26,1	-1,43
65+	25	19,5	-2,73
Stati Uniti			
	1982	1994	Var %
65-69	6,8	5,8	-1,19
70-74	9,9	8,2	-1,45
75-79	14,3	12,8	-0,7
80+	29,8	27,3	-0,72
65+	13,3	12,4	-0,47

Ai fini dell'analisi dei problemi degli anziani non autosufficienti negli anni a venire è necessario fare delle previsioni su quale è il numero di anziani disabili previsto per il futuro.

Le proiezioni della popolazione disabile si ottengono moltiplicando il numero di coloro che hanno una certa età per le probabilità di essere disabili, e quindi di avere bisogno di assistenza ⁹. E' possibile effettuare tali proiezioni secondo due diverse impostazioni.

⁸ Tratto da: S. Jacobzone et al., op.cit.

⁹ "Le probabilità di disabilità" sono i rapporti (a parità di età e sesso) fra il numero dei disabili ed il numero corrispondente della popolazione generale (di solito invece che per singola età si hanno dati per classi quinquennali di età).

La prima impostazione, l'approccio statico, fornisce i risultati dei semplici cambiamenti demografici (della popolazione anziana). In altri termini si suppone che in futuro non vi siano variazioni dei tassi di disabilità o di istituzionalizzazione (ricovero in case di cura), ma vari solo il numero degli anziani.

La seconda impostazione prevede un approccio dinamico, che consiste nel proiettare nel futuro i *trends* passati, variando i tassi di disabilità o quelli di istituzionalizzazione (oltreché il numero degli anziani).

In base allo studio OCSE, nello scenario statico il puro effetto demografico è più forte per i paesi con un forte incremento relativo dei più anziani, specialmente Canada e Giappone.

Nell'ipotesi dinamica, grazie al *trend* della disabilità decrescente, si hanno risultati più ottimistici: i *trend* sarebbero moderati negli Stati Uniti e in Germania, vicini a quelli sperimentati nel Regno Unito. La Francia si trova in una posizione intermedia. In tutti i paesi l'effetto combinato di miglioramenti nella salute e forte aumento della popolazione appena sopra i 65 anni portano ad una diminuzione della prevalenza della disabilità (rapporto tra disabili e popolazione) per l'anno 2020.

Il valore di queste proiezioni non risiede nel fatto che esse rappresentino delle vere e proprie previsioni, ma piuttosto un modo per attribuire importanza ai fattori dinamici nel valutare il processo dell'invecchiamento. Tali risultati hanno il merito di tener conto di un punto di vista diverso da quello comunemente prevalente quando si discute di invecchiamento.

Le conclusioni dello studio dell'andamento della disabilità nei vari paesi OCSE mostrano che, se da una parte vi è un evidente miglioramento della salute degli anziani, dall'altra i suoi effetti sulle finanze pubbliche sono meno chiari.

La valutazione di tali fenomeni per la realtà italiana è contenuta nella parte terza di questo studio.

PARTE PRIMA

I possibili modelli per il finanziamento della LTC

1. Generalità

Per il finanziamento della LTC la scelta di un modello piuttosto che un altro dal punto di vista economico dipende dall'individuazione degli obiettivi di *policy* che si intendono perseguire.

Ovviamente non è detto che un modello escluda gli altri - infatti nelle moderne economie i diversi modelli di finanziamento delle prestazioni pensionistiche, sanitarie, ecc., sempre più si integrano gli uni con gli altri.

In generale gli obiettivi del *Welfare State* includono:

- la redistribuzione obbligatoria del reddito durante il ciclo di vita (tipicamente fra gli anni di attività e di quiescenza, con le pensioni);
- l'assicurazione obbligatoria contro certi rischi, quali la malattia, l'invalidità, la disoccupazione, la maternità ecc.;
- l'assistenza economica (e in natura) a favore degli individui al di sotto di un certo reddito (assegno minimo di sopravvivenza, assistenza medica, alloggi, ecc.);
- l'intervento dello Stato in supplenza della famiglia.

Si tratta di obiettivi che assumono tutta rilevanza nel caso dell'assistenza ai non autosufficienti.

Assistenza ai non autosufficienti e meccanismo assicurativo

L'argomento economico chiave nel caso di assistenza ai non autosufficienti è il meccanismo dell'assicurazione - in senso lato - del rischio.

Il bisogno di LTC si presenterà solo per alcuni individui - ma per questi con entità variabile e costi e durata anche rilevanti.

Ma quanto è grave questo rischio? In altre parole: quali sono le probabilità di divenire non autosufficienti, e in tale evenienza a quali costi va incontro l'individuo?

Secondo studi inglesi (Glennester, 1996) circa metà delle donne ed un terzo degli uomini che compiono 65 anni avranno bisogno di assistenza intensiva per un periodo che dura mediamente due anni antecedenti alla morte.

Per ciò che concerne i costi, secondo la *Royal Commission* (1999) il costo medio annuale dell'assistenza domiciliare è pari a 6.188 sterline (per una durata media di 5 anni), quello dell'assistenza in una casa di riposo (*residential home*) 12.844 sterline (per una permanenza media di 3 anni), e quello in una residenza sanitaria protetta (*nursing home*) 17.524 sterline (per una degenza media di 18 mesi).

Effetti redistributivi

Ai fini dell'individuazione del modello più idoneo a risolvere il problema degli anziani non autosufficienti è utile ricordare che, in generale, l'adozione di un modello implica una scelta prioritaria sugli effetti redistributivi di reddito che si possono verificare:

-
- *ex-ante* in un collettivo di rischi (non necessariamente omogenei) con lo scopo di provocare un effetto redistributivo a favore dei redditi più bassi. Tale obiettivo è perseguibile solo da schemi di tipo pubblico. La redistribuzione a favore dei redditi più bassi si verifica quando le prestazioni sono inversamente correlate ai redditi e/o quando i contributi allo schema sono proporzionali al reddito;
 - *ex post* in una collettività di rischi omogenei, a favore di quei partecipanti per i quali l'evento assicurato si è effettivamente manifestato determinando il bisogno (nel nostro caso, l'insorgere della non autosufficienza ha determinato la necessità di assistenza). Tale effetto redistributivo può essere raggiunto con schemi assicurativi, sia di tipo pubblico che privato.

Pensioni, sanità e problema dell'assistenza ai non autosufficienti (LTC)

Spesso il problema dell'assistenza ai non autosufficienti viene posto a confronto con quello delle pensioni e della sanità.

Tra il problema della LTC e quello delle pensioni esistono similitudini e differenze:

- similitudini, poiché il "rischio" in entrambi i casi si manifesta dopo i 60-65 anni di età (più concentrato in avanti negli anni per la LTC); inoltre, se ci si limita alle proiezioni fino al 2030, il problema riguarda in entrambi i casi la generazione attuale della classe di età 30-50;

- differenze, in quanto mentre la pensione è un bisogno certo nel verificarsi e facilmente prevedibile negli importi, la LTC è un bisogno aleatorio, sia nel verificarsi, che nella modalità (più o meno grave - dando luogo a diversi possibili livelli di costo per l'individuo); quindi mentre il bisogno della pensione riguarda tutti gli individui, il bisogno di LTC - come visto - si presenterà solo per alcuni.

Anche per la LTC, come per le pensioni, è importante accumulare "risparmio" per far fronte ai bisogni futuri - ossia sono opportune forme di "*funding*" - che comportano effetti di redistribuzione nel "*life-cycle*" dell'individuo; nel caso della LTC, però, la forma di risparmio più efficiente è quella del "risparmio assicurativo" (forme di *pooling* del rischio) - che comporta una redistribuzione tra chi avrà effettivamente bisogno di cure e chi no.

Tuttavia solo una forma di obbligatorietà può rendere ampiamente diffusa la copertura del rischio sin da giovani. Infatti poiché, come abbiamo visto, il problema riguarda la medesima generazione (individui di età oggi compresa tra i 30-50 anni) è indubbio che il rischio di LTC venga avvertito in modo meno prioritario rispetto all'esigenza del risparmio pensionistico e alle altre esigenze tipiche di questa età (casa, figli, salute,...).

Le prestazioni LTC sono spesso "al confine" con quelle sanitarie, e non risulta facile distinguere le une dalle altre (come nei casi di malattie acute cui

conseguono situazioni di lungodegenza). Vanno evitati gli sconfinamenti di competenze, con l'ospedalizzazione impropria dei lungodegenti, che comporta onerosi aggravii per la sanità (problema molto grave in Giappone). La necessità che gli interventi di LTC siano integrati con quelli sanitari viene da tutti riconosciuta e, nel caso della Germania, è stata messa in atto.

2. Le modalità di finanziamento della LTC

Le principali modalità di finanziamento della LTC (elencate in ordine di crescente carico del rischio sul settore pubblico) sono:

- risparmio privato;
- assicurazione privata;
- assicurazione privata incentivata dal settore pubblico;
- assicurazione privata obbligatoria;
- fondi di vario genere (*LTC employer sponsored plans*; fondi pensione; fondi sanitari; fondi LTC autonomi);
- schemi di assicurazione sociale;
- sistemi pubblici basati sulla tassazione generale.

Infine, sono ovviamente possibili strategie miste.

Gli elementi fondamentali che distinguono le strategie sono costituiti sia dalle modalità di accollo del rischio, sia dalla obbligatorietà (o meno) della partecipazione finanziaria dei cittadini.

I) Risparmio privato

Nel caso del risparmio privato l'accollo del rischio grava sul singolo individuo e la sua famiglia.

Il risparmio privato si può realizzare con speciali conti di risparmio oppure con l'utilizzo delle proprietà immobiliari (trasferendosi in una abitazione più economica, vendendo la nuda proprietà dell'immobile, oppure vendendo la casa per entrare in una casa di cura).

Il risparmio individuale nel caso della assistenza ai nono autosufficienti, tuttavia, non è la soluzione migliore, in quanto non tutti i vecchi avranno bisogno di cure LTC, e quindi non è necessario che tutti accumulino capitali per fronteggiare l'eventualità di tali spese.

II) Assicurazione privata senza il sostegno dello Stato

Nel caso dell'assicurazione libera si ha accollo del rischio per le persone che si iscrivono alla assicurazione privata.

Il meccanismo assicurativo è efficiente, ma l'assicurazione privata presenta dei problemi di fallimento di mercato, in quanto ci sono vari elementi che influiscono in senso negativo sulla vendita di prodotti assicurativi privati LTC.

In generale esistono barriere, sia dal lato della domanda che da quello della offerta.

Dal lato della domanda il principale ostacolo è rappresentato dall'accessibilità alle polizze LTC, contraddistinte da premi generalmente piuttosto elevati (in virtù del fatto che la polizza LTC è tipicamente acquistata in età alquanto avanzata). Un'altra barriera è rappresentata dalla mancanza di consapevolezza del rischio che si corre. Infine, vi è in genere cattiva informazione dei cittadini sulle prestazioni effettivamente garantite dalle coperture pubbliche e private.

Dal lato dell'offerta il problema fondamentale riguarda l'assicurabilità del rischio in questione: non esiste, infatti, opinione concorde tra gli studiosi e operatori del settore assicurativo sul fatto che il rischio di LTC sia un rischio assicurabile¹⁰. Tre sono gli aspetti fondamentali da considerare, sotto questo profilo. Il primo è il *moral hazard*, ossia l'utilizzo eccessivo di servizi LTC indotto dal fatto che l'individuo dispone di una copertura assicurativa. Il secondo aspetto riguarda la "selezione avversa" del rischio, in quanto tra gli anziani saranno più propensi ad assicurarsi quelli in condizioni di salute più precarie. Infine il terzo e principale aspetto riguarda la prevedibilità dei costi complessivi. La mancanza di statistiche adeguate per un settore nuovo, la lunghissima durata dell'esposizione al rischio, l'incertezza sulle evoluzioni demografiche e sul ricorso ai servizi di assistenza, l'aumento dei relativi costi, sono tutti elementi che rendono molto difficile effettuare previsioni di lunga durata puntuali¹¹.

In conclusione, l'assicurazione privata non sembra destinata a diffondersi presso un'ampia parte della popolazione, a meno che non venga incentivata o resa obbligatoria.

III) Assicurazione privata incentivata dal settore pubblico

Si può tentare di porre rimedio ai problemi accennati tramite delle forme di supporto pubblico all'assicurazione privata consistenti in incentivi fiscali anche se, di solito, tali incentivi non alterano radicalmente la convenienza per l'assicurato.

IV) Assicurazione privata obbligatoria.

¹⁰ Cfr. Cutler, D. (1993), *Why doesn't market fully insure long term care?*, National Bureau of Economic Research, working paper n.4301, Cambridge MA.

¹¹ Cfr. ISVAP, "Long Term Care (LTC) . Le prospettive per il mercato assicurativo italiano . Due modelli a confronto : Germania e Stati Uniti (Quaderno n. 3, 1998), pp.45-49.

Se tutti gli individui fossero obbligati ad acquistare una polizza LTC e le compagnie obbligate a contrarre, si risolverebbero molti dei problemi esaminati (selezione avversa, esclusione degli individui con profili di rischio più elevati).

Potrebbe anche essere possibile introdurre alcuni elementi di solidarietà nel calcolo dei premi: stesso premio a prescindere dal sesso e dallo stato di salute degli assicurati, sconti per i componenti del nucleo familiare.

Naturalmente si porrebbe il problema degli individui meno abbienti, i cui premi non sarebbero sostenibili da un punto di vista economico, ipotizzando in tal caso un intervento diretto a carico dello Stato.

L'assicurazione privata gode della caratteristica di essere gestita con un sistema finanziario a capitalizzazione (individuale)¹². Tale elemento va tenuto in considerazione quando si confrontano soluzioni di assicurazioni private corredate di un sostanziale ruolo del settore pubblico con schemi pubblici veri e propri, i quali spesso si basano sul sistema della ripartizione (ben potendo comunque essere gestiti con forme di capitalizzazione di tipo collettivo, o con forme miste a ripartizione - capitalizzazione).

V) Fondi

Nel caso di fondi l'iscrizione può essere volontaria o obbligatoria a seconda dei casi; vi è accollo del rischio per gli iscritti al fondo ed eventualmente in parte per i datori di lavoro.

I "fondi" (di vario genere) sono dunque possibili ambiti ove realizzare coperture LTC a livello collettivo, eventualmente con requisito di obbligatorietà.

Il "fondo" nel caso in cui viga il requisito di obbligatorietà consente infatti di realizzare efficaci coperture assicurative consentendo l'accumulo di risparmio sin dalle età più giovani (coperture estese a gruppi di individui non necessariamente omogenei).

I fondi si prestano particolarmente per la realizzazione di coperture di secondo pilastro - ossia integrative della copertura di base (primo pilastro) offerte dai sistemi pubblici.

La concreta realizzazione di tale tipo di copertura collettiva, nel caso della LTC, potrebbe avvenire in vari modi:

Va) Una prima modalità potrebbe essere quella di piani assicurativi contro il rischio di LTC sponsorizzati dal datore di lavoro - ossia polizze LTC collettive stipulate dal datore di lavoro a favore dei propri dipendenti. Tale forma potrebbe prevedere l'iscrizione obbligatoria del dipendente; un eventuale contributo a

¹² Cfr. successivo par.3.

carico del datore di lavoro - nella forma di *fringe benefit* - quanto meno in prospettiva.

Vb) Una ulteriore modalità potrebbe essere quella di inserire la copertura di prestazioni LTC nell'ambito di fondi, nati originariamente per coprire altri tipi di rischi, ma ad essi strettamente collegati (fondi pensione o fondi sanitari). Come abbiamo visto, le prestazioni di LTC hanno numerosi punti di contatto sia con quelle pensionistiche che con quelle sanitarie, e quindi ben si prestano ad essere integrate tanto con le une quanto con le altre. Talchè si prospetta la possibilità per il futuro di considerare congiuntamente il "pacchetto" di esigenze cui deve far fronte l'individuo, specialmente in età avanzata: le cure sanitarie, la pensione, l'assistenza.

Vc) Infine, potrebbe essere costituito un autonomo fondo per il solo rischio di non autosufficienza. Tale soluzione assume un interesse concreto solo nel caso in cui abbia il requisito della obbligatorietà. Peraltro, anche con il vincolo dell'obbligatorietà, esiste il problema di costi per la gestione di un fondo autonomo.

A conclusione della rassegna di modelli assicurativi privati per il finanziamento della LTC, appare utile riportare i risultati di una microsimulazione relativa agli USA¹³ effettuata dal Wiener¹⁴, utilizzando il *Brooking - ICF Long Term Care Financing Model* e ipotizzando quattro distinti scenari di mercato, che forniscono le seguenti previsioni per il 2018:

- nel primo scenario, in cui si ipotizza che le polizze siano acquistate solo da individui di età non inferiore a 67 anni, che il premio non rappresenti una percentuale superiore al 5% del reddito e che dispongano di almeno 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 secondo scenario, che prevede l'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 terzo scenario, in cui è previsto un collegamento polizza privata / *Medicaid*, la percentuale è pari al 32%;
- nel quarto scenario, che prevede una polizza collettiva offerta dal datore di lavoro (l'unico in cui si assume che anche individui al di sotto di 67 anni stipolino le polizze) 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

¹³ Per un'analisi del modello di realizzazione della LTC negli USA si rinvia al quaderno ISVAP n.3, op.cit.

¹⁴ Wiener J.M. et al., *Sharing the burden*, The Brooking Institution, Washington, D.C., 1994.

spendere per LTC vari dal 2% per i quarantenni fino al 5% per i sessantenni, si raggiunge una percentuale pari all'80% degli anziani coperta da polizze LTC.

VI) Schemi pubblici

La giustificazione logica per uno schema di tipo pubblico si fonda sull'ipotesi che tale impostazione permetterebbe di raggiungere sia l'obiettivo dell'assicurazione che quello della redistribuzione.

Nell'ambito degli schemi di tipo pubblico bisogna distinguere sistemi basati sulla tassazione generale e schemi di assicurazione sociale.

Per quanto riguarda l'iscrizione allo schema e l'accollo del rischio, nei modelli di assicurazione sociale l'iscrizione è obbligatoria e l'accollo del rischio grava su coloro che pagano i contributi (tipicamente i lavoratori), con eventuale quota di rischio a carico dello Stato. Nei sistemi pubblici basati sulla tassazione generale vi è obbligatorietà e accollo del rischio su coloro che pagano le tasse, nonché lo Stato.

Entrambi gli schemi comportano un meccanismo di tipo assicurativo; tuttavia sussistono delle differenze.

Nell'assicurazione sociale vi è una "ipoteca" sulle entrate, che rappresenta un mezzo per garantire uno specificato livello di risorse per un determinato scopo.

Anche in considerazione del fatto che l'assicurazione sociale implica un collegamento più diretto tra contributi e prestazioni viene da taluni sostenuto che un aumento delle richieste di risorse effettuato tramite l'assicurazione sociale possa essere più ben accetto ai cittadini rispetto ad un aumento della tassazione generale, anche se il punto è controverso. In ogni caso, comunque, si tratta di uno schema pubblico, e le relative passività hanno la natura di passività del settore pubblico.

Peraltro il meccanismo della "ipoteca" presenta il problema che le entrate contributive sono influenzate dal ciclo economico (cioè dalla massa salariale soggetta a contributo).

Infine nell'assicurazione sociale vi sono criteri di "diritti alle prestazioni" che si possono imporre e operano a livello nazionale, e che, secondo i sostenitori di tale schema, consentono di raggiungere l'obiettivo dell'equità.

Un'altra differenza consiste nel fatto che negli schemi pubblici possono esservi meccanismi di *means-test* (ovvero razionamento delle prestazioni in base alle capacità economiche dei soggetti assistibili), mentre nelle assicurazioni sociali possono esservi compartecipazioni e franchige.

Inoltre, mentre lo schema basato sulla tassazione generale implica una gestione a ripartizione, uno schema di assicurazione sociale può essere gestito sia tramite un sistema a ripartizione che tramite un sistema a capitalizzazione (di tipo collettivo) che tramite un sistema misto ripartizione-capitalizzazione.

La realizzazione di un'assicurazione sociale con un sistema finanziario di gestione a capitalizzazione richiederebbe, tuttavia, che l'iniziale generazione in età lavorativa contribuisca due volte (sia per finanziare gli attuali non autosufficienti, sia per accumulare fondi che andranno a favore dei non autosufficienti di domani - ossia della loro medesima generazione).

VII) Forme miste di finanziamento pubblico e privato

Una possibile soluzione dei problemi richiederà soluzione miste, con un finanziamento in parte pubblico e in parte privato.

Andrebbero individuate con precisione quali sono le prestazioni che il settore pubblico intende garantire (assistenza domiciliare, residenziale, e durata del servizio), e a quali cittadini (a quali livelli di reddito, a quali livelli di gravità della non autosufficienza) per poterle opportunamente integrare con altre soluzioni di tipo privato.

Anche nel settore dell'assistenza ai non autosufficienti, come già in quello delle pensioni (ed auspicabilmente in quello della sanità), accanto ad interventi pubblici volti ad erogare le prestazioni di base (primo pilastro), si profila la possibilità di interventi privati integrativi, a livello di collettività (secondo pilastro) o individuale (terzo pilastro).

Se tuttavia la individuazione dei diversi livelli di intervento può essere piuttosto agevole nel caso delle pensioni, che prevedono l'erogazione di una prestazione di tipo monetario, il discorso si fa molto più complesso laddove - come nel settore sanitario e socio-sanitario - la prestazione è, essenzialmente, una prestazione di servizi.

Si tratta allora non solo di stabilire "quanto" integrare, ma anche "quale tipo di servizi".

3. Sistemi finanziari di gestione e redistribuzione fra generazioni

I vari modelli prospettati per il finanziamento delle spese di LTC comportano diversi possibili sistemi finanziari di gestione, di cui è opportuno valutare l'effetto redistributivo fra generazioni.

La capitalizzazione individuale, che è il criterio attuariale seguito sul mercato dalle compagnie di assicurazione per stabilire i premi (i cosiddetti premi "equi"), realizza un equilibrio attuariale riferito a rischi omogenei¹⁵ e considera premi e prestazioni per tutta la durata contrattuale. Il criterio in questione genera accumuli

¹⁵ Stessa età, sesso, analogo stato di salute, ecc.

di capitali (“riserve tecniche”) e attua la redistribuzione fra premi pagati e prestazioni incassate all’interno della stessa classe di rischio.

Nella capitalizzazione collettiva¹⁶, invece, l’equilibrio attuariale è riferito ad un collettivo di persone (di diversa età, dei due sessi, ecc) rappresentanti rischi non omogenei. Tale collettivo può essere formato da sole persone esistenti al momento iniziale dell’assicurazione; da persone sia esistenti al momento iniziale dell’assicurazione sia entrate in assicurazione successivamente per un numero finito di anni; da persone sia esistenti al momento iniziale dell’assicurazione sia entrate in assicurazione successivamente per un numero infinito di anni¹⁷.

Rispetto a tali collettivi, l’equilibrio attuariale può essere stabilito in modo da:

- generare accumuli di capitali (“riserve tecniche”) di ammontare tipicamente diverso da quello della capitalizzazione individuale;
- attuare la redistribuzione fra premi pagati e prestazioni incassate all’interno del collettivo, cioè anche fra varie generazioni.

Nel sistema della ripartizione (ripartizione pura ad equilibri annuali) l’equilibrio attuariale è stabilito in modo tale che le uscite dell’anno sia ripartite fra la masse salariali dello stesso anno, senza alcun accumulo di riserve tecniche.

