Quaderno di approfondimento 2018

Le sfide della non autosufficienza

Spunti per un nuovo disegno organico per la copertura della non autosufficienza

A cura del Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali con il supporto scientifico di Assoprevidenza

Coordinamento scientifico *Prof. Alberto Brambilla*
Dott.ssa Laura Crescentini

Itinerari PREVIDENZIALI

Quaderno di approfondimento 2018

Le sfide della non autosufficienza

Spunti per un nuovo disegno organico per la copertura della non autosufficienza

A cura del Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali con il supporto scientifico di Assoprevidenza

Coordinamento scientifico *Prof. Alberto Brambilla*
Dott.ssa Laura Crescentini

Contributors

Alberto Brambilla *Presidente Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali*
Laura Crescentini *Coordinatore Tecnico Assoprevidenza*
Comitato Tecnico Scientifico Itinerari Previdenziali

Mario Bernardini *Direttore Cassa Mutua Nazionale per il personale delle BCC*
Natalia Borrillo *Tesista Tecnica attuariale delle assicurazioni sociali UNISANNIO*
Alessandro Bugli *Area Formazione e Welfare integrato Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali*
Associate Studio Legale Taurini&Hazan
Valerio Ceffa *Presidente Mutua Sanitaria Integrativa Insieme Salute*
Elisabetta Cibinel *Ricercatrice Laboratorio Percorsi di Secondo Welfare*
Carlo Conforti *Responsabile Ufficio Vita, Salute e Studi demografici ANIA*
Giovanni Daverio *Direttore Generale Welfare Regione Lombardia*
Anna Gaeta *Vice Direttore Cassa Mutua Nazionale per il personale delle BCC*
Franca Maino *Direttore Laboratorio Percorsi di Secondo Welfare*
Claudio Raimondi *Responsabile Welfare Insurance Office Gruppo Assicurativo PosteVita*
Mariuccia Rossini *Presidente e Amministratore Delegato Gruppo Korian*
Mario Schiavon *Presidente ENPAPI*
Gaetano Stella *Presidente Confprofessioni*
Tiziana Tafaro *Docente contratto Tecnica attuariale delle assicurazioni sociali UNISANNIO*
Marco Vecchietti *Amministratore Delegato RBM Assicurazione Salute spa*
Amalia Vetromile *Amministratore Unico Contacts srl*

La redazione del presente Quaderno è stata possibile grazie al sostegno di

Cattolica Assicurazioni, Gruppo Assicurativo PosteVita, RBM Assicurazione Salute, Abbott, Cadiprof, Ubi Banca

Quaderno di approfondimento 2018

Le sfide della non autosufficienza

Spunti per un nuovo disegno organico per la copertura della non autosufficienza

INDICE

Introduzione - *A. Brambilla* 7

1. La dimensione del problema italiano - *L. Crescentini* 14
1.1 Il contesto demografico-sanitario 14
1.2 L'organizzazione della copertura: attuali criticità e ipotesi di sviluppo 15
1.3. Conclusioni 19

2. La definizione di non autosufficienza - *N. Borrillo, C. Conforti, T. Tafaro* 20
2.1 Le differenti prestazioni e definizioni per la non autosufficienza in Italia 20
2.2 La metodologia Resident Assessment Instrument (RAI – VAOR) 23
2.3 La soluzione francese 24

3. L'integrazione tra politiche e servizi nell'ambito della non autosufficienza - *F. Maino* ... 26
3.1 Assistenza familiare e lavoro di cura: di cosa parliamo? 26
3.2 Continuità assistenziale e integrazione socio-sanitaria 28
3.3 Sportelli informativi: una presenza territoriale diffusa 29
3.4 L'accesso ai servizi e la sfida dell'integrazione 30