Ai fini del confronto tra i due schemi pubblici dianzi esaminati - schema pubblico basato sulla tassazione generale e assicurazione sociale - occorre evidenziare come, mentre lo schema basato sulla tassazione generale implica una gestione a ripartizione, uno schema di assicurazione sociale può essere gestito per mezzo di un sistema a capitalizzazione individuale, ovvero un sistema a capitalizzazione collettiva, ovvero sistemi “misti”, o infine un sistema a ripartizione pura.

In particolare si sottolinea che la realizzazione di un’assicurazione sociale con un sistema finanziario di gestione a capitalizzazione collettiva postula una traslazione di oneri dalla generazione iniziale a quelle successive (traslazione che non sempre è possibile realizzare¹⁸).

In ogni caso, da un punto di vista macroeconomico, i fondi che si accumulerebbero per la finalità di assistenza ai non autosufficienti sarebbero di entità notevolmente inferiori rispetto a quelle accumulate per fini pensionistici e, pertanto, nettamente inferiore sarebbe l’influenza eventuale sul complesso dell’economia.

¹⁶cfr Tomassetti A. et al. (1996), *Tecnica attuariale per collettività*, ed. Kappa, Roma, pp.3-5, 11-12.

¹⁷ Il caso del numero infinito di anni – con una capitalizzazione collettiva - è “classico”. Ad esempio, in base a questa ipotesi fu fondata l’assicurazione invalidità e vecchiaia in Germania (1889), in Italia (1919); in entrambi i casi il sistema attuariale (della capitalizzazione collettiva a premio medio generale) prevedeva un ingente accumulo di riserve tecniche (come si verificò effettivamente almeno fino al 1939).

¹⁸ Ad esempio, fu possibile realizzare detta traslazione nel 1919 allorché iniziò l’assicurazione obbligatoria invalidità e vecchiaia in Italia, mentre non fu possibile realizzare detta traslazione dopo la seconda guerra mondiale.

4. Modelli per il caso italiano

Il primo pilastro LTC e il modello proposto di una copertura pubblica

Le prestazioni ad oggi erogate dallo Stato italiano a favore degli anziani non autosufficienti rientrano nell'ambito dei diversi settori che si occupano di tali utenti: sanità e assistenza. Si tratta, peraltro, di realtà molto differenziate a livello locale.

Una soluzione del problema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti era stata prospettata nel 1997 dalla Commissione Onofri. Si prevedeva, infatti, la possibilità di arricchire il sistema assistenziale italiano con un nuovo istituto consistente in un Fondo per i non autosufficienti, sul modello di quello istituito in Germania nel 1994, da finanziare con una imposta di scopo. Tale imposta non avrebbe dovuto comportare un innalzamento della pressione fiscale complessiva, bensì la destinazione al fondo di risorse che gradualmente si sarebbero rese disponibili in seguito all'interruzione di altri istituti assistenziali, tramite una esplicita "prenotazione" di una frazione della pressione tributaria al soddisfacimento di questo bisogno.

A tale riguardo, nella terza parte dello studio viene presentato un modello teorico di una copertura pubblica contro il rischio di non autosufficienza realizzato tramite un'assicurazione sociale, valutando l'aspetto relativo ai costi e al finanziamento delle prestazioni.

Naturalmente un progetto esecutivo di un tale modello richiederebbe di definire, fra l'altro, le variabili organizzative, fino alla prova "in vitro" del progetto.

Ad esempio, si potrebbe configurare un istituto collegato al SSN, o all'assistenza, o ad entrambi nell'ambito del coordinamento delle politiche sociosanitarie, ovvero un nuovo istituto autonomo. L'offerta dei servizi potrebbe essere affidata ad enti erogatori di tipo pubblico o privato. E' evidente che solo l'individuazione del contesto in cui inserire tale copertura può permettere di determinare gli ulteriori costi - di struttura, di gestione, amministrativi - che nel modello non vengono considerati.

Si sottolinea, peraltro, che, al di là dell'impressione che potrebbe indurre la terminologia "assistenza ai non autosufficienti" - ove per assistenza deve intendersi "cure" - l'istituto prospettato avrebbe natura previdenziale e non assistenziale.

Il secondo pilastro per la LTC

Per quanto riguarda le realtà esistenti nel nostro paese relative al secondo pilastro, esse sono oggi sostanzialmente riconducibili ai fondi pensione.

I fondi sanitari integrativi, previsti dalla legge di riforma del SSN (v.art.9 Dlgs 229/99), contengono tra le prestazioni anche quelle agli anziani non autosufficienti. Tuttavia i fondi sanitari sono ancora lontani da una concreta realizzazione, dipendendo dalla preventiva individuazione dei livelli essenziali di prestazioni che il SSN deve erogare.

Pertanto si è ritenuto opportuno indagare sulle possibili soluzioni di secondo pilastro per la LTC nel contesto, per l'appunto, degli esistenti fondi pensione. L'analisi è contenuta nella quarta parte dello studio.

Il terzo pilastro per la LTC

Sulle polizze individuali LTC (forme di terzo pilastro) l'Istituto aveva già avanzato proposte di incentivi fiscali (v.quaderno ISVAP n.3, 1998). Il recente decreto legislativo n.47/2000 ha equiparato il trattamento delle coperture del rischio LTC a quello delle altre coperture di "puro rischio", morte e invalidità, prevedendo la detraibilità del premio, a concorrenza dell'ammontare di 2.500.000 di lire. Si tratta di un prodotto che ha cominciato ad affacciarsi sul mercato italiano a partire dal 1997.

PARTE SECONDA

Le soluzioni del problema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti realizzate in Germania, Francia, Gran Bretagna

1. Il problema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Germania

La legge del 1994 che regola il trattamento ai non autosufficienti (il "quinto ramo" delle assicurazioni sociali tedesche)¹⁹ costituisce, nel mondo, la prima legislazione completa in materia.

Per una chiara comprensione del campo di applicazione della legge e delle conseguenze che ne derivano, è necessario fare un cenno sulla struttura della sanità in Germania, in quanto il nuovo "ramo" della previdenza ha molti aspetti interdipendenti dalla tutela obbligatoria della sanità.

¹⁹ Il primo ramo fu introdotto nel 1883 (casse mutue sanitarie); il secondo nel 1884 (infortuni sul lavoro); il terzo nel 1889 (invalidità e vecchiaia); il quarto nel 1927 (assicurazione contro la disoccupazione), ed il quinto nel 1994 (assistenza ai non autosufficienti).

I) La realizzazione della sanità in Germania

I principi generali su cui si fonda la sanità in Germania sono la solidarietà e la sussidiarietà.

La sanità è in prevalenza (circa il 90% della popolazione) realizzata con le Casse sanitarie autogestite, e per il resto (10%) tramite le imprese private di assicurazione.

Si sottolinea quindi che la realizzazione della sanità non è "pubblica" come il Servizio Sanitario Nazionale realizzato dal 1948 in Gran Bretagna (e dal 1978 in Italia), ma piuttosto è di tipo "privato", in quanto le Casse sanitarie sono gestite con criteri privatistici per quanto riguarda la gestione (responsabilità e costi), pur essendo l'iscrizione obbligatoria ad una Cassa Sanitaria a scelta.

Le Casse sanitarie sono organi di diritto pubblico, non aventi scopi di lucro; sono organizzate su base territoriale o professionale, controllate dai Ministeri competenti dei *Länder* (Regioni). Inoltre le Casse sono riunite in associazioni nazionali, a loro volta sotto il controllo del Ministero federale della Sanità e dell'Ufficio federale di controllo delle assicurazioni.

Nel 1996 esistevano in Germania 637 Casse sanitarie, autogestite ad opera dei rappresentanti degli assicurati e dei datori di lavoro.

Ciascuna Cassa è dotata di un proprio statuto e definisce la propria aliquota di contribuzione, sia pure all'interno di un quadro fissato dalla legge.

L'assicurazione sociale obbligatoria di malattia è finanziata con un sistema di ripartizione pura; i contributi sono ripartiti metà a carico dei datori di lavoro e metà a carico dei lavoratori.

I contribuenti sono anche i pensionati ed i disoccupati, per i quali la metà a carico del datore di lavoro è versata dall'ente che versa la pensione o l'assegno di disoccupazione.

I contributi sono rapportati al rischio, ma calcolati secondo il principio di "equità collettiva" delle assicurazioni sociali; in altre parole i contributi sono di equilibrio attuariale per l'intero collettivo assicurato con inevitabili effetti redistributivi di solidarietà fra giovani ed anziani, fra sani e malati ecc.

Tutti i lavoratori dipendenti il cui reddito non supera un certo massimale di iscrizione sono obbligatoriamente iscritti alla Casse mutue sanitarie, mentre quelli il cui reddito supera il massimale di iscrizione possono scegliere fra l'iscrizione volontaria alla Cassa malattia oppure contrarre una assicurazione privata di malattia equivalente²⁰.

²⁰ In tale caso le imprese di assicurazione sono soggette alle stesse regole dell'assicurazione sociale ed offrono una copertura analoga.

Esiste pertanto un certo grado di concorrenza all'interno del sistema, dovuto sia alla concorrenza fra le stesse Casse sanitarie, sia alla concorrenza fra le Casse e le compagnie private di assicurazione.

Ogni mutua è tenuta a garantire agli assicurati prestazioni chiaramente definite, stabilite al livello federale; le prestazioni sono indipendenti dal reddito e dai contributi versati.

Le prestazioni sono offerte sotto forma di servizi (cure ospedaliere, ambulatoriali, farmaci ecc.) o in denaro (sussidi malattia, assegni maternità ecc).

Le cure ospedaliere vengono prestate da medici che esercitano la loro professione in qualità di dipendenti degli enti ospedalieri convenzionati²¹.

II) La realizzazione dell'assicurazione sociale contro il rischio di non autosufficienza in Germania

Caratteristiche generali

Dopo un dibattito durato circa venti anni sulle possibili soluzioni al problema dell'assistenza ai non autosufficienti, nel 1994 fu emanata in Germania una legge che istituì (nell'ambito del sistema previdenziale pubblico) un fondo pubblico di assistenza ai non autosufficienti.

Sono state, in particolare, previste due fasi di attuazione: nella prima fase (dal 1° gennaio 1995) è stata garantita la sola assistenza domiciliare, mentre nella seconda fase (dal 1° luglio 1996) sono state 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 iscritto, lo stesso ente che gestisce l'assicurazione sociale di malattia. Coloro che godono di assistenza sanitaria erogata da una compagnia assicurativa privata sono tenuti a stipulare una polizza contro il rischio di non autosufficienza.

Gli enti incaricati di gestire il fondo di assistenza sono le "Casse di assistenza", enti autonomi di diritto pubblico senza fini di lucro, dotati di una gestione propria; sottoposti a vigilanza pubblica, istituiti presso le Casse mutue di malattia ("casse sanitarie").

Sul piano organizzativo si sottolinea l'importanza²² del fatto che ogni Cassa sanitaria ha costituito - all'interno della sua struttura - una Cassa di assistenza per i propri assistiti contro il rischio di non autosufficienza, gestita col proprio

²¹ Cfr. ISVAP, Quaderno n. 3, op.cit.; "Health Care in Germany", Published by the Federal Ministry for Health, 1997.

²² Ai fini della funzionalità della copertura di due rischi sociali (che non è sempre facile scindere) nonché della compressione dei costi amministrativi.

personale amministrativo, e, in genere, con sportelli unici per entrambi i rami previdenziali.

In particolare le Casse di assistenza hanno gli stessi organi di gestione delle Casse malattia; si avvalgono dello stesso personale amministrativo, nonché del servizio medico della Cassa sanitaria di riferimento; hanno la stessa vigilanza pubblica che opera per le Casse sanitarie (e sono soggette a verifica quinquennale); infine hanno organismi comuni (con le Casse sanitarie) di rappresentanza regionale e nazionale.

Le prestazioni ed i beneficiari

I beneficiari della nuova legge sull'assistenza sono le persone non autosufficienti di qualsiasi età.

Lo stato di non autosufficienza di un assistito è individuato dal fatto che la persona ha necessità di aiuto per svolgere le operazioni quotidiane ricorrenti, distinte in quattro categorie: igiene personale, alimentazione, mobilità, faccende domestiche. Sono definiti tre livelli di necessità: rilevante, grave e gravissima. La copertura è estesa anche alle persone bisognose di assistenza per effetto di patologie mentali e psichiche, per le quali vi è necessità di istruzioni e vigilanza nell'espletamento delle operazioni quotidiane ricorrenti.

Le prestazioni sono basate su due principi generali:

- la riabilitazione deve avere sempre la precedenza rispetto all'assistenza;
- l'assistenza domiciliare deve avere sempre la precedenza rispetto all'assistenza residenziale (questa ultima realizzata con case di riposo e simili).

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

Il valore delle prestazioni di tipo domiciliare è, in corrispondenza dei tre livelli di non autosufficienza, pari a 750; 1.800, 2.800 marchi al mese, salvo casi eccezionali (3.750 marchi al mese); quello delle prestazioni di tipo residenziale è di 2.000, 2.500, 2.800 marchi al mese (3.300 per i casi eccezionali).

Tab.3 Prestazioni assicurazione sociale LTC - Germania (mensili in DM)

Livelli non autosufficienza (assistenza richiesta)	Assistenza domiciliare		Assistenza residenziale
	Assegni in denaro	Prestazioni in natura	
I (almeno 1 volta al giorno, per 2 ADL)	400	750	2.000
II (almeno 3 volte al giorno, per 2 ADL)	800	1.800	2.500
III (continuativa)	1.300	2.800	2.800

Casi eccezionali	3.750	3.300
------------------	-------	-------

Fonte: Ministero della Sanità tedesco

Si tratta di un sistema che offre in realtà una copertura parziale dei bisogni di LTC, e non completa. Esso mira a fornire:

- nel caso dell'assistenza domiciliare, un'integrazione alle cure prestate dai familiari;

- nel caso dell'assistenza residenziale, il finanziamento (almeno in parte) delle spese per le cure di assistenza, ma non per le spese di vitto e alloggio.

In fase di attuazione della legge è stato calcolato che, considerato che le spese di vitto e alloggio restano comunque a carico dell'assistito, che la retta media per un ricovero in un istituto di degenza si aggira sui 4.000 marchi al mese, che l'assicurazione sociale si assume un onere fino ad un massimo di 2.800 marchi al mese, e che le regioni finanziano ora 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 mese²³.

A fronte di una popolazione di circa 81 milioni di persone, in Germania nel 1999 esistevano circa 1.930.000 assistiti non autosufficienti, di cui 580.000 ricoverati in istituti di degenza.

Il finanziamento

L'assicurazione sociale per l'assistenza ai non autosufficienti è finanziata tramite una aliquota contributiva sul reddito imponibile dell'assicurato, uguale per tutti.

Tale aliquota è pari all'1,7% ed è a carico - in parti uguali - dei datori di lavoro²⁴ e dei lavoratori (o ex-lavoratori)²⁵. Esistendo un tetto massimo di reddito cui applicare l'aliquota, il contributo massimo risulta pari a 110,92 marchi mensili.

Il criterio per stabilire l'equilibrio attuariale è il sistema della ripartizione pura.

L'assicurazione privata obbligatoria di assistenza ai non autosufficienti

Le polizze d'assistenza private interessano soprattutto i funzionari pubblici, i magistrati, i militari di carriera, i lavoratori autonomi, i lavoratori dipendenti con un reddito superiore al tetto massimo stabilito dalle norme previdenziali (circa il 9% della popolazione). Tali persone (di solito assicurate contro il rischio generico di malattia con polizze private) sono obbligate a stipulare una polizza di assistenza

²³ Il costo mensile di un ricovero in una casa di cura varia tra i 3.000 DM e gli 8.000 DM e più (cfr. Federal Ministry of Health, "Long term care insurance in Germany", 2000, Bonn).

²⁴ I datori di lavoro sono stati ricompensati dall'ulteriore aggravio tramite l'eliminazione di una giornata di festività.

²⁵ Nella prima fase di attuazione della legge, in cui era garantita la sola assistenza domiciliare, l'aliquota era pari all'1%.

in caso di non autosufficienza che garantisca (a loro stessi ed ai loro familiari a carico) prestazioni analoghe a quelle previste dal fondo di assistenza pubblico.

Le tariffe delle polizze private LTC per l'assicurazione obbligatoria devono soddisfare particolari requisiti (non sono ammesse differenze di premio in base al sesso e allo stato di salute degli assicurati; si prevede la copertura gratuita per i figli a carico e sconto per il coniuge a carico; il premio assicurativo, comunque, non può mai superare l'entità del contributo massimo per l'assicurazione sociale; le compagnie d'assicurazione sono soggette all'obbligo a contrarre).

Si è conseguentemente reso necessario un sistema di compensazione finanziaria tra le varie compagnie d'assicurazione, per compensare gli aggravii finanziari per quelle caratterizzate da una peggiore struttura di rischio (assicurati più anziani). Nell'ambito di tale sistema perequativo le compagnie calcolano in comune i premi puri, mentre i caricamenti per i costi e gli utili preventivati sono lasciati alla libera concorrenza.

Tab.4 Contributi assicurazione obbligatoria LTC Germania
(mensili, lordi, a persona, anno 2001, marchi)

Assicurazione sociale Contributi funzione del reddito	Assicurazione privata obbligatoria Contributi funzione dell'età	
1,7% fino al max di 110,92	30 anni	46,73
	40 anni	61,65
	50 anni	86,69
	60 anni	132,58
	70 anni	245,10
	80 anni	516,8

Fonte: Munich Re

Ruolo delle assicurazioni private

A conclusione appare interessante sottolineare che le assicurazioni private svolgono un duplice ruolo nel settore LTC, così come più in generale in quello della sanità: forniscono la copertura obbligatoria a circa il 10% della popolazione (assicurazione privata obbligatoria) e coperture volontarie integrative a chi la desidera (assicurazione privata volontaria integrativa).

Le Casse Mutue, invece, non possono fornire coperture integrative.

Le coperture integrative LTC, in particolare, possono essere:

- assicurazioni vita (portafoglio di circa 78.800 polizze a fine 1999);
- assicurazioni malattia (portafoglio di circa 570.300 polizze a fine 1999).

Alcuni dati sulla assicurazione obbligatoria tedesca contro il rischio di non autosufficienza

Appare utile riportare alcuni dati sull'esperienza dei primi anni dell'applicazione della nuova legge.

Tab. 5 Assicurazione obbligatoria tedesca contro il rischio di non autosufficienza - 1999
Casse di assistenza : Andamento contributi e costi

	(miliardi di marchi)
Contributi	31,92
Costi	31,98
1. Prestazioni	30,41
- ass. domiciliare	12,46
Di cui: - assegni in denaro	8,29
prestazioni in natura	4,17
- assistenza residenziale	14,04
2. Altri costi (sp. amm.,...)	1,56
Saldo	-0,06
Utili accantonati	9,68

Fonte: Munich Re

A partire da questi dati si può calcolare, a titolo indicativo, il contributo medio "per testa contribuente" (solo iscritti), pari a 631 DM annui ²⁶(ovvero 52,6 DM mensili); il contributo medio "per testa assicurata" (inclusi familiari), pari a 447 DM annui²⁷ (ovvero 37,3 DM mensili).

Tab.6 Assicurazione obbligatoria tedesca contro il rischio di non autosufficienza - 1999
Compagnie di assicurazione : andamento premi e costi ²⁸ (miliardi di marchi)

Premi	5,92
Costi	
1. <u>Prestazioni</u>	0,93
2. <u>Riserve</u> (degli attivi)	3,58
3. <u>Spese ammin. imposte</u>	0,55
4. <u>Solvibilità</u>	0,10
Saldo	0,76

Fonte: Munich Re

Sulla base di questi dati si può calcolare a titolo indicativo il premio medio "per testa contribuente" (solo iscritti), pari a 911 DM annui²⁹ (ovvero 76 DM mensili); il premio medio "per testa assicurata" (inclusi familiari), pari a 721 DM annui³⁰ (ovvero 60 DM mensili).

Si riportano, infine, alcuni dati sull'esperienza della sinistralità in Germania:

<i>Beneficiari (1999)</i>	<i>numero (milioni)</i>	<i>%</i>
Ass.sociale	1,83	95
Ass.privata obblig.	0,10	5
Totale	1,93	100
ass.domiciliare	1,35	70

²⁶ 31,92 m.di DM/50,6 m.

²⁷ 31,92 m.di DM/71,4 m

²⁸ risultati preliminari.

²⁹ 5,92 m.di DM/6,5 m

³⁰ 5,92 m.di DM/8,2 m

ass.residenziale	0,58	30
Totale	1,93	100

Tab.7 Assicurazione obbligatoria tedesca contro il rischio di non autosufficienza - 1999
Sinistralità: assistenza domiciliare

	Assicurazione sociale	Assicurazione privata obbligatoria
Numero	1.280.379	71.221
<u>Livello</u>		
I	52,2%	47,4%
II	36,9%	38,2%
III	10,9%	14,4%
<u>Fasce di età</u>		
0 - 19	6,8%	6,9%
20 - 39	5,9%	2,3%
40 - 59	8,1%	7,3%
60 - 79	35,8%	34,6%
80+	43,4%	48,9%

Fonte: Ministero della Sanità tedesco; Munich Re

Tab.8 Assicurazione obbligatoria tedesca contro il rischio di non autosufficienza - 1999
Sinistralità: assistenza residenziale

	Assicurazione sociale	Assicurazione privata obbligatoria
Numero	545.983	31.726
<u>Livello</u>		
I	37,4%	22,8%
II	41,5%	45,1%
III	21,1%	32,1%
<u>Fasce di età</u>		
0 - 19	1,3%	0,8%
20 - 39	4,6%	1,1%
40 - 59	6,8%	3,0%
60 - 79	26,3%	21,7%
80+	61%	73,4%

Fonte: Ministero della Sanità tedesco; Munich Re

Rischio di dipendenza (fonte: Ministero della Sanità Tedesco):

- meno di 60 anni 0,5%
- tra 60 e 80 anni 3,5%
- oltre 80 anni 30%.

Tab.9 Tassi di prevalenza della non autosufficienza (%) (sia ass.dom. che ass. resid.) – 1999

Età	Maschi		Femmine		Confronto (m + f)
	Soc.	Priv.	Soc.	Priv.	Priv/Soc.
60-64	1,85	0,76	1,48	0,78	46%
65-69	3,07	1,55	2,57	1,46	55%
70-74	4,82	3,05	4,78	3,11	64%
70-79	6,34	4,38	7,34	5,29	70%
80+	22,30	19,75	34,48	31,30	85%

Fonte: Munich Re

2. Il problema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Francia³¹

La legge del 24 gennaio 1997 istituisce una prestazione specifica riservata alle persone non autosufficienti anziane in Francia.

L'impostazione della legge è quella di restringere il campo d'applicazione alle fasce più povere della popolazione. La prestazione non può, infatti, essere percepita se il beneficiario ha altri redditi di importo superiori a 72.000 franchi annui (cioè 10.976 euro all'anno)³².

La struttura della norma

Le caratteristiche generali della legge sono le seguenti:

- possono beneficiare della prestazione in questione le persone di età non inferiore a 60 anni, solo se legalmente residenti in Francia;
- i beneficiari abbiano una stato di dipendenza, definito come la condizione di una persona che ha bisogno di essere aiutata nello svolgimento degli atti essenziali della vita³³;
- l'importo delle prestazioni dipende dalla situazione reddituale e patrimoniale del soggetto, oltrechè dal grado di disabilità;
- le prestazioni sono in natura;
- non esiste una unicità di enti che intervengono (come ad esempio in Germania la Cassa malattia e la Cassa di assistenza ad essa collegata per legge), ma esiste un pluralismo di soggetti erogatori che causa difficoltà di coordinamento.

³¹ V. L.Beltrametti, *Progetti alternativi di assistenza ai non autosufficienti: costi e meccanismo di finanziamento*; ricerche Ministero del Tesoro, settembre 2000.

³² Tale cifra si eleva a 18.292 euro se esiste il coniuge convivente.

³³ E' interessante sottolineare che in allegato al modulo che deve essere compilato dalla Commissione medico-sociale (incaricata di accertare il diritto alle prestazioni) vi è un algoritmo che attribuisce un punteggio alla incapacità di ogni funzione (curare la propria igiene ecc.). Il decreto attuativo individua 6 livelli di disabilità.

Secondo una stima (OECD, 1996) la legge in questione riguarderà l'assistenza domiciliare di circa 400.000 persone non autosufficienti e l'assistenza in case di cura di circa 240.000 persone. Il costo annuo previsto è circa 14 miliardi di franchi (circa 2,13 miliardi di Euro)³⁴, costo relativamente contenuto e che mostra il ristretto campo d'applicazione della legge.

Alcune caratteristiche della legge

La prestazione è funzione dello stato di bisogno dell'assistito nonché delle sue condizioni reddituali e patrimoniali (entro massimi piuttosto contenuti).

Le persone anziane non autosufficienti possono assumere una (o più) persone che prestino aiuto domiciliare; la spesa corrispondente viene versata dallo Stato direttamente alla persona (persone) che presta servizio domiciliare.

Tale persona può essere anche un parente (purchè disoccupato) dell'assistito, escluso in ogni caso il coniuge e il (la) convivente.

Lo Stato si impegna a fornire una formazione specifica alle persone che prestano assistenza.

Secondo una indagine campionaria le modalità delle prestazioni sono così distribuite:

- 38% assunzione di un collaboratore al proprio domicilio;
- 31% acquisto di servizi presso società;
- 22% pagamento di un familiare;
- 9% acquisto di servizi di collaborazione domestica.

L'ammontare massimo della prestazione è di 5.700 franchi al mese (circa 869 euro); si noti peraltro che l'importo medio è di 3.200 franchi al mese (488 euro).

3. Il problema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Gran Bretagna

Nel Regno Unito l'assistenza LTC non si fonda su un "ramo" della sicurezza sociale simile a quello tedesco, ma in molteplici settori gestiti in parte dal Servizio Sanitario Nazionale, in parte dalle Autorità locali e la restante parte da privati.

Il problema dell'assistenza ai non autosufficienti nel Regno Unito è stato recentemente oggetto di studio per una commissione appositamente costituita (*The Royal Commission on Long Term Care*), cui hanno partecipato tutti i gruppi delle parti sociali interessate, i cui risultati finali ³⁵(1999) costituiscono un

³⁴ Un costo molto inferiore (anche in proporzione al numero totale della popolazione) rispetto a quello della Germania, Gran Bretagna, a quello previsto per l'Italia.

³⁵ Royal Commission on Long Term Care, *Report on Long Term Care*, Londra, 1999.

documento organico contenente una analisi completa della situazione, nonché una lista di raccomandazioni.

I costi attuali

La Commissione ha dovuto impostare da zero un quadro descrittivo dell'attuale situazione, in termini di numero di beneficiari e di costi, dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, in quanto per questo settore non esiste (analogamente a quanto accade in Italia) una fonte centralizzata di dati.

Riguardo agli anziani (65+) beneficiari di assistenza LTC e alla tipologia di assistenza ricevuta è risultato che nel 1996 (anno di riferimento dell'indagine) circa 610.000 persone ricevono assistenza domiciliare da un' autorità pubblica locale; circa 570.000 ricevono assistenza infermieristica a domicilio ("*community nursing*"); circa 260.000 ricevono assistenza generica diurna; circa 670.000 individui ricevono aiuti privati. Circa 480.000 persone vivono in istituti di ricovero: 289.000 persone vivono in case di riposo ("*residential care*"), di cui 84.000 in strutture private; circa 157.000 persone vivono in residenze sanitarie protette ("*nursing home care*") di cui 42.000 in strutture private; 34.000 ricevono assistenza in ospedale per lungodegenti.

Per quanto riguarda gli oneri, la spesa per le persone non autosufficienti ammontava a circa 33.000 miliardi di lire. La suddivisione del carico è la seguente:

- Servizio Sanitario (circa il 23% del complesso della spesa);
- Autorità locali (circa 41%);
- Privati (il residuo 36%).

Si noti che la voce "privati" include solo l'assistenza privata di tipo formale (compartecipazioni, acquisto di servizi privati), e non l'assistenza informale dei familiari.

Della spesa complessiva il 75% è stato destinato a cure residenziali, e il restante 25% a cure domiciliari.

Le previsioni dei costi futuri

La Commissione ha effettuato una previsione principale dei costi futuri per l'assistenza ai non autosufficienti (il "caso base"), sulla quale è stata svolta una "*sensitivity analysis*", variando le ipotesi di base, e costruendo un *range* di possibili scenari entro cui potranno collocarsi gli effettivi valori futuri.

Il modello utilizzato non attribuisce un valore finanziario all'assistenza informale.³⁶

³⁶ Si tratta del modello elaborato dal PSSRU (Personal Social Services Research Unit). Viceversa, i modelli sviluppati dall'Istituto degli Attuari Britannico e dalla London Economics stimano anche un costo per l'assistenza informale.

Le principali ipotesi adottate nel "caso base" sono le seguenti: i tassi di dipendenza alle singole età restino costanti nei prossimi 50 anni; non si assumono variazioni nella disponibilità di assistenza informale da parte delle famiglie; l'intensità di utilizzo dei servizi di LTC da parte del singolo disabile (e per i vari livelli di disabilità) resti costante; l'incremento dei costi unitari di LTC sia superiore all'andamento generale dei prezzi, ossia un aumento dei costi per LTC in termini reali (dell'1,5% per i servizi sanitari e dell'1% per i servizi sociali).

La LTC è considerata una "industria di persone": ben il 70% infatti delle spese complessive per LTC è rappresentato dagli stipendi delle persone che offrono *personal care* - ossia aiuti a vestirsi, lavarsi, mangiare - agli anziani non autosufficienti.

Come si vedrà oltre, molte delle ipotesi del caso base sono analoghe a quelle adottate nelle previsioni svolte in questo studio per l'Italia (parte terza del presente volume).

Le proiezioni sono state effettuate sino al 2051, termine delle proiezioni demografiche; è bene rilevare che dopo il 2031 le proiezioni devono essere considerate come molto incerte. Le previsioni dei costi futuri per LTC ottenute nel "caso base", supponendo prezzi costanti, portano a evidenziare la seguente evoluzione (ponendo come base l'anno 1999) della spesa prevista:

- 100 nel 1999
- 130 nel 2010
- 180 nel 2020
- 250 nel 2031.

Si noti che – supponendo altresì il PIL crescente (dal 1999 al 2031) ad un tasso annuo medio di 1.5% - il rapporto della spesa sul PIL aumenterebbe ancora, seppure in misura sensibilmente minore.

La *sensitivity analysis* ha poi consentito di individuare due scenari limite: uno ottimistico, in cui si ipotizzano miglioramenti nelle aspettative di salute degli anziani, ed uno pessimistico, nell'ipotesi in cui la popolazione invecchi più del previsto e i costi crescano più del previsto.

In particolare l'ipotesi ottimistica del miglioramento nello stato di salute degli anziani prevede che i tassi di dipendenza alle singole età decrescano dell'1% all'anno, comportando per il 2051 un dimezzamento dei costi complessivi rispetto al caso base.

Le raccomandazioni della Royal Commission

Sulla base della considerazione che il rischio di non autosufficienza va equiparato, in termini pratici, morali e sociali, a rischi eccezionali riguardanti la salute, quali l'attacco cardiaco o le malattie tumorali, viene individuata come soluzione

efficiente un modello che comporti una suddivisione dei rischi di tipo universale (assicurazione sociale o tassazione generale). I singoli individui sarebbero chiamati a contribuire in base ai propri mezzi. Tuttavia, su un piano pratico, il sistema vigente viene ritenuto insoddisfacente. Conseguentemente la Royal Commission ha elaborato una serie di raccomandazioni per riformarlo.

In particolare, si propone una riforma del sistema di finanziamento mirante a definire una nuova e chiara relazione tra ciò che è offerto dallo Stato, da una parte, e ciò che è rimesso alla responsabilità degli individui, dall'altra.

Il carattere di universalità dei servizi dovrebbe essere più accentuato rispetto all'attuale situazione, in cui l'assistenza ai non autosufficienti è vista come un servizio per i più poveri.

La Commissione giunge a due principali raccomandazioni.

La prima raccomandazione è che i costi complessivi per la LTC siano suddivisi in costi "normali" della vita quotidiana (*living costs*), costi "alberghieri" (*housing costs*) e costi di cura personale (*personal care*). La *personal care* dovrebbe essere garantita dallo Stato, in base ai bisogni, e finanziata tramite la fiscalità generale. I costi previsti vanno da 800 a 1.200 milioni di sterline all'anno (a prezzi 1995). Considerando che la quota di prelievi fiscali (su redditi, pensioni e investimenti) attualmente destinata alle spese di LTC si aggira sul 2,2%, si tratterebbe di aggravare di un ulteriore 0,3% - 0,4%. Gli altri costi - *living* e *housing* - dovrebbero essere prevalentemente a carico degli individui, sulla base di *means test*, come attualmente (ossia soggetti a copagamenti in base ai mezzi disponibili).

La seconda fondamentale raccomandazione è quella di costituire una *National Care Commission* per il monitoraggio delle variabili coinvolte dal problema, inclusi gli andamenti demografici e la spesa; garantire la trasparenza e la chiarezza del sistema (risorse impiegate, diritti dei cittadini, cosa è lasciato alla responsabilità individuale); rappresentare gli interessi dei consumatori, e fissare *benchmark* nazionali.

In particolare riguardo al finanziamento si raccomanda che il Governo accerti precisamente quante risorse vengono destinate all'assistenza di tipo residenziale o domiciliare degli anziani, sia nei bilanci del SSN, sia in quelli delle Autorità locali, che in quelli della Sicurezza Sociale.

Si raccomanda, inoltre, di costituire un singolo punto di contatto con l'utente; una maggiore unificazione dei vari *budget*; di accrescere l'assistenza a domicilio; di incrementare gli aiuti ai familiari.

Sugli aspetti informativi e le proiezioni per il futuro viene raccomandato che la *National Care Commission* produca e pubblichi almeno ogni cinque anni proiezioni dei costi complessivi per la LTC; che si effettui un'indagine nazionale (studi longitudinali) sulla evoluzione delle aspettative di salute della popolazione.

PARTE TERZA

Il problema degli anziani non autosufficienti in Italia

In questa parte del lavoro viene esaminato il problema della valutazione del costo per la realizzazione di una copertura assicurativa obbligatoria contro il rischio di non autosufficienza estesa all'intera popolazione italiana, sul modello dell'assicurazione sociale tedesca.

Inoltre vengono considerati i possibili futuri sviluppi della disabilità nelle classi anziane di età in Italia e la evoluzione dei costi previsti dal modello.

1. Gli anziani non autosufficienti in Italia

I dati utilizzati per misurare l'incidenza della non autosufficienza in Italia sono tratti dall'indagine Multiscopo ISTAT sulle famiglie, che si basa sulla elaborazione di un questionario composto di 19 quesiti, proposto da un gruppo di lavoro dell'OCSE su raccomandazione dell'OMS.

I quesiti consentono di ricostruire tre dimensioni cruciali della disabilità:

- la dimensione delle funzioni della vita quotidiana, che comprende le attività di cura della persona (lavarsi, vestirsi, farsi il bagno o la doccia, mangiare);
- la dimensione fisica, sostanzialmente relativa alle funzioni della mobilità e della locomozione (camminare, salire e scendere le scale, raccogliere oggetti da terra) che, nelle situazioni limite, si configura come confinamento, cioè costrizione permanente dell'individuo in un letto, in una sedia o in una abitazione;
- la dimensione della comunicazione, che comprende le funzioni della parola, della vista e dell'udito.

L'ISTAT definisce "disabile" la persona che ha segnalato una difficoltà grave in almeno una delle tre dimensioni considerate.

L'indagine Multiscopo si riferisce alle persone che vivono in famiglia e non tiene conto di quelle residenti permanentemente in istituzioni.

In ogni caso risulta³⁷ che in Italia è modesta la quota degli anziani che vivono in istituzioni, molto inferiore a quella che si riscontra in altri Paesi Europei³⁸.

L'indagine ISTAT viene condotta con cadenza quinquennale. Pertanto i dati più aggiornati sulla materia si riferiscono alla Indagine multiscopo sulle famiglie - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1994.

Recentemente (1999/2000) l'ISTAT ha condotto una nuova indagine Multiscopo - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, i cui primi risultati sono stati anticipati.³⁹

Nel 1994, in base alle stime ISTAT, vi erano 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 ultrasettantacinquenne⁴⁰.

In base ai primi risultati dell'indagine Multiscopo 1999 il numero delle persone disabili in Italia supera i 3 milioni. Escludendo però dal novero il contingente di circa 400.000 individui che presentano seri problemi di incontinenza non associati ad altre forme di disabilità, le persone disabili in Italia nel 1999 ammontano complessivamente a 2.700.000.⁴¹

Nel presente studio si è focalizzata l'attenzione solo sulla fascia più anziana della popolazione, ossia quella di età non inferiore a 65 anni.⁴²

In base all'indagine Multiscopo 1999, risultano esservi approssimativamente 2.367 mila disabili ultrasessantacinquenni (ivi compresi 400.000 incontinenti, ipotizzato che abbiano tutti non meno di 65 anni) su una popolazione di dieci milioni di individui ultrasessantacinquenni, con un'incidenza percentuale del 24% circa.

Pertanto, volendo porre a raffronto i risultati dell'indagine 1999 con quelli del 1994, a fronte di un aumento della popolazione complessiva dell'8%, del 12% per

³⁷ Golini, *Sottoprogetto 2 del Progetto Finalizzato Invecchiamento, Atlante dell'invecchiamento della popolazione*, 4.2. *L'anziano e il ricovero in istituzioni*, www.aging.cnr.it.

³⁸ Al 1991 nella provincia di Massa Carrara, ad esempio, solo l'1,1% degli individui 65+ vivevano in istituzioni; nella provincia di Trieste il 3,4%; cfr. Golini, op. cit..

³⁹ www.istat.it, *Le condizioni di salute degli italiani*, 13 dicembre 2000.

cfr. anche www.istat.it, *Indicatori socio sanitari nelle regioni italiane*, cap.11 Stato di salute, I disabili.

⁴⁰ L'ISTAT sottolinea che il dato relativo al numero complessivo di disabili rimane comunque una sottostima, seppur lieve, del fenomeno complessivo, perché, per definizione, la scala ADL dell'OMS non consente di rilevare la disabilità nei bambini con età inferiore a sei anni.

Inoltre tale scala non consente di cogliere adeguatamente la disabilità di tipo mentale, essendo maggiormente correlata alla dimensione della capacità funzionale.

A ciò occorre aggiungere che il dato si riferisce alle persone che vivono in famiglia e non tiene conto di quelle residenti permanentemente in istituzioni.

⁴¹ Il dato dell'indagine Multiscopo 1994 includeva il contingente di individui che presentavano seri problemi di incontinenza non associati ad altre forme di disabilità.

Viceversa, il dato dell'indagine Multiscopo del 1999 non include tale contingente (che interessa soprattutto le fasce molto anziane di popolazione).

⁴² Si ricorda che la legge tedesca, invece, copre tutte le fasce d'età della popolazione.

quella di età non inferiore a 65 anni e del 32% di quella ultrasettantacinquenne, l'aumento percentuale del numero di disabili nel quinquennio considerato (1994 - 1999) è stato pari al 15% per il complesso della popolazione, al 26% per la sola classe di età non inferiore a 65 anni, e al 41% per la classe di età non inferiore a 75 anni.

Nel prosieguo dello studio, tuttavia, si considereranno i disabili ultrasessantacinquenni numericamente depurati dagli incontinenti, cioè un numero stimato approssimativamente pari a 1.967 mila individui costituenti circa il 20% della popolazione italiana di età non inferiore a 65 anni nel 1999.

In particolare la perdita di autonomia funzionale prevale tra la popolazione "molto anziana": tra le persone di 65-74 anni la quota di popolazione con disabilità è del 9,3% e raggiunge il 47,5% tra le persone ultraottantenni.

Tab.10 Popolazione anziana per classi di età; disabili e tassi di prevalenza della disabilità

Classi di età	Popolazione generale	Disabili	Tassi di prevalenza (%)
65-74	5.768.000	537.000	9,31
75-79	2.252.000	467.000	20,72
80+	2.029.000	964.000	47,5
65+	10.049.000	1.967.000	19,58
75+	4.281.000	1.430.000	33,41
80+	2.029.000	964.000	47,51
tot. (6+)	53.950.000	2.687.000	4,98

Elaborazioni su Indagine Multiscopo Istat 1999

Tab.11 Andamento della popolazione generale e dei disabili nel 1994 e 1999⁴³

VALORI ASSOLUTI	Anno 1994	Anno 1999	RAPPORTI (%)	Anno 1994	Anno 1999
Totale popol.	53.511.905	57.612.615			
Popol. 65+	8.990.000	10.049.000	Pol 65+/tot.pop.	16,80	17,44
Popol. 75+	3.234.000	4.281.000	Pol 75+/tot.pop	6,04	7,43
Totale disabili	2.677.000	3.086.710	Disab/Popol.	5,00	5,35
		(2.686.710)			(4,66)

⁴³ Nel numero dei disabili è compreso il numero degli incontinenti. Per il 1999 i valori tra parentesi sono invece al netto degli incontinenti (e sono quelli considerati nelle future elaborazioni). Per il calcolo del numero di disabili 1999 si sono imputati i 400.000 incontinenti tutti alla classe 65+. Il numero di incontinenti alla classe 75+ è stato imputato nella proporzione del 73% (n.disabili75+/n.disabili65+).

Disab. 65+	1.874.000	2.367.000 <i>(1.967.000)</i>	Disabili 65+/ tot.pop.65+	20,85	23,55 <i>(19,57)</i>
Disab. 75+	1.219.000	1.722.000 <i>(1.430.000)</i>	Disabili 75+/ tot.pop.75+	37,69	40,22 <i>(33,40)</i>

Elaborazioni su Indagine Multiscopo Istat 1994 e 1999

2. L'attuale spesa per l'assistenza agli anziani non autosufficienti

Nell'ambito delle politiche sociali, le risorse destinate dallo Stato alle indennità di accompagnamento ammontano (1996) a 7.850 miliardi, e sono destinate, indipendentemente dal livello di reddito degli interessati, ad 860.000 beneficiari, di cui oltre il 70% ultrasessantacinquenni.

In base a studi OCSE⁴⁴ in Italia la spesa complessiva (pubblica e privata) per cure LTC è stata stimata pari allo 0,58% del PIL (anni 1992-1995); la quota di popolazione ultrasessantacinquenne che riceve aiuti formali a domicilio è stata stimata pari al 2,8%; la quota di popolazione ultrasessantacinquenne ricoverata in istituti pari al 3,9%; la quota di letti privati nell'ambito degli istituti pari al 33%.

La situazione dell'Italia si pone su posizioni non difformi da quelle registrate per gli altri paesi dell'Europa meridionale, caratterizzati da livelli relativamente bassi della spesa per LTC: nei vari paesi OCSE la spesa totale per l'offerta di cure agli anziani non autosufficienti rappresenta un valore compreso tra l'1% e il 3% del PIL; in particolare la quota di spesa pubblica rispetto al PIL è solitamente compresa tra lo 0,6% e l'1%.

Una valutazione articolata della attuale spesa in Italia per l'assistenza agli anziani non autosufficienti è tuttavia opera assai complessa.

Si tratta, infatti, di valutare una spesa suddivisa in una componente pubblica (sostenuta da Stato, Regione, Province, Comuni, e caratterizzata da un'offerta molto differenziata a livello locale) ed una componente privata⁴⁵. A tali due componenti andrebbe poi aggiunta una componente "informale", relativa all'assistenza prestata a titolo gratuito dalle famiglie.

Un primo tentativo di valutare in modo articolato tale spesa è stato effettuato dal Prof. A. Piperno, in un lavoro realizzato nell'ambito del Progetto Strategico Invecchiamento del CNR⁴⁶.

In base a tali stime risulta che (nel 1998) la spesa per l'assistenza - non di tipo sanitario - agli anziani disabili in Italia è stata pari a 7.519 miliardi per quanto riguarda la componente di spesa pubblica (0,36% del PIL), a 4.758 miliardi per la componente privata di spesa (0,23% del PIL). Inoltre le famiglie offrono aiuti in casa agli anziani disabili il cui valore economico è stimato in 9.375 miliardi.

⁴⁴ Cfr. S. Jacobzone, op.cit..

⁴⁵ Da una recente indagine condotta dalla Provincia Autonoma di Bolzano sulla rete dei servizi sociali emerge oltre ad una rilevante crescita dell'indice dei non autosufficienti, passato dal 36,9% nel 1996 al 44,6% nel 1999, un forte innalzamento delle rette giornaliere di degenza, il cui costo medio si è incrementato da L. 75.000 circa rilevato nel 1996 a L. 105.000 circa nel 1999. La ricerca svolta ha altresì evidenziato che più del 90% degli individui completamente non autosufficienti sono ricompresi nelle età superiori ai 65 anni

⁴⁶ In corso di pubblicazione.

3. Il costo di un'assicurazione sociale per l'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia

Al fine di fornire un ordine di cifre sul costo di uno schema universalistico di assistenza ai non autosufficienti in Italia, si è costruito un modello per valutare il costo delle prestazioni di un'assicurazione sociale in Italia analoga a quella tedesca, utilizzando la metodologia elaborata da Winfried Schmal e Heinz Rothgang⁴⁷, nonché sulla base dei dati resi noti dal Ministero della Sanità tedesco⁴⁸ e da Munich Re (si veda anche il paragrafo n.1 della parte seconda del volume). Inoltre sono state introdotte ipotesi ulteriori, di seguito specificate, per effettuare le simulazioni riguardanti il caso italiano.

Si sottolinea che - date le numerose ipotesi - le valutazioni sui costi sono da interpretarsi come probabili stime di un fenomeno, dipendenti funzionalmente dalle ipotesi adottate.

3.1. Le ipotesi sottostanti

Le prestazioni

Si è ipotizzato che le prestazioni offerte siano sostanzialmente analoghe a quelle previste dalla legge tedesca, ossia prestazioni di tipo residenziale e di tipo domiciliare, in funzione di tre livelli di non autosufficienza. Il valore mensile delle prestazioni di tipo residenziale è pari a 2 milioni per la non autosufficienza di I livello (la meno grave), 2,5 milioni per quella di II livello, 2,8 milioni per il III livello di non autosufficienza (i casi gravissimi).

Il valore delle prestazioni di assistenza domiciliare è pari, rispettivamente per livelli crescenti di gravità, a 750.000 lire, 1.800.000 lire e 2.800.000 lire, nel caso in cui le stesse vengano erogate in natura.

Si prevede tuttavia che l'assistito possa optare, nel caso di assistenza domiciliare, per un assegno in danaro piuttosto che prestazioni in natura, di ammontare pari, rispettivamente, a 400.000 lire, 800.000 lire, 1.300.000 lire al mese.