4. Long term care e assicurazione: vuoti normativi e potenziali sinergie con contrattazione collettiva e RCA - *A. Bugli* 32
4.1 L'obbligo di una copertura a vita intera e l'assenza parziale di una definizione di polizza LTC 33
4.2 Stimoli del legislatore 33
4.3 Scarsa cultura e ruolo delle organizzazioni sindacali 34
4.4 Il rapporto tra le assicurazioni LTC e l'assicurazione di responsabilità civile 35
4.5 L'assicurazione RCA e l'opportunità di prevedere un contributo per LTC obbligatorio 35

5. L'organizzazione della copertura e l'offerta di servizi 37
5.1 Pianeta Silver e non autosufficienza: le sfide per la Long Term Care - *M. Rossini* .. 37
5.1.1 L'utente 38
5.1.2 Il sistema sociosanitario, fra regionalità e globalità 38
5.1.3 Un mercato dai confini labili 39
5.2 La Long Term Care nelle professioni, a che punto siamo? - *G. Stella* 41
5.3 Professione infermieristica e non autosufficienza: sfide e opportunità - *M. Schiavon* 44
5.4 Nuove tecnologie per una nuova assistenza. Telemedicina, *communities* di cura - *A. Vetromile* 47
5.3.1 L'evoluzione tecnologica 47
5.3.2 Innovazione nelle organizzazioni e nei processi di cura 48
5.3.3 Le *communities* di cura 50

6. Le coperture assicurative individuali e collettive: costi e servizi 51
6.1 Coperture individuali e coperture collettive: quali implicazioni per i costi, ma non solo - *C. Raimondi*..... 51
6.1.1 L'offerta assicurativa, tra spinte innovatrici e esigenze non coperte..... 52
6.1.2 Mutualità e accessibilità: il futuro prossimo dell'assistenza sanitaria..... 53
6.2 Nuove sfide per l'assicurazione salute: la gestione della non autosufficienza - *M. Vecchietti* 55
6.3 La chance della contrattazione collettiva per la diffusione di coperture LTC: i casi dei settori credito e assicurazioni - *M. Bernardini, A. Gaeta* 58
6.4 Non autosufficienza: esperienze, riflessioni e proposte delle Società di mutuo soccorso - *V. Ceffa* 61

7. Assistenza familiare in Piemonte: il modello regionale si rinnova - *E. Cibinel* 63
7.1 L'indagine condotta dal Laboratorio Percorsi di Secondo Welfare e dallo Studio Errepi 63
7.2 Sintesi dei principali risultati emersi..... 64

8. Scenari di risposta ai bisogni delle persone con fragilità tra sostenibilità e innovazione in Regione Lombardia - *G. Daverio* 67
8.1 Breve storia di un contesto che cambia..... 67
8.2 Lo spostamento dell'asse di cura 68
8.3 Presa in carico e sfide dell'innovazione..... 69
8.4 La stratificazione della domanda 69
8.5 La sostenibilità del sistema: spunti evolutivi per strumenti di finanziamento innovativi..... 70

Introduzione

Alberto Brambilla

Le considerazioni sviluppate nel corso degli incontri del *Tavolo di Lavoro sul Tema della Non Autosufficienza* hanno sostanzialmente evidenziato un *sentiment* comune a tutti i partecipanti: "la non autosufficienza rappresenta per il nostro Paese una *priorità* assoluta alla luce dei processi sociali e demografici in atto, di fronte alla quale, tuttavia, oggi ci si trova per molti aspetti impreparati; ciò dipende, nonostante i continui allarmi demografici ed economici, anzitutto da *ragioni culturali*".