I beneficiari

Si è ipotizzato che a beneficiare della copertura contro il rischio di non autosufficienza siano solo gli individui ultrasessantacinquenni. La legge tedesca, viceversa, tutela i non autosufficienti di qualsiasi età.

⁴⁷ *The long term costs of public long-term care insurance in Germany. Some guesstimamates*, in Eisen R. e Sloan F. (a cura di), "Long Term Care Economic Issues and Policy Solutions", Boston, Kluwer, 1996.

⁴⁸ Cfr. op.cit. (2000).

Disabili e livelli di disabilità

La ripartizione dei disabili nei tre livelli di disabilità è stata mutuata dalle statistiche dell'assicurazione sociale tedesca (il 48% dei disabili è stato imputato al livello meno grave, il 38% al livello intermedio, il 14% al livello più grave).

Come numero complessivo di disabili si è utilizzata la stima dei disabili ultrasessantacinquenni dell'Indagine Multiscopo Istat 1999, ossia 1.967.000 individui.

Così facendo, in realtà, si è prevista implicitamente una copertura più ampia rispetto a quella della legge tedesca. Infatti, da un confronto tra la definizione di disabilità contenuta nella legge tedesca (che prevede per il livello minimo di disabilità il requisito di incapacità di compiere almeno due ADL) e quella adottata dall'Istat (che definisce disabile chi è incapace in una ADL), si evince che la definizione della legge tedesca è in realtà più restrittiva.

Pertanto, utilizzando la stessa percentuale dei non autosufficienti assistiti dall'assicurazione obbligatoria tedesca di età 60+ sul totale della popolazione, si otterrebbe un numero di disabili 60+ per l'Italia di circa 1.098 mila individui, nettamente inferiore a quello registrato dall'Istat.

A tale proposito è opportuno ricordare che i disabili Istat sono attualmente classificati in base al tipo di disabilità (confinamento individuale - a letto, su una sedia, a casa - , difficoltà nelle funzioni, difficoltà nel movimento, difficoltà vista, udito e parola), e non in base a criteri quantitativi (necessità di cure espressa in numero di ore).

Dunque occorre mettere in evidenza che le valutazioni del costo dell'assicurazione sono relative ad una assistenza che, seppur mutuata dal modello tedesco, offre in realtà una copertura più ampia in termini di assistiti.

3.2 Gli scenari

Ai fini del calcolo del costo complessivo della copertura assicurativa per i non autosufficienti si sono costruiti diversi possibili scenari, a seconda che i servizi di assistenza siano di tipo domiciliare o residenziale, e a seconda che la richiesta di assistenza venga soddisfatta tramite prestazioni in denaro o di servizi.

Tutti gli scenari proposti, dunque, implicano il soddisfacimento del bisogno massimo di assistenza, ma con diversa tipologia di assistenza.

Una prima fondamentale ipotesi riguarda la proporzione di assistiti che ricevono assistenza domiciliare e quella di assistiti che ricevono assistenza residenziale.

Una seconda ipotesi riguarda, nell'ambito degli assistiti che ricevono assistenza domiciliare, la proporzione di essi che opta per l'assegno in denaro e quella che preferisce l'assistenza sotto forma di servizi.

Quanto alle prima ipotesi (assistenza domiciliare vs. assistenza residenziale) si sono considerate due alternative:

I) che il 95% degli assistiti riceva assistenza domiciliare e il 5% riceva assistenza residenziale ("scenario 95% assistenza domiciliare / 5% assistenza residenziale").

Si tratta dell'ipotesi che rispecchia più da vicino l'attuale situazione italiana.

II) che il 90% degli assistiti riceva assistenza domiciliare e il 10% riceva assistenza residenziale ("scenario 90% assistenza domiciliare / 10% assistenza residenziale").

Tale ipotesi implica un ampliamento della quota di disabili attualmente ricoverati in istituto. Essa può essere considerata una naturale prospettiva in conseguenza del previsto ridursi dell'assistenza offerta dalle famiglie.

Infine, a titolo puramente esemplificativo, si è considerato il caso che il 70% degli assistiti riceva assistenza domiciliare e il 30% riceva assistenza residenziale ("scenario 70% assistenza domiciliare / 30% assistenza residenziale").

Tale ultima ipotesi rispecchia la realtà tedesca. Ai fini del presente studio assume meramente un valore teorico di riferimento.

Quanto invece alla seconda ipotesi (nell'ambito dell'assistenza domiciliare, assegni in denaro vs. assistenza in natura) sono considerate nella letteratura le tre possibili alternative:

a) che tutti ricevano assegni in denaro ("scenario 100% assegni in denaro");

b) che tutti ricevano assistenza in natura ("scenario 0% assegni in denaro");

c) che l'80% riceva assegni in denaro e il 20% assistenza in natura ("scenario 80% assegni in denaro").

Le tabelle sottostanti riepilogano i risultati degli scenari I e II.

In tutti i casi si è scelto di adottare l'ipotesi c) (80% assegni in denaro e 20% prestazioni in natura) per ciò che riguarda le opzioni previste per il tipo di assistenza domiciliare, anche in base alle statistiche della assistenza ai non autosufficienti in Germania⁴⁹.

Scenario I (95% assistenza domiciliare / 5% assistenza residenziale)

⁴⁹ In particolare è interessante notare che in Germania nel primo anno di introduzione dell'istituto (1995) il rapporto tra i beneficiari di assistenza domiciliare che preferivano l'assegno in denaro e quelli che preferivano assistenza sotto forma di servizi era pari a 88% a fronte del 12%; cinque anni dopo la quota di coloro che preferiscono l'assegno in denaro si è ridotta al 67% (cfr. Federal Ministry of Health, 2000; op.cit.).

Nell'ambito di tali percentuali (il 5% degli assistiti ricevono assistenza di tipo residenziale e il restante 95% di tipo domiciliare), che rappresentano all'incirca l'attuale situazione dell'assistenza ai disabili in Italia, la ripartizione per tipologia di assistenza (domiciliare o residenziale) per livelli di disabilità è stato mutuato dalle statistiche tedesche.

Tab. 12 Costo prevedibile delle prestazioni di una assicurazione sociale LTC in Italia (secondo il modello delle legge tedesca) - Scenario I (95% assistenza domiciliare/5% assistenza residenziale) - 1999

Livelli non autosuff.	Distribuz. livelli non autosuff.	Numero disabili	Numero disabili	Numero Disabili	Costo annuo (miliardi)	Costo annuo (miliardi)	Costo annuo (miliardi)
		Ass.domic. in denaro	Ass.domic. in natura	Ass. residenz.	Ass.domic. in denaro	Ass.domic. in natura	Ass. resid.
I	48%	717.562	179.390	47.208	3.444	1.615	1.133
II	38%	568.070	142.017	37.373	5.453	3.068	1.121
III	14%	209.289	52.322	13.769	3.265	1.758	463
Totale	100%	1.494.920	373.730	98.350	12.163	6.440	2.717

Il costo complessivo della copertura assicurativa è pari a 21.320 miliardi di lire, 18.603 dei quali relativi al 95% dei disabili che ricevono assistenza domiciliare, e 2.717 relativi al 5% che riceve assistenza residenziale. Il costo medio per singolo disabile è pari a 10,8 milioni.

Scenario II (90% assistenza domiciliare / 10% assistenza residenziale)

Tab. 13 Costo prevedibile delle prestazioni di una assicurazione sociale LTC in Italia (secondo il modello delle legge tedesca) - Scenario II (90% assistenza domiciliare/10% assistenza residenziale) - 1999

Livelli non autosuff.	Distribuz. livelli non autosuff.	Numero disabili	Numero disabili	Numero Disabili	Costo annuo (miliardi)	Costo annuo (miliardi)	Costo annuo (miliardi)
		Ass.domic. in denaro	Ass.domic. in natura	Ass. residenz.	Ass.domic. in denaro	Ass.domic. in natura	Ass. resid.
I	48%	679.795	169.949	94.416	3.263	1.530	2.266
II	38%	538.171	134.543	74.746	5.166	2.906	2.242

III	14%	198.274	49.568	27.538	3.093	1.665	925
Totale	100%	1.416.240	354.060	196.700	11.523	6.101	5.434

Il costo complessivo della copertura è pari a 23.057 miliardi (di cui 17.624 miliardi relativi all'assistenza domiciliare per il 90% degli anziani disabili e 5.434 miliardi relativi all'assistenza residenziale per il 10% degli anziani disabili). Il costo medio per singolo disabile è pari a 11,7 milioni.

Dal confronto degli scenari si evince chiaramente come la scelta del tipo di assistenza - residenziale piuttosto che domiciliare - influisca in modo notevole sui costi complessivi⁵⁰.

3.3 Il finanziamento dell'assicurazione sociale per l'assistenza agli anziani non autosufficienti

Se si prende a riferimento il modello tedesco, si suppone che il sistema finanziario di gestione dello schema assicurativo sia un sistema a ripartizione pura ad equilibri annuali, e che inoltre il finanziamento avvenga tramite contributi.

Una prima ipotesi è quella in cui siano tenuti a versare i contributi i lavoratori attivi. Pertanto, rapportando il costo dell'assicurazione alle masse salariali, si otterrà il valore del contributo, espresso come percentuale – uguale per tutti i lavoratori – del salario. Naturalmente il costo del contributo potrà essere ripartito, nel caso di lavoratori dipendenti, tra lavoratori e datori di lavoro, in proporzioni uguali o meno.

Una seconda ipotesi (che rispecchia la modalità tedesca) si riferisce al fatto che i contributi vengano fatti gravare su tutti i lavoratori, sia attivi che pensionati.

In tal caso per il calcolo dell'aliquota contributiva il costo dell'assicurazione dovrà essere rapportato alla somma delle masse salariali e delle pensioni. Anche con questa modalità potranno essere fatte opportune ipotesi sulla ripartizione di parte del carico del costo del contributo del pensionato sull'ente pensionistico di appartenenza.

E' evidente come, allargando la platea dei contribuenti a tutti i lavoratori, attivi e pensionati, si riduce il peso del contributo pro-capite, e dunque si riduce l'aliquota contributiva.

⁵⁰ Naturalmente nel caso in cui si preveda che il 70% dei non autosufficienti ricorra ad assistenza domiciliare ed il restante 30% ad assistenza residenziale, così come avviene oggi in Germania - i costi sono superiori: il costo complessivo è pari a 30.008 miliardi (di cui circa 13.707 relativi all'assistenza domiciliare per il 70% degli anziani disabili e 16.301 per l'assistenza residenziale per il restante 30%). Il costo medio per assistito è di 15,3 milioni.

La partecipazione dei pensionati al finanziamento dell'assicurazione consentirebbe di alleggerire in parte la pressione sul sistema derivante dall'invecchiamento della popolazione.

La motivazione che sta alla base della scelta di "spalmare" parte del costo dell'assicurazione anche sui pensionati risiede nel fatto che essi costituiscono gli esclusivi beneficiari dell'assicurazione.

Nella tabella che segue sono riportati gli elementi di base per il calcolo dell'aliquota di equilibrio (ripartizione pura): si tratta delle masse contributive e della numerosità degli attivi e dei pensionati.

Tab.14 Italia - Dati sui redditi e pensioni - 1999 ⁵¹

	ATTIVI	PENSIONATI	TOTALI
n.contribuenti - n.pensionati (<i>migliaia</i>)	22.027	17.693	39.720
monte redditi-pensioni (<i>miliardi di lire</i>)	712.766	252.319	965.085
reddito medio-pensione media (<i>milioni di lire</i>)	32,36	16,8	

In aggiunta alle aliquote relative all'intero fabbisogno lordo di seguito riportate, si sono calcolate anche quelle relative al fabbisogno al netto dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza ai non autosufficienti, stimata in 7.519 miliardi⁵².

Tab. 15 Fabbisogno e aliquote contributive per una assicurazione sociale LTC in Italia (secondo il modello della legge tedesca)

	Fabbisogno (miliardi)	Fabbisogno/PIL (%)	Aliquote contributive (%)	
			Solo attivi	Attivi + pensionati
Scenario I (95%-5%)				
Fabbisogno lordo	21.320	0,99	2,99	2,21
Fabbisogno al netto spesa pubblica	13.801	0,64	1,94	1,43
Scenario II (90%-10%)				

⁵¹ I dati statistici relativi ai redditi e alle pensioni (dati di previsione) sono stati tratti dalle tabelle a cura del Nucleo di Valutazione della Spesa Previdenziale "Prestazioni e contributi" e "Principali indicatori" relative al *Rapporto 2000*.

⁵² Cfr A.Piperno, op.cit.

Fabbisogno lordo	23.057	1,07	3,23	2,39
Fabbisogno al netto spesa pubblica	15.538	0,72	2,18	1,61

Il costo dell'assicurazione sociale rapportato al PIL ⁵³(1999) rappresenta, nei due scenari rispettivamente, una quota pari allo 0,99% (scenario 95% domiciliare/5% residenziale) e all'1,07% (scenario 90% domiciliare/10% residenziale)⁵⁴.

In termini di aliquote contributive, al netto dell'attuale spesa pubblica e nell'ipotesi di una contribuzione a carico sia dei lavoratori attivi che dei pensionati, si otterrà un'aliquota che varia dall'1,43% nello scenario I (quello cioè equivalente alla situazione corrente dell'Italia) all'1,61% nello scenario II (90%-10%)⁵⁵.

Naturalmente lo schema assicurativo potrebbe essere introdotto in maniera graduale. Ad esempio, sul modello dell'esperienza tedesca, si potrebbe in una prima fase introdurre la copertura della sola assistenza domiciliare, ed in una fase successiva aggiungere l'assistenza residenziale.

4. Gli sviluppi futuri⁵⁶

Per fare delle considerazioni circa la situazione futura dell'assistenza ai non autosufficienti occorrerà, da una parte, considerare le possibili evoluzioni della domanda, e dall'altra quelle del suo finanziamento.

4.1. Il fabbisogno futuro di assistenza

Per proiettare al futuro la domanda di assistenza ed i relativi costi occorrerà fare delle ipotesi, riguardanti principalmente:

- l'evoluzione della popolazione;
- l'evoluzione della prevalenza della disabilità;
- l'evoluzione dei costi.

4.1.1 L'evoluzione della popolazione italiana

Come accennato nel capitolo introduttivo del presente studio, l'Italia si caratterizza per essere un paese fortemente colpito dal problema

⁵³ Il PIL a prezzi correnti è stato pari in Italia nel 1999 a 2.144.959 miliardi di lire.

⁵⁴ 1,40% nello scenario 70% domiciliare/30% residenziale.

⁵⁵ L'aliquota sarebbe pari al 2,33% nello scenario equivalente alla situazione tedesca.

⁵⁶ Per il paragrafo 4 si è tenuto conto, oltrechè della metodologia di Schmal e Rothgang, op.cit., anche di quella adottata da S.Jacobzone, op. cit.

dell'invecchiamento della popolazione, andando incontro ad un forte aumento specialmente della popolazione molto anziana (con più di 80 anni).

In base alla previsioni predisposte dall'Istat, la quota di popolazione con età superiore ai 65 anni, cui tradizionalmente ci si riferisce col termine di "anziani", passerà dall'attuale 18%, al 28% del 2030, al 34% del 2050. In termini assoluti si passerà dai 10,4 milioni di individui ai 16 milioni dal 2030 ai 18 milioni del 2050. Volendo distinguere, nell'ambito degli anziani, i cosiddetti "grandi vecchi", si osserva che la quota degli ultrasessantacinquenni passerà dall'attuale 8%, al 15% del 2030, al 21% del 2050 (in termini assoluti: dagli attuali 4,5 milioni di individui, agli 8,2 del 2030, agli 11,1 del 2050).

La quota degli ultraottantenni sul totale della popolazione, invece, si accrescerà dall'attuale 4%, al 9% del 2030, al 14% del 2050 (in termini assoluti da 2,3 milioni a 5,4 del 2030 a 7,4 del 2050).

Il numero degli ultraottantenni nel prossimo cinquantennio dunque è destinato a più che triplicarsi.

Ciò che rappresenta un campanello d'allarme ai fini delle politiche agli anziani non autosufficienti è proprio il fatto che in Italia a crescere notevolmente è, nell'ambito degli anziani, la componente dei molto anziani: infatti il rapporto tra gli individui ultraottantenni rispetto al più ampio gruppo di ultrasessantacinquenni è destinato ad aumentare dall'attuale 22%, al 34% del 2030, sino a raggiungere il 41% nel 2050.

Tab. 16 Invecchiamento popolazione italiana⁵⁷

Età/Anno	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<i>Valori assoluti</i>						
<i>tot.pop.</i>	57.681.895	58.490.508	58.043.546	56.978.030	55.207.095	52.169.620
<i>tot. 65+</i>	10.372.488	12.061.382	13.716.024	15.971.922	18.346.524	17.947.549
<i>tot 75 +</i>	4.507.331	5.949.052	7.018.487	8.286.248	9.839.100	11.133.469
<i>tot. 80+</i>	2.265.183	3.472.383	4.443.009	5.372.442	6.208.370	7.435.062
<i>Rapporti percentuali</i>						
<i>65+/tot.pop</i>	18%	21%	24%	28%	33%	34%
<i>75+/tot.pop</i>	8%	10%	12%	15%	18%	21%
<i>80+/tot.pop.</i>	4%	6%	8%	9%	11%	14%
<i>80+/65+</i>	22%	29%	32%	34%	34%	41%

⁵⁷Elaborazioni su Previsioni della Popolazione residente in Italia, ISTAT – base 1° gennaio 2000.

4.1.2 La proiezione statica degli anziani disabili

Per effettuare delle previsioni sulla futura evoluzione del numero dei disabili si è ipotizzato che l'evoluzione stessa dipenda dal solo fenomeno demografico dell'invecchiamento, e non da variazioni nell'incidenza della disabilità (c.d. proiezioni statiche degli anziani disabili).

In tal modo è possibile calcolare il numero dei futuri anziani disabili semplicemente applicando gli attuali tassi di disabilità alla popolazione prevista.

Si ipotizza, in particolare, che restino costanti nel tempo i tassi di prevalenza (numero di disabili per cento persone) rispetto alle singole classi di età. Nel caso dell'Italia si sono supposti costanti i tassi di prevalenza della disabilità disponibili per le classi di età: 65-74, 75-79, 80+.

Naturalmente, il rapporto tra il numero di disabili 65+ e la popolazione 65+ (c.d. "prevalenza 65+") è destinato ad aumentare nel tempo per il fatto che i tassi di disabilità più elevati si trovano in corrispondenza delle classi di età più avanzate, ossia quelle destinate ad incrementarsi maggiormente. Infatti la "prevalenza 65+" passa dal 20% circa del 1999 al 24% circa del 2020, al 27,5% circa del 2050.

I risultati delle proiezioni sono esposti nella tabella sottostante.

Tab. 17 Proiezioni statiche degli anziani disabili - Italia

Età\Anno	2000	2010	2020	2030	2040	2050
POP. prev. 65-74	5.863.157	6.110.320	6.695.517	7.683.644	8.505.384	6.812.030
<i>Dis.previs.⁵⁸</i>	545.860	568.871	623.353	715.347	791.851	634.200
POP. prev. 75-79	2.242.148	2.476.669	2.575.478	2.913.806	3.630.730	3.698.407
<i>Dis.previs.⁵⁹</i>	464.573	513.166	533.639	603.741	752.287	766.310
POP. prev. 80+	2.265.183	3.472.383	4.443.009	5.372.442	6.208.370	7.435.062
<i>Dis.previs.⁶⁰</i>	1.075.962	1.649.382	2.110.429	2.551.910	2.948.976	3.531.654
POP.previs. 65+	10.370.488	12.059.372	13.714.004	15.969.892	18.344.484	17.945.499

⁵⁸ Tasso di prevalenza pari a 9,31.

⁵⁹ Tasso di prevalenza pari a 20,72.

⁶⁰ Tasso di prevalenza pari a 47,50

<i>Dis.previs.</i>	2.086.395	2.731.419	3.267.421	3.870.998	4.493.114	4.932.164
<i>Prevalenza 65+ (%)</i>	20,12	22,65	23,83	24,24	24,49	27,48

Le previsioni del numero di disabili in Italia nei prossimi cinquanta anni rispecchiano come l'Italia sia connotata da un forte incremento della popolazione anziana - ed in particolare di quella molto anziana. Infatti nel prossimo cinquantennio è previsto che le persone da 65 a 74 anni aumentino solo di circa il 17%, le persone da 75 a 79 anni aumentino di circa il 77%, le persone di 80 anni e più aumentino di circa il 330% (superando addirittura in valore assoluto le persone di 65-74 anni, con 7.435.062 individui contro 6.812.030).

Le previsioni statiche dei disabili rappresentano tuttavia una stima prudenziale del fenomeno in esame.

In aggiunta alle previsioni statiche si potrebbero fare delle ipotesi sulla evoluzione futura della incidenza della disabilità (c.d. proiezioni dinamiche dei disabili). In particolare, come si è precedentemente accennato, poiché l'aumento dei disabili nelle classi di età anziane (dovuto all'invecchiamento della popolazione) può essere mitigato dai miglioramenti nello stato di salute degli anziani conseguenti agli avanzamenti nella medicina, si potrebbero ottenere delle previsioni più ottimistiche di quelle effettuate.

4.1.3 Le previsioni dei costi futuri

Volendo effettuare delle proiezioni sulla possibile evoluzione dei costi relativi alla copertura assicurativa proposta per gli anziani disabili per i prossimi cinquanta anni, si è innanzitutto effettuata la previsione dei costi a moneta costante. Tale tipo di previsione permette di evidenziare l'andamento futuro dei costi considerati in funzione delle sole ipotesi effettuate sulla evoluzione della popolazione e della disabilità.

Successivamente si è ipotizzato un incremento annuo dei costi pari all'1%. Tale incremento rappresenta l'incremento annuale dei costi per l'assistenza rispetto al livello generale dei prezzi: si tratta dunque di un aumento dei costi in termini reali.⁶¹

Applicando tale incremento al costo per singolo disabile si è ottenuto il costo previsto complessivo.

⁶¹ v. Royal Commission, 1999, op.cit, nonché paragrafo 3 della Parte Seconda del presente volume.

Tab.18 Fabbisogno per un'assicurazione sociale LTC in Italia - previsioni
(miliardi di lire)

	1999	2010	2020	2030	2040	2050
<i>previsioni pop. 65+</i>	10.049.000	12.061.382	13.716.024	15.971.922	18.346.524	17.947.549
<i>n. previsto disabili 65</i>	1.967.000	2.731.419	3.267.421	3.870.998	4.493.114	4.932.164
<i>+ fattore capitalizzaz.costi al'1%</i>	1	1,12	1,23	1,36	1,50	1,66
Scenario I - 95% dom./5% res.						
<i>costo per singolo disabile, inflaz.1% (mil)</i>	10,839	12,092	13,357	14,755	16,299	18,004
<i>Costo complessivo a moneta costante</i>	21.320	29.606	35.416	41.958	48.701	53.460
<i>Costo complessivo inflazione 1%</i>	21.320	33.029	43.644	57.116	73.232	88.798
Scenario II - 90% dom./10% res.						
<i>costo per singolo disabile, inflaz.1% (mil)</i>	11,722	13,078	14,446	15,958	17,627	19,471
<i>Costo complessivo a moneta costante</i>	23.057	32.018	38.301	45.376	52.668	57.815
<i>Costo complessivo inflazione 1%</i>	23.057	35.721	47.202	61.772	79.201	96.036

La lievitazione dei costi globali nel periodo considerato (2000 - 2050) è dunque dovuta:

- all'aumento del numero dei disabili di circa 2,5 volte (da 1,967 milioni a 4,932 milioni);
- all'aumento dei costi di LTC di circa 1,7 volte.

In definitiva, considerando sia l'aumento dei costi derivante dal fenomeno demografico che quello derivante dagli incrementi relativi dei costi di assistenza, si può stimare un aumento complessivo dei costi di circa 4 volte⁶².

4.2. Il finanziamento futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti

Quando si guarda al finanziamento della futura domanda di assistenza un primo importante aspetto da considerare è il peso che avrà in futuro l'assistenza informale. Potranno le famiglie in futuro supportare i loro familiari anziani disabili nella stessa misura in cui lo fanno oggi?

L'evoluzione di una serie di fattori demografici e sociali - il superamento dei nuclei familiari estesi, l'aumento del tasso di attività lavorativa femminile, il calo della natalità - consentono di concludere che, senza interventi di riforma, diminuirà la disponibilità delle famiglie ad offrire al proprio interno l'assistenza di cui gli anziani non autosufficienti necessitano.

Una naturale conseguenza sarà l'aumento della proporzione delle cure di tipo formale e, in particolare, di quelle residenziali.

Un altro aspetto da considerare è come evolverà in futuro il numero dei contribuenti. A tal fine si potranno considerare, rispettivamente, la evoluzione della popolazione di età 15-64, come *proxy* dei lavoratori attivi, e la popolazione 15+, come *proxy* di tutti i lavoratori (attivi e pensionati).

Rapportando il numero di disabili al numero di contribuenti si vede come, se si considera che i contributi gravino solo sui lavoratori attivi, tale rapporto è destinato a peggiorare notevolmente, dal 5% circa del 1999, al 9% circa del 2020, a oltre il 17% del 2050 (un peggioramento di circa 3,5 volte).

Si ha, in tal caso, una evoluzione sfavorevole del rapporto analoga a quanto avviene nel sistema pensionistico.

Se invece si rapporta il numero di disabili al numero di tutti i lavoratori, attivi e pensionati, allora il rapporto crescerà in misura più contenuta, dall'attuale 4% circa al 6% circa del 2020, a oltre il 10% nel 2050 (un peggioramento di circa 2,5 volte).

⁶²I risultati, invece, nel caso dello scenario 70% domiciliare/30% residenziale, prevedono un aumento del costo complessivo a moneta costante dai 30.008 miliardi di lire del 1999 ai 75.245 del 2.050.

Tab.19 Popolazione contribuente – previsioni

Età/Anno	1999	2010	2020	2030	2040	2050
15-64	39.068.489	38.199.437	36.870.077	34.406.905	30.485.104	28.262.081
65+	10.198.321	12.059.372	13.714.004	15.969.892	18.344.484	17.945.499
65+/15-64 (%)	26,10	31,57	37,20	46,41	60,18	63,50
15+	49.266.810	50.258.809	50.584.081	50.376.797	48.829.588	46.207.580
dis.65+ previs.	2.055.405	2.731.419	3.267.421	3.870.998	4.493.114	4.932.164
dis.65+/15-64 (%)	5,26	7,15	8,86	11,25	14,74	17,45
dis.65+/15+ (%)	4,17	5,43	6,46	7,68	9,20	10,67

5. Considerazioni di sintesi

Innanzitutto occorre sottolineare che il modello di una copertura pubblica agli anziani non autosufficienti fin qui esaminato riguarda la valutazione delle sole prestazioni erogate agli assistiti⁶³.

D'altro canto il gruppo dei disabili su cui sono state effettuate le valutazioni porta a costruire una copertura particolarmente generosa. Probabilmente sarebbe in alternativa sufficiente prevedere una limitazione della copertura ai soli casi più gravi (con conseguente riduzione del numero di assistiti dell'ordine del 40-50%).

Gli scenari esaminati mostrano come il costo complessivo dell'assistenza vari a seconda che l'assistenza sia erogata nella forma di cure residenziali o assistenza a domicilio, e a seconda che gli assistiti a domicilio optino per assegni in denaro piuttosto che assistenza sotto forma di servizi.

Per garantire ai 1.967.000 individui disabili ultrasessantacinquenni vigenti oggi in Italia una copertura che assicuri assistenza, variabile a seconda della gravità, di tipo residenziale (da 2 a 2,8 milioni di lire) o di tipo domiciliare (da 750.000 lire a 2,8 milioni di lire, con la possibilità di ottenere un assegno in denaro sostitutivo di

⁶³ Per la valutazione dei costi effettivi sarebbe necessario tenere conto degli ulteriori costi – amministrativi, di struttura, ecc. – che non sono stati considerati. Tuttavia la valutazione di tali ulteriori costi richiede la concreta individuazione del contesto (SSN, assistenza,...) in cui la copertura dovrebbe essere inserita.

importo inferiore), il relativo fabbisogno sarà pari a 21.300 miliardi circa, nel caso in cui il 5% degli assistiti riceva cure di tipo residenziale (e dunque il restante 95% sia assistito domiciliariamente); sarà invece pari a oltre 23.060 miliardi circa, nel caso in cui la percentuale assistita in istituti di ricovero salga al 10%⁶⁴. In tutti i casi si assume che, nell'ambito degli assistiti a domicilio, l'80% opti per un assegno in denaro piuttosto che per servizi di assistenza.

Tale costo complessivo della copertura per gli anziani non autosufficienti rappresenterebbe, dunque, una quota pari circa all'1% del PIL. Detraendo dal fabbisogno la quota attuale di spesa pubblica il nuovo onere da finanziare a seguito della riforma sarebbe pari a circa lo 0,7% del PIL.

Nell'ipotesi di finanziare la copertura del rischio di non autosufficienza proposta con un sistema a ripartizione, le aliquote contributive oscillerebbero tra poco meno del 3% e il 3,23%, se si considera che a contribuire siano i soli lavoratori attivi. Le aliquote varierebbero invece in un *range* compreso tra il 2,21% e il 2,39%, se si considera che contribuenti dello schema siano anche i pensionati. Come visto le aliquote si riducono nell'ipotesi di considerare il fabbisogno teorico al netto della attuale spesa pubblica.

Considerando in particolare un sistema che prevede il finanziamento delle prestazioni nella loro ripartizione attuale (95% assistenza domiciliare e 5% residenziale) l'ulteriore prelievo sui salari e pensioni risulterebbe pari ad un'aliquota dell'1,4%. In valori assoluti, su un reddito medio di 32,36 milioni di lire, si tratterebbe di un contributo annuo di circa 453.000 lire, che, ripartito a metà tra lavoratori e datori di lavoro, graverebbe su ciascuno per 19.000 lire circa al mese. Il contributo sulla pensione media (16,8 milioni di lire), invece, ammonterebbe a 235.000 lire circa all'anno.

Qualora, poi, si prevedesse, in una prima fase, la sola assistenza di natura domiciliare, i costi e di conseguenza il prelievo sarebbero ridotti.

Le previsioni dei costi futuri dello schema proposto sono condizionate dalle dinamiche demografiche, dal futuro andamento della disabilità, legato a sua volta al progresso medico, e da fenomeni inflattivi dei costi di LTC.

L'Italia è un paese che va incontro ad un forte invecchiamento della popolazione anziana, e specialmente ad un aumento dei "molto anziani" - gli ultraottantenni (destinati a più che triplicarsi nel prossimo cinquantennio, e a superare in valore assoluto le persone di 65-74 anni). Si tratta proprio della fascia di età per cui il rischio di non autosufficienza si presenta in modo più preoccupante.

⁶⁴ infine il fabbisogno (ipotesi meramente teorica) sarà pari a circa 30.000 miliardi nell'ipotesi in cui il 30% degli assistiti sia ricoverato in istituto.

Ne consegue che, effettuando delle proiezioni statiche della popolazione disabile, che rappresentano stime prudenziali del fenomeno, il numero di disabili di età superiore a 65 anni rapportato alla popolazione di 65 e più anni è destinato a crescere dall'attuale 20% circa, ad oltre il 24% del 2.030, al 27,5% del 2.050.

La evoluzione in termini reali dei costi complessivi sarà influenzata, oltrechè da tali fenomeni demografici, dal fatto che l'incremento dei costi di assistenza, come quello della sanità, risulta superiore all'andamento dell'inflazione (c.d. *Baumol disease*). Nel caso dell'assistenza si stima l'andamento dei costi, in genere, superiore di circa un punto percentuale rispetto all'aumento generale dei prezzi.

Pertanto, considerando tutti i fattori, nel periodo 2000-2050 il costo complessivo della copertura potrebbe aumentare complessivamente di circa 4 volte.

L'evoluzione dei contribuenti chiamati a finanziare la copertura determina un peggioramento del rapporto tra i disabili ed i contribuenti di circa 3,5 volte se si ipotizza che i contributi gravino solo sui lavoratori attivi. Tuttavia l'allargamento dell'obbligo di contribuzione anche ai pensionati - che peraltro rappresentano la classe di età esclusiva beneficiaria della copertura - consente di limitare in parte la portata del problema: in tal caso, infatti, si ha un peggioramento del rapporto disabili/contribuenti di circa 2,5 volte.

PARTE QUARTA

La LTC nel contesto dei fondi pensione

1. Premessa

Nell'ambito del presente capitolo si intendono affrontare le possibili interrelazioni operative tra la previdenza complementare e la copertura assicurativa per il rischio di non autosufficienza.

Assume pertanto particolare significatività la possibilità di creare una diffusione dai bisogni tipici delle età anziane ricercando a tal fine soluzioni operative che leghino le coperture assicurative *Long Term Care* di tipo privato a forme di previdenza complementare. Ciò in quanto l'introduzione di una garanzia LTC a favore degli iscritti a tali forme di previdenza consentirebbe di diffondere all'interno di un rilevante bacino di utenza composto da circa 13 milioni⁶⁵ di

⁶⁵ Dato desunto dalla relazione COVIP su: *I Fondi Pensione in Italia, Principali Dati e Indicatori – anno 2000*.

potenziali aderenti la copertura contro il rischio di non autosufficienza. Tale soluzione ha il pregio di consentire la realizzazione di un modello di finanziamento in cui l'onere per la garanzia assicurativa in questione può essere ripartito tra lavoratore, nella sua qualità di iscritto al fondo pensione, e datore di lavoro, in qualità di *sponsor* del fondo stesso.

La principale problematica che si pone è costituita dalla compatibilità economica di tali forme assicurative con gli obiettivi propri degli strumenti di previdenza complementare, tenuto conto che l'onere economico richiesto per la copertura assicurativa in questione grava sul volume delle risorse finanziarie destinate a scopi previdenziali. Non risulterebbe infatti proponibile l'adozione di una copertura assicurativa il cui costo incida sul livello di risparmio destinato a fini previdenziali in modo tale da vanificare la significatività delle prestazioni pensionistiche ottenibili.

L'analisi quindi che si rende necessaria riguarda la valutazione del costo della garanzia contro il rischio di non autosufficienza mirato alle età anziane allo scopo di studiare l'impatto sull'ammontare della prestazione pensionistica derivante dall'estensione di tale garanzia agli iscritti ad un fondo pensione. In tale contesto, la limitazione della garanzia assicurativa a partire dal raggiungimento dell'età di pensionamento di vecchiaia, attualmente fissata a 65 anni, deriva da una duplice esigenza: ridurre l'incidenza sulla spesa pubblica dei costi connessi all'assistenza e contenere la quota di reddito, destinato a fini previdenziali, consumata allo scopo di acquisire la garanzia in questione.

2. Il modello tecnico

L'obiettivo che si intende raggiungere è costituito dalla valutazione e dalla definizione del costo di una copertura di tipo LTC per un individuo appartenente ad un fondo pensione di categoria che garantisca l'erogazione di una rendita annua rivalutabile di importo prefissato a partire dal 65-esimo anno di età (età prevista per il pensionamento di vecchiaia in vigore alla data attuale nel regime generale obbligatorio), qualunque sia l'istante in cui l'evento assicurato si verifichi.

I mercati nei quali la garanzia LTC presenta una diffusione significativa sono caratterizzati da un ventaglio di soluzioni articolate⁶⁶ tra le quali si segnalano:

⁶⁶ Una completa descrizione tecnica delle varie tipologie di coperture assicurative contro il rischio di non autosufficienza è riportata in E. Pitacco, *Modelli attuariali per le assicurazioni sulla salute*, EGEA, Milano, 1995.

-
- copertura *stand-alone* che prevede il riconoscimento di una rendita vitalizia di ammontare prefissato al verificarsi dello stato di bisogno;
 - *rendita maggiorata* che viene erogata nell'ambito di un comune contratto di rendita vitalizia stipulato da un individuo già bisognoso di assistenza;
 - *copertura LTC complementare* offerta in abbinamento ad un contratto di assicurazione sulla vita, che stabilisce l'erogazione di una prestazione periodica per un limitato intervallo temporale in aggiunta a quella del contratto principale;
 - *integrazione di pensione* intesa come un particolare contratto di rendita vitalizia immediata in cui la rata della rendita risulti più contenuta rispetto a quella dovuta in base alle caratteristiche contrattuali fintantoché l'assicurato sia autosufficiente. Tale rata subisce un incremento al verificarsi dello stato di necessità.

Nella costruzione del modello di studio proposto, la copertura è stata strutturata secondo l'approccio di tipo *stand-alone*, in quanto tale approccio presenta la migliore compatibilità con le caratteristiche e gli impegni contributivi di un fondo pensione e, al tempo stesso, è in grado di fornire la garanzia assicurativa pur in assenza di una forma assicurativa principale alla quale connettersi.

Nel quadro dell'elaborazione della tariffa a fronte della garanzia LTC è stato in primo luogo affrontata la problematica della definizione in senso assicurativo del rischio di non autosufficienza. A tal fine è stato adottato lo schema tradizionale (ADL).

Nei modelli teorici di valutazione del costo della garanzia⁶⁷ è contemplato il ricorso ad ipotesi che prevedono due o più livelli di gravità dello stato di non autosufficienza in funzione dei quali le prestazioni da riconoscere sono diversamente modulate. Tuttavia, nel presente lavoro la valutazione del costo della garanzia si è basata su un approccio di tipo classico, fondato sul riconoscimento dello stato di non autosufficienza qualora l'assicurato sia incapace di attendere ad almeno quattro di sei gruppi di attività elementari della vita quotidiana, con la conseguente previsione di un unico livello delle prestazioni.

Non è stata peraltro prevista la possibilità che l'assicurato in stato di bisogno possa riacquisire la piena autosufficienza per poi ulteriormente invalidarsi. Considerato che la garanzia è rivolta a tutelare lo stato di bisogno in corrispondenza delle età anziane in quanto necessitano di maggior tutela sociale, è stata trascurata la possibilità di pieno recupero delle capacità fisiche da parte dei soggetti non autosufficienti.

⁶⁷ Si veda al proposito E.Pitacco – S.Haberman, *Actuarial Models for Disability Insurance* – pagg.189 e segg., Chapman&Hall/CRC, 1999, London.

La garanzia è prestata dietro corresponsione di un premio periodico da versarsi sino al compimento del limite anagrafico costituito dall'età di pensionamento di vecchiaia, attualmente fissato dal regime obbligatorio in 65 anni, a condizione che l'assicurato permanga nello stato di autosufficienza. Pertanto, qualora l'iscritto al fondo divenga non autosufficiente prima del raggiungimento del predetto limite di età, la copertura assicurativa LTC prevista in questo modello resterebbe in vigore liberando l'assicurato dall'obbligo di corrispondere i relativi premi, fermo restando che l'erogazione della rendita avrebbe inizio alla maturazione del requisito anagrafico richiesto.

La finalità che la valutazione intende perseguire concerne la verifica della sostenibilità della copertura assicurativa LTC nell'ambito di un piano di contribuzione ad uno schema di previdenza complementare di tipo collettivo nella forma a contribuzione definita. In particolare, oltre a valutare il premio richiesto per la garanzia contro il rischio di non autosufficienza, si è inteso quantificare l'effetto sul livello della prestazione pensionistica complementare conseguente all'utilizzo a titolo di premio di parte della contribuzione versata al fondo pensione.

Da un punto di vista operativo, considerato che le forme assicurative LTC richiedono la definizione e la quantificazione di un'articolata struttura probabilistica relativa alle varie possibili condizioni di salute (attivo, non autosufficiente e deceduto) nelle quali possono trovarsi gli aderenti al fondo, per la determinazione del costo della garanzia assicurativa si è fatto ricorso ad uno specifico modello tecnico sinteticamente denominato *multistato*⁶⁸, che sia in grado di fornire le misure di probabilità relative alla permanenza in uno stato di salute ed al passaggio da uno stato all'altro.

In tale contesto operativo particolare delicatezza assume la questione della scelta delle basi tecniche in materia di morbilità, in quanto, a causa della scarsità di esperienze costruite su rilevazioni condotte a livello nazionale, si è solitamente costretti a ricorrere a dati di provenienza estera opportunamente adattati al caso italiano. Tale problematica non investe solo l'Italia, ma si estende anche alla gran parte dei paesi nei quali la garanzia LTC ha trovato diffusione⁶⁹. Ne consegue,

⁶⁸ Il modello multistato indica la costruzione dell'intera struttura probabilistica dei possibili stati nei quali possa venirsi a trovare un individuo nel corso dell'intera vita. A tal fine tale modello richiede l'impiego di basi statistiche appropriate tali da consentire l'assegnazione di probabilità di appartenenza ad uno stato, di ingresso in uno stato e di transizione da uno stato ad un altro.

Per una rigorosa trattazione tecnica delle caratteristiche dei modelli multistato si veda S.Haberman – E.Pitacco, *Actuarial Models for Disability Insurance*, op. cit.

⁶⁹ I riscontri al questionario predisposto dall'Italia, in sede di Conferenza dei *Supervisors* europei, ha chiaramente evidenziato tale conclusione. Nessun paese, tranne al momento la Germania, dispone di basi statistiche sufficientemente ampie per una rigorosa valutazione del rischio.

pertanto, la necessità di introdurre adeguati adattamenti alle basi tecniche impiegate, fermo restando che sarà indispensabile effettuare un adeguato monitoraggio dell'attendibilità delle esperienze utilizzate.

Peraltro un'ulteriore area che richiede particolare attenzione è costituita dall'introduzione di adeguati strumenti finalizzati ad evitare che il collettivo degli assicurati sia caratterizzato da individui aventi una particolare esposizione al rischio di non autosufficienza, inficiando in tal modo l'attendibilità delle ipotesi statistiche impiegate. A tal fine si potrebbe fare ricorso a consolidate modalità di selezione dello stato di salute degli individui da inserire in assicurazione mediante accertamenti sanitari preventivi (selezione medica).

L'introduzione del vincolo dell'obbligatorietà ad accettare la copertura LTC qualora si decida l'iscrizione ad una forma di previdenza complementare consente di superare la problematica degli effetti sull'attendibilità delle ipotesi statistiche formulate in ordine al numero degli individui non autosufficienti attesi, derivanti dalla carenza di appropriate forme di controllo sullo stato di salute all'ingresso in assicurazione. Inoltre considerato che l'obiettivo primario di un aderente ad un piano pensionistico è rappresentato dall'esigenza di garantirsi un'integrazione delle proprie prestazioni pensionistiche, ne consegue che il predetto vincolo dell'obbligo a disporre di una copertura LTC congiunto al sopra descritto obiettivo della forma di previdenza complementare rende superfluo il ricorso a strumenti idonei a selezionare gli aderenti in base al loro profilo di rischio nei confronti della garanzia LTC.

3. La soluzione operativa proposta

La soluzione esaminata ha riguardato in primo luogo la definizione del costo⁷⁰ a fronte della copertura contro il rischio di non autosufficienza offerta ad un iscritto ad un piano pensionistico complementare. Una seconda fase ha interessato l'analisi dell'incidenza dell'onere per la predetta copertura sul livello delle prestazioni pensionistiche erogate dal piano, al fine di poter valutare l'efficacia della congiunzione di una garanzia LTC con una forma di previdenza complementare.

Da un punto di vista operativo è stata ipotizzata l'inclusione della copertura LTC tra le garanzie offerte da una forma di previdenza complementare a contribuzione definita, in cui la gestione è distinta in due fasi: l'accumulo dei contributi versati;

⁷⁰ Le valutazioni sono state effettuate impiegando i c.d. premi puri, vale a dire il corrispettivo teoricamente richiesto da un'impresa d'assicurazione a fronte della garanzia prestata senza tenere conto delle spese di gestione, distribuzione, ecc.

l'erogazione della prestazione pensionistica al raggiungimento dell'età di quiescenza.

Una prima soluzione poteva consistere nel concepire la copertura LTC caratterizzata da una prima fase d'accumulo – come i Fondi pensione – il cui capitale a scadenza, a raggiungimento dell'età pensionabile, viene utilizzato per l'acquisto della copertura a premio unico. Tuttavia tale meccanismo, sebbene sia caratterizzato dalla semplicità applicativa, impone anche a coloro che diventino disabili prima dell'età pensionabile di proseguire l'accumulo allo scopo di finanziare il costo della copertura al raggiungimento del 65-esimo anno di età. Peraltro, va sottolineata l'incoerenza tecnica dell'ipotesi in questione, considerato che essa renderebbe necessario l'inserimento in assicurazione di individui già in condizioni di non autosufficienza.

La soluzione assicurativa che è stata prescelta è definita secondo l'approccio mutualistico, tipico dell'assicurazione privata, che prevede la ripartizione dell'alea tra tutti gli individui aventi le medesime caratteristiche in termini di esposizione al rischio (es.: età, sesso...). Più in dettaglio il costo della garanzia (premio), prelevato dal contributo annuo versato nel corso della fase di accumulo dall'iscritto al fondo pensione, è corrisposto sino al 65-esimo anno di età a condizione che l'iscritto non perda la propria autosufficienza, fermo restando che la prestazione LTC è erogata ai disabili a partire dall'età di quiescenza.

Con questa impostazione, coloro che aderiscono alla copertura LTC, qualora disabili prima dell'età pensionabile, e quindi non obbligati a proseguire nel versamento dei premi, beneficiano comunque della prestazione al raggiungimento del 65-esimo anno di età.

I risultati per i premi della copertura *Long Term Care* sono stati ottenuti ricorrendo a basi tecniche desunte da esperienze straniere, opportunamente adattate alla realtà nazionale, che hanno già trovato applicazione in prodotti assicurativi all'attualità commercializzati nel mercato assicurativo. Così pure per la determinazione della prestazione pensionistica complementare si è fatto ricorso ad assunzioni demografiche analoghe a quelle impiegate nei prodotti di rendita vitalizia immediata predisposti dalle imprese vita per gli aderenti a fondi pensione. Nella tabella A sono indicate nel dettaglio le basi tecniche utilizzate.

La simulazione ha riguardato per alcune età e durate significative, l'importo del premio annuo richiesto e la prestazione LTC. Le valutazioni sono state condotte ipotizzando tre diversi livelli di contribuzione annua (L.3.000.000, L.6.000.000 e L.8.000.000 annue) alla forma di previdenza complementare, con un rendimento annuo ipotizzato al 6% annuo.

Si è inoltre assunto che i requisiti anagrafici per il pensionamento siano quelli all'attualità vigenti nell'assicurazione generale obbligatoria per individui di sesso maschile. Pertanto la durata del piano di versamento è stabilita nel numero di anni intercorrenti tra l'età di adesione e quella di pensionamento, fissata costantemente in 65 anni.