Il ritardo del nostro Paese nel predisporre una copertura della non autosufficienza di tipo *universalistico*, con costi accessibili e servizi di assistenza capillari e qualificati, è attribuibile anche alla mancanza di consapevolezza dei cittadini che, se per il 40% non conoscono le tipologie di prestazioni dei sistemi pensionistici di base e complementari e addirittura per il 70% non intendono provvedere alla previdenza complementare, al rischio di non autosufficienza non ci pensano proprio. Anzi, spesso se ne accorgono solo quando il fatto accade "nel giardino della propria casa". Le responsabilità sono certamente dei *policy makers* che solo di recente, dopo le titubanze del Governo Letta che voleva abolire le già scarse agevolazioni fiscali sulle polizze di ***long term care*** (LTC), hanno previsto importanti ***agevolazioni fiscali***; ma anche dei media, della scuola, fino a permeare le scelte dei comuni cittadini. Insomma, il tema della non autosufficienza non è stato trattato con la dovuta importanza e, così, ampie schiere di popolazione non affrontano con la sufficiente *consapevolezza* il rischio di non autosufficienza e le relative coperture. Eppure la LTC è uno strumento "democratico" per affrontare la sfida della non autosufficienza: democratico perché consente a tutti di disporre delle risorse e delle informazioni guida per quando l'individuo sarà sempre meno capace di decidere, di scegliere e di provvedere a sé stesso.

La crescente pressione generata dall'invecchiamento della popolazione sui bilanci pubblici e familiari fa della non autosufficienza uno dei temi "caldi" del dibattito sulla riorganizzazione dei sistemi di welfare. Nei prossimi trent'anni in Italia, la spesa pubblica per la non autosufficienza passerà dall'attuale 1,9% a oltre il 3% del Pil.

Quanto ci costa la non autosufficienza e quali margini per efficientarla?

Abbiamo stimato che la spesa pubblica e privata per la non autosufficienza ammonti a oltre 40 miliardi di € in Italia

Come riportato nel IV **Rapporto sul Bilancio del sistema previdenziale italiano**:

- **2,7 miliardi**: stima della spesa residenziale privata
- **6,5 miliardi**: stima della spesa per assistenza domiciliare privata

Totale spesa privata 9,2 miliardi

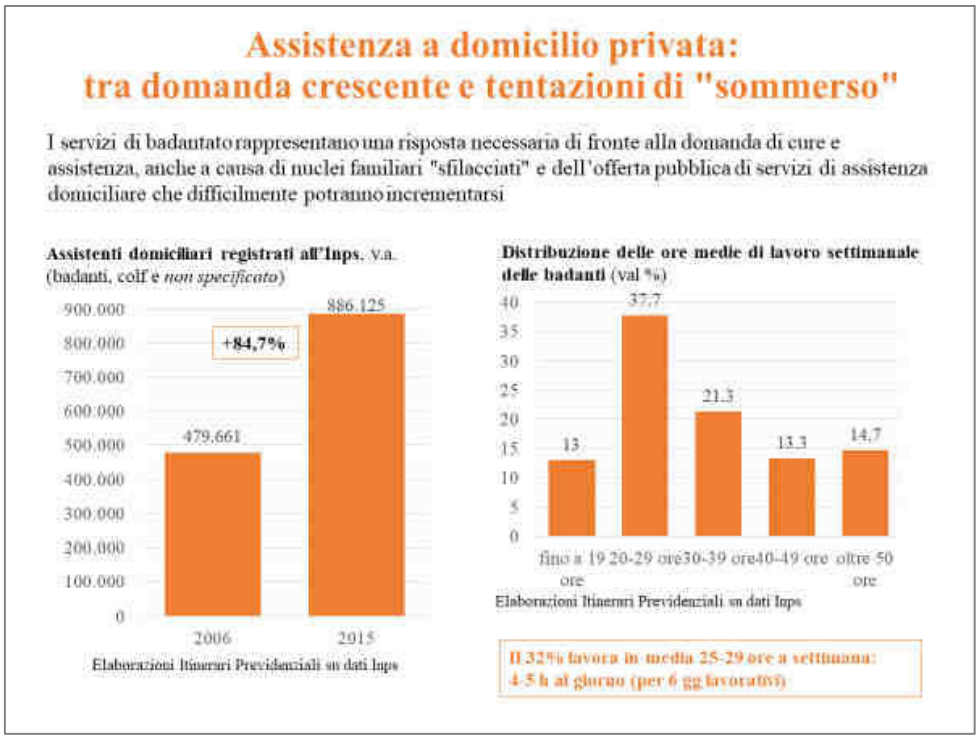
Cui si aggiunge:

- l'1,9% del Pil 2015, secondo la *Ragioneria Generale dello Stato*, ovvero la **spesa pubblica** rivolta agli anziani e ai disabili non autosufficienti (LTC), che include oltre alla **componente sanitaria**, la spesa per **indennità di accompagnamento*** e la spesa per "**Altre prestazioni LTC**", che comprende un insieme eterogeneo di interventi essenzialmente socioassistenziali erogati a livello locale dai comuni singoli

Totale spesa pubblica 31,2 miliardi

**La spesa per indennità di accompagnamento nel 2013 è stata pari a 11,9 miliardi di euro (11,5 miliardi nel 2012)*

L'aumento dell'aspettativa di vita produrrà un leggero incremento della spesa per pensioni essendo l'età di pensionamento agganciata alla speranza di vita; ma aumenterà la spesa sanitaria e soprattutto quella per la non autosufficienza, che già oggi costa allo Stato 31,2mld €**,** cui ne vanno aggiunti altri 9,2 spesi dalle famiglie, prevalentemente per le badanti (dato, quest'ultimo, ovviamente sottostimato, poiché molte sono irregolari). Dal 2006 al 2015 si è assistito a un aumento di oltre l'84% del numero di "assistenti domiciliari" registrati presso l'Inps. Un grande lavoro viene svolto (come è giusto) ancora dalle famiglie, che tuttavia sono spesso lasciate a loro stesse per la mancanza di guida, orientamento e aiuto da parte del welfare pubblico.

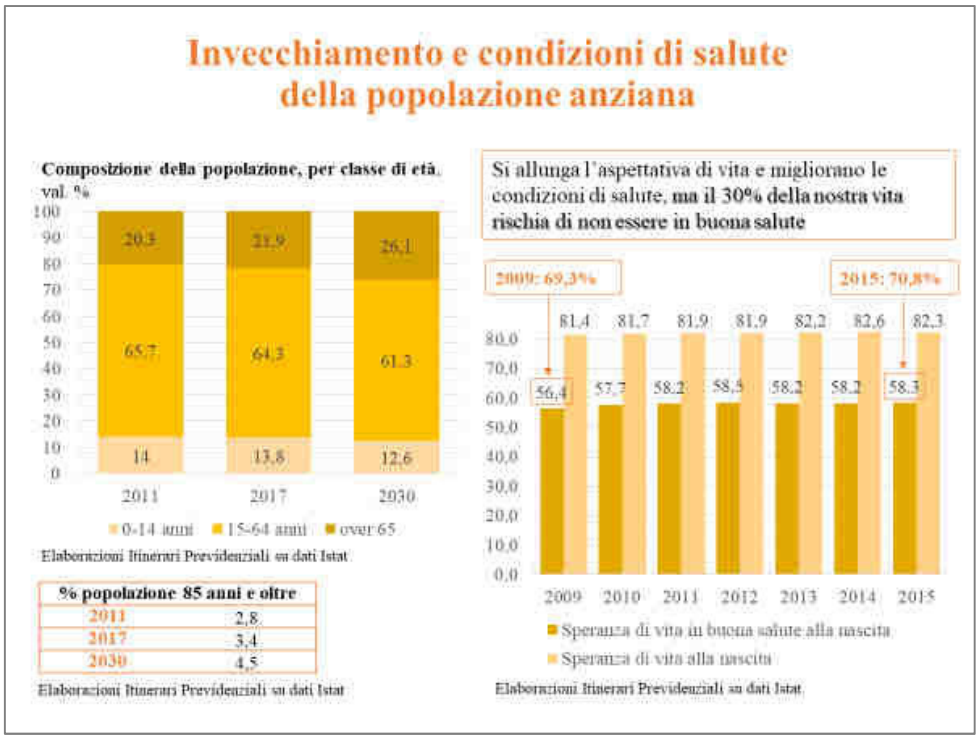


Anche sotto il profilo economico, la spesa delle famiglie per la salute è una delle voci più pesanti. Tuttavia, visti i dati del bilancio pubblico, sarà molto difficile riuscire a stanziare di più. E