Allo scopo di tenere conto dell'azione della svalutazione monetaria, i livelli di contribuzione sono stati indicizzati ad un tasso annuo del 2% per gli anni di durata contrattuale. Pertanto la garanzia LTC, pari a L.12.000.000 è espressa in valori reali, all'età di pensionamento nei diversi scenari considerati.

Nelle tabelle di seguito riportate sono presentate le risultanze dell'analisi svolta per un individuo di età all'ingresso nel piano pensionistico, rispettivamente, pari a 30, 35 e 45 anni.

Tab. 20

PIANO PENSIONISTICO N.1

età iniziale assi.to	durata	età alla pensione	Contributo* annuo	Prelievo* annuo per LTC	Rendimento Annuo nominale	Contributi totali	Pensione Annua (prezzi costanti)	Rendita annua per LTC (prezzi costanti)
30	35	65	L. 3.000.000	L. 368.000	6%	L. 105.000.000	L. 8.965.000	L. 12.000.000
							L. 10.220.000	Senza copertura
30	35	65	L. 6.000.000	L. 368.000	6%	L. 210.000.000	L. 19.197.000	L. 12.000.000
							L. 20.452.000	Senza copertura
30	35	65	L. 8.000.000	L. 368.000	6%	L.280.000.000	L. 26.018.000	L. 12.000.000
							L. 27.273.000	Senza copertura

* Il contributo ed il prelievo operato su base annua per la LTC sono indicizzati al tasso di inflazione posto pari al 2% annuo costante.

Tab. 21

PIANO PENSIONISTICO N.2

età iniziale assi.to	durata	età alla pensione	Contributo* annuo	Prelievo* annuo per LTC	Rendimento Annuo nominale	Contributi totali	Pensione Annua (prezzi costanti)	Rendita annua per LTC (prezzi costanti)
35	30	65	L. 3.000.000	L. 457.500	6%	L. 90.000.000	L. 7.270.000	L. 12.000.000
							L. 8.580.000	Senza copertura
35	30	65	L. 6.000.000	L. 457.500	6%	L. 180.000.000	L. 15.860.000	L. 12.000.000
							L. 17.171.000	Senza copertura
35	30	65	L. 8.000.000	L. 457.500	6%	L. 240.000.000	L. 21.587.000	L. 12.000.000
							L. 22.898.000	Senza copertura

* Il contributo ed il prelievo operato su base annua per la LTC sono indicizzati al tasso di inflazione posto pari al 2% annuo costante.

Tab. 22

PIANO PENSIONISTICO N.3

età iniziale assi.to	durata	età alla pensione	Contributo* annuo	Prelievo* annuo per LTC	Rendimento Annuo nominale	Contributi totali	Pensione Annua (prezzi costanti)	Rendita annua per LTC (prezzi costanti)
45	20	65	L. 3.000.000	L. 783.000	6%	L. 60.000.000	L. 3.987.000	L. 12.000.000
							L. 5.399.000	Senza copertura
45	20	65	L. 6.000.000	L. 783.000	6%	L. 120.000.000	L. 9.396.000	L. 12.000.000
							L. 10.808.000	Senza copertura
45	20	65	L. 8.000.000	L. 783.000	6%	L. 160.000.000	L. 13.002.000	L. 12.000.000
							L. 14.414.000	Senza copertura

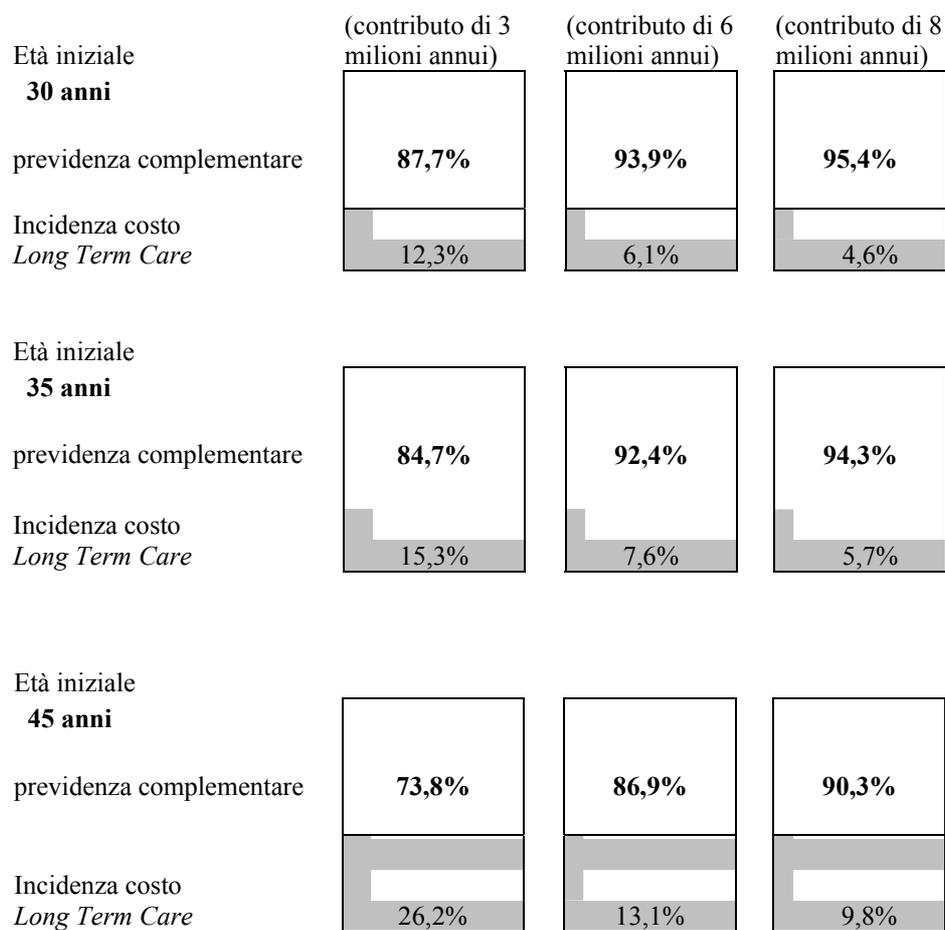
* Il contributo ed il prelievo operato su base annua per la LTC sono indicizzati al tasso di inflazione posto pari al 2% annuo costante.

Dall'esame dei risultati ottenuti riportati (v. tab .20), emerge che l'incidenza del costo per la copertura LTC sulla misura della prestazione pensionistica varia tra il 12,3% in corrispondenza del primo livello di contribuzione (L.3.000.000) ed il 4,6% nel terzo livello (L.8.000.000). Nella tab. 21 si hanno delle incidenze percentuali che variano dal 15,3% in corrispondenza del primo livello di contribuzione (L.3.000.000) al 5,7% del terzo livello (L.8.000.000). Infine, per quanto riguarda la tab. 22, in corrispondenza degli stessi livelli di contribuzione le percentuali di incidenza del costo per la copertura LTC variano rispettivamente tra il 26,2% e il 9,8%.

Al fine di ottenere una rappresentazione grafica (Tab. 23) che meglio evidenzi il peso di una tale copertura, in termini di abbattimento dell'importo godibile all'epoca di pensionamento, viene di seguito riportata, in corrispondenza delle tre fasce di contribuzione previste e per le tre età tipo relative all'inizio della contribuzione, l'indicazione della riduzione in termini percentuali della

prestazione previdenziale dovuta alla quota di contributi destinata all'acquisto della garanzia assicurativa LTC.

Tab. 23 Riduzione della prestazione previdenziale in presenza di copertura LTC



Da ciò si evidenzia come l'incidenza del costo della garanzia LTC, nelle ipotesi formulate, aumenti in corrispondenza del minore livello contributivo e della maggiore età dell'aderente all'ingresso nel piano pensionistico.

In ogni caso la riduzione in valore assoluto della prestazione previdenziale, conseguente alla copertura LTC, non risulta di entità tale da penalizzare significativamente la prestazione pensionistica complementare che si otterrebbe in assenza della assicurazione LTC.

TABELLA A

Copertura Long Term Care

- Ipotesi finanziaria : 2%
- Ipotesi demografica :
 - 1) Frequenze di transizione dallo stato di attivo allo stato di non autosufficiente, distinte per sesso, desunte dalle rilevazioni statistiche LTC condotte in Giappone nel 1984, già in uso nel mercato assicurativo tedesco, adattate alla realtà italiana;
 - 2) Tavola di mortalità della popolazione italiana maschile elaborata dall'ISTAT (S.I.M. 92);
 - 3) Tavola di mortalità della popolazione italiana maschile elaborata dall'ISTAT (S.I.M. 92) con legge di aggravamento per la determinazione della legge di mortalità della popolazione dei non autosufficienti;

Rendita Vitalizia immediata

- Ipotesi finanziaria : 2.5%
- Ipotesi demografica :

Tavola desunta dalle proiezioni demografiche della popolazione italiana, che si estendono fino al 2044, elaborate dalla Ragioneria Generale dello Stato e pubblicate nel 1995 (RG48)

CONCLUSIONI

Possibili proposte per la soluzione della LTC in Italia

La struttura demografica della popolazione italiana che, nell'ambito dei paesi maggiormente industrializzati, è caratterizzata da un invecchiamento tra i più elevati, nei prossimi anni sarà interessata da un forte incremento del numero degli individui di età anziane (oltre i 65 anni), il cui peso sul totale della popolazione passerà dall'attuale 18% al 28% nel 2030 al 34% nel 2050; in particolare il più significativo aumento riguarderà gli ultraottantenni, destinati a triplicarsi nei prossimi cinquanta anni. Si tratta della fascia di età nella quale incide in misura maggiore il rischio di non autosufficienza.

Rispetto ai paesi dell'Europa centro-settentrionale, il ritardo con il quale si manifesta il fenomeno dell'invecchiamento nel nostro Paese rende oramai indispensabile l'introduzione di strumenti in grado di fornire risposte ai bisogni assistenziali che nei prossimi anni emergeranno, in analogia a quanto avvenuto nei paesi sopra indicati.

La presente ricerca ha individuato due soluzioni in grado di dare una risposta immediata a tale problema.

Una prima soluzione potrebbe essere individuata nell'introduzione di una copertura assicurativa obbligatoria contro il rischio di non autosufficienza estesa all'intera popolazione, sul modello dell'assicurazione sociale adottato in Germania a partire dal 1994, basato sul principio cardine della solidarietà. La assicurazione obbligatoria tedesca contro la non autosufficienza, innestata su quella dell'assicurazione malattia, è realizzata per il 90% della popolazione tramite Casse Mutue di Assistenza e per il restante 10% tramite Imprese private di assicurazione.

L'applicazione all'attuale popolazione italiana ultrasessantacinquenne disabile (1.967.000 individui) delle medesime garanzie contro il rischio di non autosufficienza previste nel modello tedesco, variabili a seconda della gravità, di tipo residenziale (da 2 a 2,8 milioni di lire) o di tipo domiciliare (da 750.000 lire a 2,8 milioni di lire, con la possibilità di optare per assegni in denaro di importo inferiore), nell'ipotesi che l'80% degli assistiti a domicilio preferisca prestazioni in denaro, porta ad una stima del relativo fabbisogno che rappresenta una quota pari a circa l'1% del PIL. Qualora si consideri l'onere complessivo al netto dell'attuale spesa pubblica per anziani non autosufficienti, stimata in 7.519 miliardi di lire, l'incidenza sul PIL si riduce a circa lo 0,7%. Inoltre la presenza della nuova copertura indurrebbe una riduzione dell'attuale spesa privata per

servizi di assistenza agli anziani non autosufficienti, che risulterebbe, almeno in parte, duplicativa.

Supponendo di finanziare l'onere della copertura in questione al netto della attuale spesa pubblica con un sistema a ripartizione e che la contribuzione sia a carico dei lavoratori attivi e dei pensionati, in un sistema che prevede il finanziamento delle prestazioni nella loro composizione attuale (95% assistenza domiciliare e 5% residenziale), il prelievo sui salari e pensioni risulterebbe pari ad un'aliquota dell'1,4%.

In valori assoluti, su un reddito medio di 32,36 milioni di lire, si tratterebbe di un contributo annuo di circa 453.000 lire, che, nel caso di lavoratori dipendenti, ripartito a metà tra lavoratori e datori di lavoro, graverebbe su ciascuno per 19.000 lire circa al mese. Il contributo sulla pensione media (16,8 milioni di lire) invece ammonterebbe a 235.000 lire circa all'anno.

Qualora, poi, si prevedesse, in una prima fase di attuazione della copertura, la limitazione delle prestazioni alla sola assistenza domiciliare, si perverrebbe ad una riduzione dei costi e, di conseguenza, del prelievo.

Un progetto esecutivo per la implementazione della copertura proposta richiederebbe, ovviamente, la definizione delle variabili organizzative. Ad esempio, si potrebbe configurare una gestione autonoma nell'ambito del SSN, deputata alla assistenza ai non autosufficienti. L'offerta dei servizi potrebbe essere affidata ad enti erogatori di tipo pubblico o privato.

Una seconda soluzione è costituita dall'inclusione obbligatoria del rischio di non autosufficienza tra le coperture assicurative offerte dalle forme di previdenza complementare a contribuzione definita.

In tale contesto la copertura in questione, definita secondo i canoni dell'assicurazione privata, prevede che il costo (premio) della garanzia, prelevato dal contributo annuo versato dal lavoratore allo schema pensionistico, sia versato nel corso della fase di accumulo e che la prestazione LTC in forma di rendita sia corrisposta al verificarsi dello stato di bisogno a partire dall'età di pensionamento (65 anni). Di fatto la prestazione pensionistica integrativa verrebbe divisa in due parti: una componente per la vecchiaia, una seconda per la LTC fruibile al verificarsi delle condizioni di non autosufficienza.

Le valutazioni condotte in riferimento agli iscritti ad uno schema di previdenza collettivo ed ipotizzando una rendita annua in caso di non autosufficienza pari a

dodici milioni annui a valori reali, hanno evidenziato che il costo annuo della copertura (al netto delle spese di gestione e distribuzione) è stimato in 368.000 lire ed in 783.000 lire, rispettivamente, per un trentenne ed un quarantacinquenne. In generale, il peso della garanzia assicurativa LTC comporta un abbattimento della rendita vitalizia compreso, a seconda del livello contributivo e dell'età dell'iscritto, tra un minimo del 4,6% (per un individuo di 30 anni ed una contribuzione di 8 milioni di lire) ad un massimo del 26% (per un individuo di 45 anni ed una contribuzione di 3 milioni di lire). Ciò porta a considerare ancora più l'opportunità di introdurre la copertura LTC fin dai primi anni dell'attività lavorativa.

Il modello delineato prevede l'introduzione dell'obbligo ad accettare la copertura LTC qualora si decida di aderire allo schema pensionistico, al fine di prevedere una maggiore diffusione della copertura stessa. L'esperienza, infatti, conferma che le generazioni più giovani, per molti anni a partire dall'ingresso nel mondo del lavoro, non mostrano particolare sensibilità verso problematiche, quali la non autosufficienza, che dovranno affrontare solo dopo 30-40 anni. Non sfuggono le conseguenze devastanti per le risorse pubbliche (e private) derivanti da carenze di coperture per tali sinistri.

La necessità di perseguire l'obiettivo di incentivare il ricorso a strumenti assicurativi LTC destinati a lavoratori iscritti a forme di previdenza complementare, senza ledere il livello delle prestazioni pensionistiche integrative, può rendere opportuna l'adozione di ulteriori misure di incentivazione fiscale, quali l'estensione della deducibilità del premio versato in relazione alla copertura LTC con conseguente innalzamento del tetto massimo di contribuzione deducibile.

In conclusione, va evidenziato che mentre la prima soluzione prevede una copertura di prestazioni graduate in funzione di tre livelli di non autosufficienza, tali da offrire una valida copertura di base a tutta la popolazione, la seconda proposta riguarda l'erogazione di una rendita per i soli casi più gravi di non autosufficienza, il cui importo, fissato a titolo esemplificativo in un milione di lire al mese nelle valutazioni effettuate, potrà essere stabilito liberamente dalle parti contraenti.

Le due proposte si pongono, dunque, l'una al livello del primo pilastro, con l'offerta di una copertura obbligatoria di base, e l'altra al livello del secondo pilastro, con l'offerta di una garanzia obbligatoria comunque di tipo integrativo.

APPENDICE A

Documenti presentati nel corso della conferenza delle Autorità di Vigilanza sulle Assicurazioni della Unione Europea

A.1

114th Conference of EU Insurance Supervisors, Helsinki, may 2000

REPORT BY THE ITALIAN DELEGATION WITH RESPECT TO THE QUESTIONNAIRE ON LONG-TERM CARE

A – Update on the present situation concerning public measures on care for dependants and relevant explicit proposals

The present situation of public measures on care for dependants is broadly the same as that described in the paper on *Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member States and Norway*, drawn up by the European Commission, which for most of the countries is still up-to-date.

The only change concerns Luxembourg, where in January 1999 the “assurance dépendance” managed by Social Security became compulsory.

As to the explicit proposals made in this regard, in Spain the Parliament has commissioned the Government to draw up a report on LTC, which shall be submitted by June 2000.

In Ireland the question of public interventions for LTC is currently being studied. In Italy the bill reforming the welfare system and the recent reform (1999) of the National Health System deal with priority issues among which there is the problem of health care and social services for elderly dependants.

B – Survey on the present situation of private LTC insurance.

-
- European countries can be classified into three groups according to the degree of development of the market of private LTC.

The first group includes those countries where in practice LTC is not yet offered on the market.

This group includes Luxembourg, Portugal, Finland and Ireland.

A second group comprises those countries where private LTC policies are still very little widespread and their market size is still insignificant.

These are Denmark, Austria, Belgium, the Netherlands, Spain, Italy, Sweden and Norway.

The third group includes countries where the market of private LTC has a certain importance.

The United Kingdom, France and Germany belong to this group.

- As to the laws and regulations of private LTC, as well as the links between private insurance and public coverage, it has come out that the only country where private LTC insurance plays a precise role and has been specifically regulated by laws and regulations is Germany.

In Germany the discussion about the protection against the LTC risk led in 1995 to the introduction of compulsory LTC, which in practice covers all the population on the grounds of the principle “LTC follows health insurance”. Therefore public LTC covers 90% of the population, while private LTC replacing public insurance covers those that are insured against sickness with a private health insurance company (about 8% of the population). Private LTC replacing public insurance (which is therefore always compulsory) can be pursued only by health insurance companies.

Citizens whose income exceeds a certain amount can choose whether they prefer to underwrite public LTC insurance (as voluntary member in the public health insurance) or take out a private substitute policy.

In case of compulsory private LTC insurance there are many legal provisions which substantially modify the usual conditions of private insurance and make it more and more similar to the principles underlying public LTC (obligation to insure, pre-existing sickness, persons already dependant, discrimination of premiums on basis of gender and health conditions, waiting periods, maximum limits for premiums, children and spouses, termination). Given that some companies could have to bear a more burdensome financial commitment arising

out of the application of these special conditions, the pooling of risks for the whole sector of LTC has been envisaged.

As to the other countries, in Belgium the Parliament introduced the principle of “assurance dépendance” in 1999. A draft royal decree aimed at regulating this type of insurance was drawn up, but it could not be enforced due to technical and legal difficulties. Moreover in Belgium the need arose to regulate certain aspects due to the existence of some unfair contract terms.

In the Netherlands, where since 1980 the public programme introduced under the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) has guaranteed the financing of most of the costs linked to LTC, private LTC plays only a minor role, since it offers additional coverage in the field of (extra) home care.

In France LTC policies have a fiscal treatment similar to those envisaged for other types of “prévoyance facultative”. LTC is offered within the Sickness insurance class, therefore, as for any other health insurance policy, the termination of the contract by the insurer after two years is not allowed.

In Italy LTC life assurance policies will benefit – as from the year 2001 – from the same tax relief envisaged for life assurance contracts covering serious disability and predecease.

Spain does not exclude for the future the possibility to grant public facilitations for LTC, which would presumably have a favourable impact on both supply- and demand-side development.

- In general LTC insurance in the different countries is pursued both in the insurance classes mentioned in Directive 73/239/EEC (non-life classes), and in those under Directive 79/267/EEC (life classes).

The present situation on the market shows countries that consider LTC only as a non-life class (France, Sweden, Belgium and Norway), countries that consider it only as a life class (United Kingdom, Italy), and countries that classify it under non-life classes as well as under life classes (Germany, Denmark, Austria and Spain).

As regards non-life classes, LTC is classified only under class 2 (i.e. France, Sweden, Germany), or under classes 1 and 2 (i.e. Denmark and Norway).

As regards life classes, LTC is classified under class I (i.e. Denmark and Germany), under class IV (Italy), or under classes I and IV (i.e. United Kingdom).

- As to the types of covers, LTC policies issued in non-life classes can envisage the granting of annuities (France, Belgium, Sweden), or they can provide refund of medical expenses (Denmark, Austria and Germany), a daily allowance and also the provision of medical treatment.

LTC policies issued in life classes envisage the provision of stand-alone or supplementary annuities.

There are stand-alone or supplementary LTC policies.

In some countries, such as France, stand-alone insurance policies prevail, in others, such as Sweden, LTC is mainly provided as supplementary insurance.

In Belgium where LTC is classified under non-life classes, it can also be issued as a guarantee supplementary to life assurance.

In the specific case of Germany, where private LTC insurance is compulsory, the benefits offered are similar, in terms of type and scope, to those offered by public insurance.

- As already announced, the market size of LTC policies is still negligible in many European countries. The only countries where this market has a more significant size are Great Britain, France and Germany.

At the end of 1998 in Great Britain there were 30,250 individual policies (there were no group policies).

France stands out due to a wide distribution of group policies: in fact apart from some 400,000 individual policies there are about 300,000 group policies.

In Germany, in sickness insurance, in 1999 premiums for compulsory private LTC insurance were 4.2 billion DM, while premiums for voluntary LTC (such as refund of expenses and daily allowance) were about 191 million DM. In life classes insured sums at the end of 1998 for stand-alone LTC annuities were about 1.5 billion DM, and those attendant on complementary LTC annuities were about 9.9 billion DM.

C – Debates and proposals on the possible future role of private LTC insurance

In the several Member States the issue of care for dependants is being discussed and studied, together with the possible role of the market of private LTC.

In Belgium the question of possible interventions in favour of private LTC is under discussion.

In the Netherlands the problem of the affordability of the existing system of public LTC is being studied in the light of the ageing of the population, especially as regards the possibility to separate residential LTC costs from care costs.

More in-depth considerations could result from a debate on the reform of health care and the role of private insurance, which however is not expected to take place before the elections in 2001.

In January 2000 the Finnish insurance industry published a discussion paper on private LTC insurance. On the basis of such document the Ministry of Social Affairs and Health will set up a working group charged with studying the developments of care for dependants. One area of this study will be the role of private LTC insurance. Incentives to private LTC policies, such as a tax relief, will also be examined.

In Ireland in December 1998 the Irish Association of Pension Funds, the Irish Insurance Federation and the Society of Actuaries published the report "Financing Long Term Care", where they recommended to provide tax incentives for private LTC (although up to now no action has been taken on this recommendation).

In the United Kingdom the conclusions of the works by the Royal Commission on Long Term Care have shown that private insurance alone will not deliver what is required for a sustainable system of long term care. It also found that the industry does not want to provide universal coverage.

The Government intends to explore with the financial services industry how it could best design long term care insurance products and other financial products to see if they could be made attractive to a wider audience. The Treasury has responsibility for regulation of financial services and it will be leading this work.

In Italy in 1999 ISVAP was the promoter of a bill on LTC, which envisaged tax incentives especially when LTC insurance was purchased by using sums of capital paid by pension funds, provided that there were certain minimum qualitative requirements (coverage of the Alzheimer disease, absence of any limit of age for access and duration).

Spain in particular has proposed to the other Member States to set up a working group or a forum to discuss the present situation in the different countries, explain

the existing models and explore the potential for co-ordination, or their implementation in another country, whose scope would go beyond the mere framework of private insurance.

A.2

116th Conference of EU Insurance Supervisors, Oslo, maggio 2001

Agenda item 6: LTC insurance: problems relating to supervision

Report by the Italian delegation following questionnaire DT/I/242/01

1. Introduction

The questionnaire by the Italian delegation has brought the technical aspects of LTC products into focus.

The questionnaire is subdivided into four sections.

The first one concerns the general aspects of contracts, such as, for instance, a brief description of the basic activities of daily living which define the LTC risk, the way how benefits vary according to the various levels of dependency, indications on the possible age limits for taking out LTC insurance and the average life of an LTC contract.

The second one deals with the technical bases used in tariff calculation, with the indication of the possible adoption of a financial/probability model of the actuarial type.

The third one deals with the essential features of premiums, i.e. the type of premiums, the possibility for undertakings to change tariffs during the contract's life as a consequence of changes of the real LTC risk and the ways how the risk is selected.

In the fourth section information is given on how technical provisions are calculated.

Replies to the questionnaire came from all delegations of the European Union, Norway and Iceland.

Finland, Greece, Ireland, Luxembourg, Norway, the Netherlands, Portugal, Spain and Iceland have merely reported that in their country private LTC insurance is not so widespread, therefore they have not given any significant element. For the same reason Sweden has answered only to the first section.

The delegations of the countries in which LTC products are widespread have given detailed answers to the questionnaire. In particular Germany has submitted two distinct documents regarding life assurance and sickness insurance.

In Germany for sickness insurance there is a public distributive system with defined benefits managed by Relief funds set up within the Sickness funds that are joined by LTC policyholders, and a private system which must be compulsorily joined by all those who are not insured with the public system, and is voluntarily joined by those whose income exceeds a given amount as well as those who want to supplement the cover offered by the social system.

In France there is a mixed (public/private) LTC insurance system as well.

2. General aspects

Austria, Belgium, Denmark, Germany, the United Kingdom, Sweden and Italy mention six similar groups of basic activities of daily living which call for an LTC benefit if they cannot be performed on one's own.

Germany defines the sickness insurance claim as the need of assistance in the performance of basic activities of daily living due to physical, mental or psychological illnesses. The assistance must be envisaged for at least six months.

In general the basic Activities of Daily Living – ADLs – are: getting up and going to bed, dressing and undressing, washing, feeding, mobility and toileting.

More specifically in Belgium the benefit is given if the insured person is not able to perform four out of the six above activities.

In the United Kingdom undertakings may choose for which and how many ADLs they offer LTC insurance cover. There is an *ad-hoc* Commission which decides and updates the list of six basic activities.

France has only four categories of ADLs (mobility, dressing, washing and feeding) and the benefit is given if the insured person is not able to perform three out of the four activities.

In Austria, France, the United Kingdom and Italy benefits usually do not vary according to the various levels of dependency.

In Belgium, Germany and Denmark – where benefits vary according to the level of dependency – there are three levels of benefits according to the degree of dependency; Sweden has four levels.

LTC contracts are generally whole life for all countries.

A first group of countries (Austria, Belgium, France, the United Kingdom, Denmark and Italy) envisages a minimum and maximum age limit for taking out LTC contracts. In Sweden there are no limits.

Germany envisages only an age lower limit in life assurance. As to compulsory sickness insurance offered by both, the public and the private system, there are no age limits although after the age of 65 it is not possible to take out voluntary LTC contracts to supplement compulsory insurance.

3. Technical bases

- In all the European countries which have answered to the questionnaire a financial/probability model of the actuarial type is used for the calculation of LTC tariffs; it is based on the probability to become dependant on LTC – possibly at various levels – as well as on the probability of death at each level.

In the Austrian model there is also the possibility to become not dependant again.

- As to the statistics used when establishing LTC insurance covers here is an overview of the data available for each country:
 - in Austria they use the statistical data from social insurance worked out by an *ad-hoc* actuarial office (Pagler & Pagler) and the German mortality tables (Deutsche PKV – 1995);

-
- in Belgium, apart from the tables furnished by reinsurers, they use the adjusted mortality table of the general population and the CBGS table 1988-1989 with mortality increases;
 - Denmark has pointed out that the statistics used are based on the health data of the general population;
 - in France they use undertakings' statistics worked out consistently with the national health data and the general mortality tables adjusted on the basis of undertakings' experience;
 - in Germany for life assurance they use the data from the Japanese experience adjusted by age brackets as well as the adjusted 1986 mortality table of general population and the 1987R mortality table. In sickness insurance the most important statistics are those on the distribution, by age and sex, of the average per-head costs of assistance, and the mortality table PKV 2001 has been worked out on the basis of the data provided by undertakings;
 - in the United Kingdom the Office of Population Census & Surveys (OPCS) has worked out an *ad-hoc* survey called "The Prevalence of Disability in Adults – 1985". The data contained in this survey are adjusted on the basis of each undertaking's experience. They also use mortality tables of the general population or based on each undertaking's experience;
 - in Italy they use – apart from the adjusted data about the general population's mortality – those from the Japanese and German experience adjusted to the Italian situation.

4. Premiums

- As to the types of premiums used for LTC insurance, whole life recurrent premiums usually apply in Austria and France (and in Germany for compulsory sickness insurance).

In Belgium and Denmark there are tariffs providing for single premiums and tariffs providing for recurrent premiums payable for n-years.

In Germany (for life assurance) and in the United Kingdom whole life recurrent premiums, recurrent premiums payable for n-years and single premiums apply. In Italy there are whole life recurrent premiums or limited premiums.

In Belgium the possibility to discontinue premiums payment when the subject becomes dependant on LTC insurance can be envisaged or not.

In the other countries (Austria, Denmark, France, the United Kingdom and Italy) discontinuance is always envisaged. Germany points out that in life assurance the discontinuance of premiums payment is envisaged in case of claim, while in sickness insurance the obligation to pay contributions does not fail even if there is the need of assistance.

- In general the typical principles of life assurance are followed for tariff calculation in all countries.

In almost all European countries (Austria, Belgium, Germany, Denmark, the United Kingdom and Italy) differences are made according to age and sex. France rarely makes differences in tariffs according to sex or job. In Germany sex is not taken into account exclusively for compulsory sickness insurance.

- In Belgium, Denmark, Germany and Italy recurrent premiums are usually level premiums.

In France most contracts with recurrent premium are variable and, being in general collective contracts, premium changes are negotiated by the parties to the agreement.

In the United Kingdom there are not only level premiums, but also contracts which envisage the payment of premiums linked to the cost-of-living index.

- Contract terms allowing premium variation during the life of the contract vary from country to country as follows:
 - in Austria the Central Statistics Office provides the variation of a reference benchmark (consumer price index) and premiums are adjusted after a 5% threshold is exceeded. For the purposes of variation undertakings take account of changes in the average life expectancy, sanitary costs, how frequently use is made of benefits and the relevant regulations;
 - Belgium has pointed out that undertakings are authorised to change premiums, but they have not explained how the adjustment mechanism works;

-
- Denmark has merely specified that undertakings may review premiums provided that they do it at three months' notice;
 - in Germany there is – within private compulsory sickness insurance – a mechanism for premium variation similar to the Austrian one. If there are operating profits they make up for any tariff increases. By law 80% of the profits must be redistributed to policyholders;
 - in the United Kingdom companies are authorised to change premiums. Some undertakings provide for a premium review after a given age as well as for the possibility to require further payments;
 - in Italy tariffs may be re-calculated every 5 years if there is a significant spread in the technical bases used for premium calculation. The maximum premium variation is 25% every 5 years. The policyholder may reject the variation, but in this case the benefit shall decrease.
- As to the selection of the risk Belgium, Denmark, France, the United Kingdom and Italy have stated that usually undertakings make use of the medical questionnaire and - if necessary - of the medical examination.

No risk selection is envisaged for Austria and, in general, for Germany.

Uncovered periods vary from country to country:

- in Austria and Denmark uncovered periods of three months are envisaged; they do not apply in case of disability caused by an accident;
- in Belgium the uncovered period does not apply in case of disability caused by an accident. An uncovered period of three years is envisaged for the Alzheimer disease and of one year for the other diseases. Some undertakings envisage one only uncovered period of three months for whatever cause;
- the United Kingdom does not have uncovered periods;
- the French delegation has stated that they do not know of any uncovered period applied by undertakings;
- in Germany there is no uncovered period in life assurance, while for sickness insurance it lasts 5 years;
- in Italy the uncovered period is in general one year, and can be extended for some specific diseases.

5. Provisions

In Austria, Belgium, Denmark, France, Germany and Italy provisions are calculated according to the perspective method and with the same technical bases used for tariffs. In Germany for compulsory sickness insurance the mathematical provision is calculated without taking account of sex, as it happens for tariffs.

France and Italy have specified that technical provisions can be supplemented if there is a negative risk development. France has also specified that they attach special importance to monitoring the new dependants on LTC insurance, which is required to undertakings.

Germany has pointed out that up to now there have been no cases in which benefits have grown more than expected. Therefore they have never had problems with the amount of provisions set aside.

In the United Kingdom provisions are set up on the basis of market experience.

6. Conclusions

In various member States (Finland, Greece, Ireland, Luxembourg, Norway, the Netherlands, Portugal, Spain, Sweden, Iceland and Italy) private LTC insurance is not so widespread, its penetration is still small and varies from country to country.

Germany is the country in which this type of insurance cover shows the most interesting technical/actuarial features, in fact it is compulsory and diffused at national level. Compulsory insurance cover can be guaranteed by the public system as well as by private companies. The undertakings which pursue compulsory LTC insurance substituting for public insurance are authorised to carry out sickness insurance. Life assurance companies may offer exclusively voluntary LTC insurance supplementing sickness insurance.

The delegations of the various member States have furnished a very similar definition of the risk insured for dependency, which is the incapacity for a person to perform some of the basic activities of daily living. The Activities of Daily Living (ADLs) are usually classified by the various countries according to six groups of activities.

LTC contracts are generally whole life contracts for all countries, and in tariff calculation a financial/probability model of the actuarial type is always used,

based on the probability to become dependant on LTC – possibly at various levels – as well as on the probability of death at each level.

As to the statistics used for tariff calculation, situations vary from country to country as a consequence of the quality of the statistical data available as well as of how long LTC insurance covers have been on the different markets. In some cases the calculation envisages the use of general health data as well as of the statistical data from the insurance experience inside and outside the State.

Finally all LTC products envisage – although in different ways within the various countries examined – the possibility to change premiums in order to restore the product’s technical balance. Usually the uncovered period is established through contract terms aimed to limit any effect of the adverse selection of the risk insured.

APPENDICE B

Terminologia

Individuo non autosufficiente

Si intende una persona che è incapace – in modo più o meno grave - di compiere alcuni atti della vita quotidiana (*Activities of Daily Living- ADL*)⁷¹.

Al fine della valutazione dello stato di non autosufficienza (v. ad esempio Istat) vengono posti dei quesiti che consentono di ricostruire tre dimensioni cruciali della disabilità:

- la dimensione della vita quotidiana che comprende le attività di cura della persona (lavarsi, vestirsi, mangiare e simili);
- la dimensione fisica (camminare, salire e scendere le scale, raccogliere oggetti da terra e simili);
- la dimensione della comunicazione , cioè vedere, parlare, udire.

Definizioni di disabilità

Esistono vari tipi di indicatori che comportano diverse definizioni di disabilità.

⁷¹ La definizione delle ADL è stata originariamente sviluppata nel 1963 da Katz e Stroud al Benjamin Rose Hospital- Ohio (USA). L’Association of British Insurers ha messo a punto una definizione di riferimento delle ADL per fini assicurativi.

Solitamente viene fatta una distinzione tra:

- "*severe disability*": restrizioni in almeno una ADL (o più). Si associano quasi invariabilmente al bisogno di aiuto nella cura personale, o a casa o in istituto;
- "*moderate disability*": non restrizioni ADL, bensì restrizioni IADL. Solitamente non comporta istituzionalizzazione;
- "*little or no disability*": assenza di limitazioni (né ADL né IADL).

La "*severe disability*" oggetto dello studio OCSE corrisponde alla "disabilità" dell'Istat.

Ai fini di una migliore comparabilità internazionale, gli studi OCSE sono incentrati sulla "*severe disability*", misurata tramite le ADL, poiché questo concetto è generalmente meno eterogeneo tra i vari paesi.

Si assume che la "*severe disability*" sia una ragionevole *proxy* dei bisogni di LTC. L'OCSE richiama l'attenzione sul fatto che, per i confronti di dati di paesi diversi, non bisogna confrontare i livelli (assoluti dei tassi), bensì i *trend* dei tassi nel tempo.

Assistenza formale ed assistenza informale

Per assistenza formale si intende l'assistenza erogata da Enti pubblici (assistenza formale pubblica) o da privati (assistenza formale privata), questa ultima sulla base del libero mercato.

L'assistenza "informale" è quella prestata - a titolo gratuito - entro le mura domestiche da parenti (specialmente donne) e/o amici; tale assistenza rappresenta oggi la principale risorsa per l'offerta di cure ai non autosufficienti.

Tale tipo di assistenza si dice "informale" in contrapposizione alle prime due componenti (assistenza pubblica e assistenza privata), che insieme costituiscono l'assistenza "formale" - ossia quella per cui vengono effettivamente sostenuti degli esborsi monetari.

Assistenza domiciliare e assistenza residenziale

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 distinguono, pertanto, le forme di "assistenza domiciliare" da quelle di "assistenza residenziale".

Una precisa definizione dipende dal contesto: ad esempio la legge tedesca precisa che la "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).

Nella terminologia anglosassone:

- *residential home*: casa di riposo
- *nursing home*: residenza sanitaria protetta

Tasso di prevalenza della disabilità

E' il rapporto fra il numero degli individui disabili di età 65 e più ed il corrispondente numero della popolazione generale.

65+: di età non inferiore a 65 anni.

80+: di età non inferiore a 80 anni.



Scenario B

Le ipotesi

Età di inizio contribuzione	30
Età di pensionamento	65
tasso di rivalutazione	6%
tasso inflazione	2%
Contributo annuo versato al fondo	L. 6.000.000
spese	1%
una tantum	L. 100.000

Prelievo iniziale sul contributo annuo per usufruire della copertura Long term Care

L. 368.000

annue crescenti del 2% per tenere conto della svalutazione monetaria



Rendita assicurata contro il rischio di non autosufficienza erogabile solo dopo i 65 anni

L. 12.000.000 *annue indicizzata all'età di erogazione*

Piano di accumulo per un individuo che aderisce ad un fondo pensione all'età di 30 anni
anni potendo contare su una copertura LTC all'epoca di pensionamento

Età	Contributo Previdenziale decurtato del costo annuo LTC	Contributivo cumulato	Posizione Lorda	Prelievo Spese	Fisco	Posizione Netta	Rendita LTC al 65-esimo anno	Costo LTC annuo
30	5.532.000	5.532.000	5.863.920	58.639	30.061	5.775.220	12.000.000	368.000
31	5.632.000	11.164.000	12.091.653	120.917	88.741	11.881.996	12.000.000	368.000
32	5.632.000	16.796.000	18.564.835	185.648	174.151	18.205.036	12.000.000	368.000
33	5.632.000	22.428.000	25.267.259	252.673	284.524	24.730.062	12.000.000	368.000
34	5.632.000	28.060.000	32.183.785	321.838	418.214	31.443.733	12.000.000	368.000
35	5.632.000	33.692.000	39.300.277	393.003	573.680	38.333.594	12.000.000	368.000
36	5.632.000	39.324.000	46.603.530	466.035	749.484	45.388.010	12.000.000	368.000
37	5.632.000	44.956.000	54.081.211	540.812	944.284	52.596.115	12.000.000	368.000
38	5.632.000	50.588.000	61.721.802	617.218	1.156.824	59.947.759	12.000.000	368.000
39	5.632.000	56.220.000	69.514.545	695.145	1.385.934	67.433.466	12.000.000	368.000
40	5.632.000	61.852.000	77.449.394	774.494	1.630.519	75.044.381	12.000.000	368.000
41	5.632.000	67.484.000	85.516.963	855.170	1.889.557	82.772.237	12.000.000	368.000
42	5.632.000	73.116.000	93.708.491	937.085	2.162.095	90.609.311	12.000.000	368.000
43	5.632.000	78.748.000	102.015.790	1.020.158	2.447.240	98.548.392	12.000.000	368.000
44	5.632.000	84.380.000	110.431.216	1.104.312	2.744.159	106.582.744	12.000.000	368.000
45	5.632.000	90.012.000	118.947.629	1.189.476	3.052.077	114.706.076	12.000.000	368.000
46	5.632.000	95.644.000	127.558.361	1.275.584	3.370.265	122.912.511	12.000.000	368.000
47	5.632.000	101.276.000	136.257.182	1.362.572	3.698.047	131.196.563	12.000.000	368.000
48	5.632.000	106.908.000	145.038.277	1.450.383	4.034.788	139.553.106	12.000.000	368.000
49	5.632.000	112.540.000	153.896.212	1.538.962	4.379.898	147.977.353	12.000.000	368.000
50	5.632.000	118.172.000	162.825.914	1.628.259	4.732.822	156.464.833	12.000.000	368.000
51	5.632.000	123.804.000	171.822.643	1.718.226	5.093.046	165.011.370	12.000.000	368.000
52	5.632.000	129.436.000	180.881.973	1.808.820	5.460.087	173.613.066	12.000.000	368.000
53	5.632.000	135.068.000	189.999.770	1.899.998	5.833.495	182.266.277	12.000.000	368.000
54	5.632.000	140.700.000	199.172.174	1.991.722	6.212.850	190.967.602	12.000.000	368.000
55	5.632.000	146.332.000	208.395.579	2.083.956	6.597.759	199.713.864	12.000.000	368.000
56	5.632.000	151.964.000	217.666.616	2.176.666	6.987.855	208.502.096	12.000.000	368.000
57	5.632.000	157.596.000	226.982.141	2.269.821	7.382.795	217.329.525	12.000.000	368.000
58	5.632.000	163.228.000	236.339.216	2.363.392	7.782.261	226.193.563	12.000.000	368.000
59	5.632.000	168.860.000	245.735.097	2.457.351	8.185.952	235.091.794	12.000.000	368.000
60	5.632.000	174.492.000	255.167.222	2.551.672	8.593.590	244.021.959	12.000.000	368.000
61	5.632.000	180.124.000	264.633.197	2.646.332	9.004.915	252.981.950	12.000.000	368.000
62	5.632.000	185.756.000	274.130.787	2.741.308	9.419.683	261.969.796	12.000.000	368.000
63	90	5.632.000	191.388.000	2.836.579	9.837.666	270.983.659	12.000.000	368.000
64		5.632.000	197.020.000	2.932.126	10.258.652	280.021.821	12.000.000	368.000
65		197.020.000				280.021.821		





Scenario A

Le ipotesi

Età di inizio contribuzione	35
Età di pensionamento	65
tasso di rivalutazione	6%
tasso inflazione	2%
Contributo annuo versato al fondo	L. 3.000.000
spese	1%
una tantum	L. 100.000

Prelievo iniziale sul contributo annuo per usufruire della copertura Long term Care

L. 457.500

annue crescenti del 2% per tenere conto della svalutazione monetaria



Rendita assicurata contro il rischio di non autosufficienza erogabile solo dopo i 65 anni

L. 12.000.000 annue indicizzata all'età di erogazione

Piano di accumulo per un individuo che aderisce ad un fondo pensione all'età di 35 anni
anni potendo contare su una copertura LTC all'epoca di pensionamento

Età	Contributo Previdenziale decurtato del costo annuo LTC	Contributivo cumulato	Posizione Lorda	Prelievo Spese	Fisco	Posizione Netta	Rendita LTC al 65-esimo anno	Costo LTC annuo
35	2.442.500	2.442.500	2.589.050	25.891	13.273	2.549.887	12.000.000	457.500
36	2.542.500	4.985.000	5.397.930	53.979	39.485	5.304.466	12.000.000	457.500
37	2.542.500	7.527.500	8.317.784	83.178	77.782	8.156.825	12.000.000	457.500
38	2.542.500	10.070.000	11.341.284	113.413	127.366	11.100.505	12.000.000	457.500
39	2.542.500	12.612.500	14.461.586	144.616	187.492	14.129.478	12.000.000	457.500
40	2.542.500	15.155.000	17.672.297	176.723	257.463	17.238.111	12.000.000	457.500
41	2.542.500	17.697.500	20.967.448	209.674	336.630	20.421.143	12.000.000	457.500
42	2.542.500	20.240.000	24.341.462	243.415	424.385	23.673.662	12.000.000	457.500
43	2.542.500	22.782.500	27.789.132	277.891	520.161	26.991.079	12.000.000	457.500
44	2.542.500	25.325.000	31.305.593	313.056	623.429	30.369.108	12.000.000	457.500
45	2.542.500	27.867.500	34.886.305	348.863	733.694	33.803.748	12.000.000	457.500
46	2.542.500	30.410.000	38.527.023	385.270	850.493	37.291.260	12.000.000	457.500
47	2.542.500	32.952.500	42.223.786	422.238	973.395	40.828.153	12.000.000	457.500
48	2.542.500	35.495.000	45.972.892	459.729	1.101.998	44.411.165	12.000.000	457.500
49	2.542.500	38.037.500	49.770.885	497.709	1.235.924	48.037.252	12.000.000	457.500
50	2.542.500	40.580.000	53.614.537	536.145	1.374.823	51.703.568	12.000.000	457.500
51	2.542.500	43.122.500	57.500.832	575.008	1.518.366	55.407.458	12.000.000	457.500
52	2.542.500	45.665.000	61.426.956	614.270	1.666.246	59.146.441	12.000.000	457.500
53	2.542.500	48.207.500	65.390.277	653.903	1.818.176	62.918.198	12.000.000	457.500
54	2.542.500	50.750.000	69.388.340	693.883	1.973.890	66.720.567	12.000.000	457.500
55	2.542.500	53.292.500	73.418.851	734.189	2.133.138	70.551.524	12.000.000	457.500
56	2.542.500	55.835.000	77.479.666	774.797	2.295.686	74.409.183	12.000.000	457.500
57	2.542.500	58.377.500	81.568.784	815.688	2.461.316	78.291.781	12.000.000	457.500
58	2.542.500	60.920.000	85.684.338	856.843	2.629.824	82.197.670	12.000.000	457.500
59	2.542.500	63.462.500	89.824.580	898.246	2.801.022	86.125.313	12.000.000	457.500
60	2.542.500	66.005.000	93.987.881	939.879	2.974.730	90.073.272	12.000.000	457.500
61	2.542.500	68.547.500	98.172.719	981.727	3.150.784	94.040.207	12.000.000	457.500
62	2.542.500	71.090.000	102.377.670	1.023.777	3.329.028	98.024.865	12.000.000	457.500
63	2.542.500	73.632.500	106.601.407	1.066.014	3.509.318	102.026.075	12.000.000	457.500
64	2.542.500	76.175.000	110.842.689	1.108.427	3.691.519	106.042.743	12.000.000	457.500
65								



Scenario B

Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia

Le ipotesi

Età di inizio contribuzione	35
Età di pensionamento	65
tasso di rivalutazione	6%
tasso inflazione	2%
Contributo annuo versato al fondo	L. 6.000.000
spese	1%
una tantum	L. 100.000

Prelievo iniziale sul contributo annuo per usufruire della copertura Long term Care

L. 457.500

annue crescenti del 2% per tenere conto della svalutazione monetaria



Rendita assicurata contro il rischio di non autosufficienza erogabile solo dopo i 65 anni

L. 12.000.000 annue indicizzata all'età di erogazione

Piano di accumulo per un individuo che aderisce ad un fondo pensione all'età di 35 anni
anni potendo contare su una copertura LTC all'epoca di pensionamento

Età	Contributo Previdenziale decurtato del costo annuo LTC	Contributivo cumulato	Posizione Lorda	Prelievo Spese	Fisco	Posizione Netta	Rendita LTC al 65-esimo anno	Costo LTC annuo
35	5.442.500	5.442.500	5.769.050	57.691	29.575	5.681.785	12.000.000	457.500
36	5.542.500	10.985.000	11.897.742	118.977	87.314	11.691.451	12.000.000	457.500
37	5.542.500	16.527.500	18.267.988	182.680	171.359	17.913.949	12.000.000	457.500
38	5.542.500	22.070.000	24.863.836	248.638	279.972	24.335.226	12.000.000	457.500
39	5.542.500	27.612.500	31.670.389	316.704	411.530	30.942.155	12.000.000	457.500
40	5.542.500	33.155.000	38.673.734	386.737	564.520	37.722.477	12.000.000	457.500
41	5.542.500	38.697.500	45.860.876	458.609	737.524	44.664.743	12.000.000	457.500
42	5.542.500	44.240.000	53.219.677	532.197	929.223	51.758.258	12.000.000	457.500
43	5.542.500	49.782.500	60.738.803	607.388	1.138.381	58.993.034	12.000.000	457.500
44	5.542.500	55.325.000	68.407.667	684.077	1.363.845	66.359.745	12.000.000	457.500
45	5.542.500	60.867.500	76.216.380	762.164	1.604.539	73.849.677	12.000.000	457.500
46	5.542.500	66.410.000	84.155.708	841.557	1.859.457	81.454.694	12.000.000	457.500
47	5.542.500	71.952.500	92.217.026	922.170	2.127.659	89.167.196	12.000.000	457.500
48	5.542.500	77.495.000	100.392.278	1.003.923	2.408.269	96.980.086	12.000.000	457.500
49	5.542.500	83.037.500	108.673.941	1.086.739	2.700.467	104.886.735	12.000.000	457.500
50	5.542.500	88.580.000	117.054.989	1.170.550	3.003.488	112.880.951	12.000.000	457.500
51	5.542.500	94.122.500	125.528.858	1.255.289	3.316.618	120.956.952	12.000.000	457.500
52	5.542.500	99.665.000	134.089.419	1.340.894	3.639.188	129.109.337	12.000.000	457.500
53	5.542.500	105.207.500	142.730.947	1.427.309	3.970.575	137.333.062	12.000.000	457.500
54	5.542.500	110.750.000	151.448.096	1.514.481	4.310.198	145.623.418	12.000.000	457.500
55	5.542.500	116.292.500	160.235.873	1.602.359	4.657.512	153.976.002	12.000.000	457.500
56	5.542.500	121.835.000	169.089.612	1.690.896	5.012.009	162.386.708	12.000.000	457.500
57	5.542.500	127.377.500	178.004.960	1.780.050	5.373.215	170.851.695	12.000.000	457.500
58	5.542.500	132.920.000	186.977.847	1.869.778	5.740.688	179.367.381	12.000.000	457.500
59	5.542.500	138.462.500	196.004.474	1.960.045	6.114.012	187.930.417	12.000.000	457.500
60	5.542.500	144.005.000	205.081.292	2.050.813	6.492.803	196.537.676	12.000.000	457.500
61	5.542.500	149.547.500	214.204.987	2.142.050	6.876.698	205.186.239	12.000.000	457.500
62	5.542.500	155.090.000	223.372.463	2.233.725	7.265.361	213.873.377	12.000.000	457.500
63	5.542.500	160.632.500	232.580.830	2.325.808	7.658.477	222.596.544	12.000.000	457.500
64	5.542.500	166.175.000	241.827.387	2.418.274	8.055.752	231.353.361	12.000.000	457.500
65								



Scenario C

Le ipotesi

Età di inizio contribuzione	35
Età di pensionamento	65
tasso di rivalutazione	6%
tasso inflazione	2%
Contributo annuo versato al fondo	L. 8.000.000
spese	1%
una tantum	L. 100.000

Prelievo iniziale sul contributo annuo per usufruire della copertura Long term Care

L. 457.500

annue crescenti del 2% per tenere conto della svalutazione monetaria



Rendita assicurata contro il rischio di non autosufficienza erogabile solo dopo i 65 anni

L. 12.000.000 annue indicizzata all'età di erogazione

Piano di accumulo per un individuo che aderisce ad un fondo pensione all'età di 35 anni
anni potendo contare su una copertura LTC all'epoca di pensionamento

Età	Contributo Previdenziale decurtato del costo annuo LTC	Contributivo cumulato	Posizione Lorda	Prelievo Spese	Fisco	Posizione Netta	Rendita LTC al 65-esimo anno	Costo LTC annuo
35	7.442.500	7.442.500	7.889.050	78.891	40.443	7.769.717	12.000.000	457.500
36	7.542.500	14.985.000	16.230.950	162.309	119.200	15.949.440	12.000.000	457.500
37	7.542.500	22.527.500	24.901.456	249.015	233.744	24.418.698	12.000.000	457.500
38	7.542.500	30.070.000	33.878.870	338.789	381.709	33.158.372	12.000.000	457.500
39	7.542.500	37.612.500	43.142.925	431.429	560.890	42.150.606	12.000.000	457.500
40	7.542.500	45.155.000	52.674.692	526.747	769.224	51.378.722	12.000.000	457.500
41	7.542.500	52.697.500	62.456.495	624.565	1.004.787	60.827.143	12.000.000	457.500
42	7.542.500	60.240.000	72.471.821	724.718	1.265.781	70.481.322	12.000.000	457.500
43	7.542.500	67.782.500	82.705.251	827.053	1.550.527	80.327.672	12.000.000	457.500
44	7.542.500	75.325.000	93.142.382	931.424	1.857.455	90.353.503	12.000.000	457.500
45	7.542.500	82.867.500	103.769.763	1.037.698	2.185.102	100.546.963	12.000.000	457.500
46	7.542.500	90.410.000	114.574.831	1.145.748	2.532.099	110.896.983	12.000.000	457.500
47	7.542.500	97.952.500	125.545.852	1.255.459	2.897.168	121.393.226	12.000.000	457.500
48	7.542.500	105.495.000	136.671.869	1.366.719	3.279.117	132.026.034	12.000.000	457.500
49	7.542.500	113.037.500	147.942.646	1.479.426	3.676.829	142.786.390	12.000.000	457.500
50	7.542.500	120.580.000	159.348.624	1.593.486	4.089.265	153.665.872	12.000.000	457.500
51	7.542.500	128.122.500	170.880.875	1.708.809	4.515.452	164.656.614	12.000.000	457.500
52	7.542.500	135.665.000	182.531.061	1.825.311	4.954.482	175.751.267	12.000.000	457.500
53	7.542.500	143.207.500	194.291.393	1.942.914	5.405.508	186.942.972	12.000.000	457.500
54	7.542.500	150.750.000	206.154.600	2.061.546	5.867.736	198.225.318	12.000.000	457.500
55	7.542.500	158.292.500	218.113.887	2.181.139	6.340.427	209.592.321	12.000.000	457.500
56	7.542.500	165.835.000	230.162.910	2.301.629	6.822.891	221.038.390	12.000.000	457.500
57	7.542.500	173.377.500	242.295.744	2.422.957	7.314.481	232.558.305	12.000.000	457.500
58	7.542.500	180.920.000	254.506.853	2.545.069	7.814.596	244.147.188	12.000.000	457.500
59	7.542.500	188.462.500	266.791.070	2.667.911	8.322.672	255.800.486	12.000.000	457.500
60	7.542.500	196.005.000	279.143.566	2.791.436	8.838.184	267.513.946	12.000.000	457.500
61	7.542.500	203.547.500	291.559.832	2.915.598	9.360.641	279.283.593	12.000.000	457.500
62	7.542.500	211.090.000	304.035.659	3.040.357	9.889.583	291.105.719	12.000.000	457.500
63	7.542.500	218.632.500	316.567.112	3.165.671	10.424.584	302.976.858	12.000.000	457.500
64	7.542.500	226.175.000	329.150.519	3.291.505	10.965.242	314.893.772	12.000.000	457.500
65								



Scenario A

Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia

Le ipotesi

Età di inizio contribuzione	45
Età di pensionamento	65
tasso di rivalutazione	6%
tasso inflazione	2%
Contributo annuo versato al fondo	L. 3.000.000
spese	1%
una tantum	L. 100.000

Prelievo iniziale sul contributo annuo per usufruire della copertura Long term Care

L. 783.000

annue crescenti del 2% per tenere conto della svalutazione monetaria



Rendita assicurata contro il rischio di non autosufficienza erogabile solo dopo i 65 anni

L. 12.000.000 annue indicizzata all'età di erogazione

Piano di accumulo per un individuo che aderisce ad un fondo pensione all'età di 45 anni
anni potendo contare su una copertura LTC all'epoca di pensionamento

Età	Contributo Previdenziale decurtato del costo annuo LTC	Contributivo cumulato	Posizione Lorda	Prelievo Spese	Fisco	Posizione Netta	Rendita LTC al 65-esimo anno	Costo LTC annuo
45	2.117.000	2.117.000	2.244.020	22.440	11.504	2.210.076	12.000.000	783.000
46	2.217.000	4.334.000	4.692.701	46.927	34.295	4.611.478	12.000.000	783.000
47	2.217.000	6.551.000	7.238.187	72.382	67.629	7.098.177	12.000.000	783.000
48	2.217.000	8.768.000	9.874.087	98.741	110.808	9.664.538	12.000.000	783.000
49	2.217.000	10.985.000	12.594.431	125.944	163.183	12.305.303	12.000.000	783.000
50	2.217.000	13.202.000	15.393.641	153.936	224.148	15.015.557	12.000.000	783.000
51	2.217.000	15.419.000	18.266.511	182.665	293.133	17.790.712	12.000.000	783.000
52	2.217.000	17.636.000	21.208.175	212.082	369.610	20.626.483	12.000.000	783.000
53	2.217.000	19.853.000	24.214.092	242.141	453.085	23.518.867	12.000.000	783.000
54	2.217.000	22.070.000	27.280.019	272.800	543.094	26.464.124	12.000.000	783.000
55	2.217.000	24.287.000	30.401.992	304.020	639.207	29.458.765	12.000.000	783.000
56	2.217.000	26.504.000	33.576.311	335.763	741.020	32.499.528	12.000.000	783.000
57	2.217.000	28.721.000	36.799.519	367.995	848.158	35.583.366	12.000.000	783.000
58	2.217.000	30.938.000	40.068.388	400.684	960.267	38.707.437	12.000.000	783.000
59	2.217.000	33.155.000	43.379.903	433.799	1.077.021	41.869.083	12.000.000	783.000
60	2.217.000	35.372.000	46.731.248	467.312	1.198.113	45.065.822	12.000.000	783.000
61	2.217.000	37.589.000	50.119.792	501.198	1.323.255	48.295.338	12.000.000	783.000
62	2.217.000	39.806.000	53.543.079	535.431	1.452.181	51.555.467	12.000.000	783.000
63	2.217.000	42.023.000	56.998.815	569.988	1.584.641	54.844.186	12.000.000	783.000
64	2.217.000	44.240.000	60.484.857	604.849	1.720.401	58.159.607	12.000.000	783.000
65								



Scenario B

Le ipotesi

Età di inizio contribuzione	45
Età di pensionamento	65
tasso di rivalutazione	6%
tasso inflazione	2%
Contributo annuo versato al fondo	L. 6.000.000
spese	1%
una tantum	L. 100.000

Prelievo iniziale sul contributo annuo per usufruire della copertura Long term Care

L. 783.000

annue crescenti del 2% per tenere conto della svalutazione monetaria



Rendita assicurata contro il rischio di non autosufficienza erogabile solo dopo i 65 anni

L. 12.000.000 *annue indicizzata all'età di erogazione*

Piano di accumulo per un individuo che aderisce ad un fondo pensione all'età di 45 anni
anni potendo contare su una copertura LTC all'epoca di pensionamento

Età	Contributo Previdenziale decurtato del costo annuo LTC	Contributivo cumulato	Posizione Lorda	Prelievo Spese	Fisco	Posizione Netta	Rendita LTC al 65-esimo anno	Costo LTC annuo
45	5.117.000	5.117.000	5.424.020	54.240	27.806	5.341.974	12.000.000	783.000
46	5.201.340	10.318.340	11.175.913	111.759	82.040	10.982.114	12.240.000	798.660
47	5.185.367	15.503.707	17.137.530	171.375	160.869	16.805.285	12.484.800	814.633
48	5.169.074	20.672.781	23.292.821	232.928	262.582	22.797.311	12.734.496	830.926
49	5.152.456	25.825.237	29.626.752	296.268	385.577	28.944.907	12.989.186	847.544
50	5.135.505	30.960.741	36.125.237	361.252	528.357	35.235.628	13.248.970	864.495
51	5.118.215	36.078.956	42.775.073	427.751	689.520	41.657.802	13.513.949	881.785
52	5.100.579	41.179.535	49.563.884	495.639	867.758	48.200.487	13.784.228	899.421
53	5.082.591	46.262.126	56.480.062	564.801	1.061.845	54.853.417	14.059.913	917.409
54	5.064.243	51.326.368	63.512.719	635.127	1.270.635	61.606.957	14.341.111	935.757
55	5.045.527	56.371.896	70.651.634	706.516	1.493.054	68.452.063	14.627.933	954.473
56	5.026.438	61.398.334	77.887.211	778.872	1.728.101	75.380.238	14.920.492	973.562
57	5.006.967	66.405.300	85.210.437	852.104	1.974.834	82.383.499	15.218.902	993.033
58	4.987.106	71.392.406	92.612.842	926.128	2.232.374	89.454.339	15.523.280	1.012.894
59	4.966.848	76.359.255	100.086.459	1.000.865	2.499.897	96.585.697	15.833.745	1.033.152
60	4.946.185	81.305.440	107.623.795	1.076.238	2.776.633	103.770.924	16.150.420	1.053.815
61	4.925.109	86.230.548	115.217.795	1.152.178	3.061.858	111.003.759	16.473.428	1.074.891
62	4.903.611	91.134.159	122.861.813	1.228.618	3.354.894	118.278.301	16.802.897	1.096.389
63	4.881.683	96.015.843	130.549.583	1.305.496	3.655.107	125.588.980	17.138.955	1.118.317
64	4.859.317	100.875.159	138.275.195	1.382.752	3.961.901	132.930.542	17.481.734	1.140.683
65								



Scenario C

Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia

Le ipotesi

Età di inizio contribuzione	45
Età di pensionamento	65
tasso di rivalutazione	6%
tasso inflazione	2%
Contributo annuo versato al fondo	L. 8.000.000
spese	1%
una tantum	L. 100.000

Prelievo iniziale sul contributo annuo per usufruire della copertura Long term Care

L. 783.000

annue crescenti del 2% per tenere conto della svalutazione monetaria



Rendita assicurata contro il rischio di non autosufficienza erogabile solo dopo i 65 anni

L. 12.000.000 annue indicizzata all'età di erogazione

Piano di accumulo per un individuo che aderisce ad un fondo pensione all'età di 45 anni
anni potendo contare su una copertura LTC all'epoca di pensionamento

Età	Contributo Previdenziale decurtato del costo annuo LTC	Contributivo cumulato	Posizione Lorda	Prelievo Spese	Fisco	Posizione Netta	Rendita LTC al 65-esimo anno	Costo LTC annuo
45	7.117.000	7.117.000	7.544.020	75.440	38.674	7.429.906	12.000.000	783.000
46	7.201.340	14.318.340	15.509.121	155.091	113.926	15.240.104	12.240.000	798.660
47	7.185.367	21.503.707	23.770.999	237.710	223.254	23.310.035	12.484.800	814.633
48	7.169.074	28.672.781	32.307.855	323.079	364.320	31.620.457	12.734.496	830.926
49	7.152.456	35.825.237	41.099.288	410.993	534.936	40.153.358	12.989.186	847.544
50	7.135.505	42.960.741	50.126.195	501.262	733.061	48.891.872	13.248.970	864.495
51	7.118.215	50.078.956	59.370.692	593.707	956.783	57.820.202	13.513.949	881.785
52	7.100.579	57.179.535	68.816.028	688.160	1.204.317	66.923.551	13.784.228	899.421
53	7.082.591	64.262.126	78.446.510	784.465	1.473.991	76.188.054	14.059.913	917.409
54	7.064.243	71.326.368	88.247.434	882.474	1.764.245	85.600.715	14.341.111	935.757
55	7.045.527	78.371.896	98.205.017	982.050	2.073.618	95.149.349	14.627.933	954.473
56	7.026.438	85.398.334	108.306.334	1.083.063	2.400.743	104.822.528	14.920.492	973.562
57	7.006.967	92.405.300	118.539.264	1.185.393	2.744.343	114.609.528	15.218.902	993.033
58	6.987.106	99.392.406	128.892.433	1.288.924	3.103.221	124.500.287	15.523.280	1.012.894
59	6.966.848	106.359.255	139.355.163	1.393.552	3.476.259	134.485.352	15.833.745	1.033.152
60	6.946.185	113.305.440	149.917.430	1.499.174	3.862.410	144.555.846	16.150.420	1.053.815
61	6.925.109	120.230.548	160.569.812	1.605.698	4.260.692	154.703.421	16.473.428	1.074.891
62	6.903.611	127.134.159	171.303.454	1.713.035	4.670.189	164.920.231	16.802.897	1.096.389
63	6.881.683	134.015.843	182.110.029	1.821.100	5.090.039	175.198.889	17.138.955	1.118.317
64	6.859.317	140.875.159	192.981.699	1.929.817	5.519.439	185.532.442	17.481.734	1.140.683
65								

BIBLIOGRAFIA

American Academy of Actuaries (1999), *Long Term Care. Actuarial issues in designing voluntary federal-private LTC insurance programs*, Public policy monograph, www.actuary.org.

Assicurazioni Generali, *Riforma del sistema sanitario assistenziale: convergenza tra pubblico e privato*, Convegno industria e assicurazione, Villa Manin di Passariano, 11 ottobre 1999.

Barr, N. (1998), *The Economics of the Welfare State*, Oxford University Press.

Beltrametti, L. (settembre 2000), *Progetti alternativi di assistenza ai non autosufficienti: costi e meccanismi di finanziamento*, ricerca n.14, Commissione tecnica per la spesa pubblica, Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica.

Beltrametti, L. (1998), *L'assistenza ai non autosufficienti: alcuni elementi per il dibattito*, in "Politica Economica", n.1, 1998.

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), traduzione italiana a cura della Provincia Autonoma di Bolzano.

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.

Butler, R., (1999), *The economics of social insurance and employee benefits*, Kluwer Academic Publishers.

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.

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, Cambridge MA.

Dullaway, D. - Elliot, S., *Long Term Care Insurance - a guide to product design and pricing*, Staple Inn Actuarial Society.

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.

General & Cologne Re, *Atti dell'incontro Long Term Care*, ottobre 1999, Milano.

Gudex, C. - Lafortune, G. (2000), *An inventory of health and disability-related surveys in OECD countries*, OECD Labor Market and Social Policy Occasional Papers n.44.

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.

Haberman, S. - Pitacco, E. (1998), *Actuarial models for Disability Insurance*, Chapman & Hall, London.

ISTAT (2000), *Le condizioni di salute degli italiani - anno 1999*.

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

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

ISVAP (1998), *Long Term Care (LTC) - le prospettive per il mercato assicurativo italiano. Due modelli a confronto: Germania e Stati Uniti*, Quaderno n.3.

Jacobzone, S. (1998), *Ageing and Care for Frail Elderly Persons: an Overview of International Perspectives*, OECD Labor Market and Social Policy Occasional Papers n.38.

Jacobzone S. - Cambois E. - Chaplain E. - Robine J.M. (1998), *The Health of Older Persons in OECD Countries: is it improving fast enough to compensate for Population Ageing?*, OECD Labor Market and Social Policy Occasional Paper n.37.

Ministero della sanità tedesco (2000), *Long Term Care Insurance in Germany*, Bonn.

Ministero della sanità tedesco (Jan.1997), *Health care in Germany*, Bonn.

Munich Re, *Long Term Care Insurance in Germany* (actuarial seminar 29 nov.-6 dec. 2000).

Munich Re (1997), *L'assicurazione Long Term Care privata in Europa*.

Nucleo di Valutazione della Spesa Previdenziale, *Rapporto 2000*.

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

OCSE (1998), *Maintaining prosperity in an ageing society*.

OCSE (1997), *Ageing in OECD countries - a critical policy challenge*, social policy studies n.20.

OCSE (1996), *Caring for frail elderly people - policies in evolution*, social policy studies n.19.

OCSE (1996), *Health care reform - the will to change*, health policy studies n.8.

OCSE (1994), *Caring for frail elderly people - new directions in care*, social policy studies n.14.

Piperno, A. (2001), *lavoro realizzato nell'ambito del Progetto Strategico Invecchiamento del CNR*, mimeo.

Piperno, A. (1997), *Mercati assicurativi e istituzioni: la previdenza sanitaria integrativa*, ed. Il Mulino, Bologna.

Pitacco, E. (1995), *Modelli attuariali per le assicurazioni sulla salute*, EGEA, Milano.

Provincia Autonoma di Bolzano, Sistema Informativo Provinciale Socio-Assistenziale, *Statistiche Sociali 1999*.

Provincia Autonoma di Bolzano (a cura di) (1997), *La copertura previdenziale per i non autosufficienti*.

Regione Trentino Alto-Adige, Atti del Convegno "*Un nuovo sistema di sicurezza sociale a dimensione regionale - Previdenza per la vecchiaia e assicurazione contro il rischio di non autosufficienza*", novembre 2000, Bolzano.

Royal Commission on Long Term Care (1999), *Report on Long Term care*, Londra.

Royal Commission on Long Term Care (1999), *Research Volume I*, Londra.

Schmal, W. - Rothgang, H., *The long term costs of public long-term care insurance in Germany. Some guesstimamates*, in Eisen R. e Sloan F. (a cura di), "Long Term Care Economic Issues and Policy Solutions", Boston, Kluwer, 1996.

Scor Italia Riassicurazioni, *L'assicurazione Long Term Care*, Atti del Convegno del 14 giugno 2000.

Tomassetti A. et al. (1996), *Tecnica attuariale per collettività*, ed. Kappa, Roma.

Whynes, D.K., *The provision and finance of long term care in the United Kingdom*, su *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 21 (n. 79 apr. 1996).

Wiener J.M. et al., *Sharing the burden. Strategies for public and private long-term care insurance*, The Brooking Institution, Washington, D.C., 1994.

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.

Wittemberg, R. (1989), *Prototype insurance policy for long term care*, Government Economic Service Working Paper n.105, Department of Health, U.K.