allora, che fare? Questo è stato uno degli interrogativi sollevati dal *Tavolo di Lavoro sul Tema della Non Autosufficienza* promosso dal Centro Studi e Ricerche di Itinerari Previdenziali, con il supporto scientifico di Assoprevidenza.

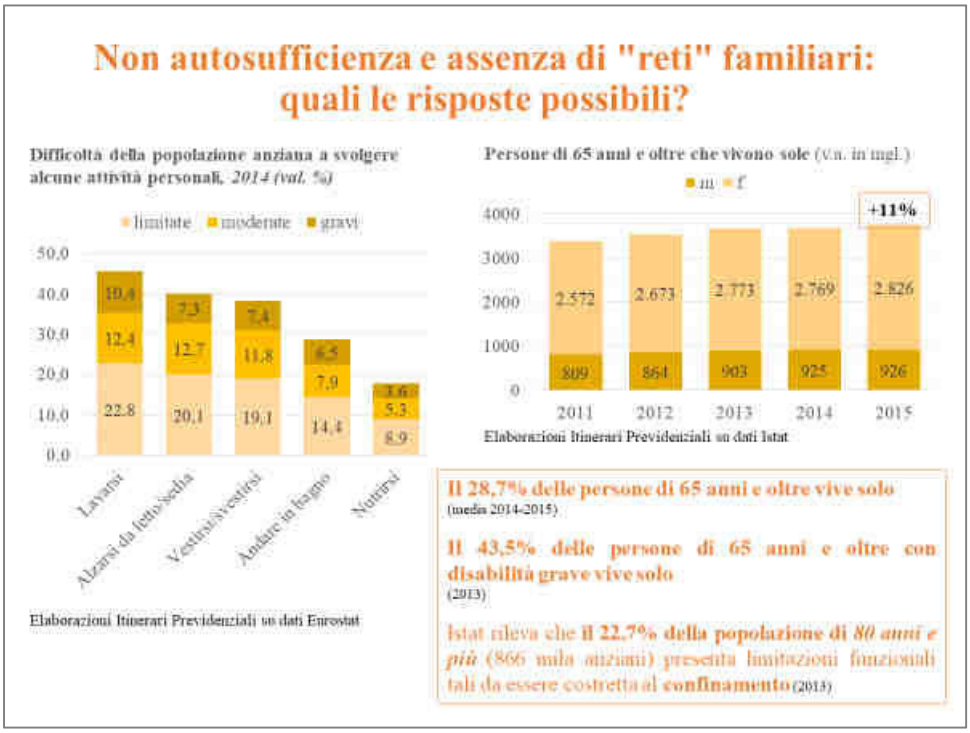
Le risposte, come si può vedere nei successivi capitoli, non sono univoche e si dividono sostanzialmente su due aspetti: il primo riguarda l'***obbligatorietà*** o meno dell'adesione a forme di protezione dal rischio di non autosufficienza; il secondo riguarda la ***presa in carico*** del soggetto non autosufficiente e quindi i livelli di servizio integrati che devono essere forniti e per i quali resta il tema pressante del finanziamento.

Tuttavia, al di là delle scelte da affrontare, c'è totale convergenza del Tavolo sulla necessità di introdurre formule LTC. Del resto, i numeri parlano chiaro: la speranza di vita alla nascita è enormemente aumentata con gli inevitabili fenomeni tipici dell'invecchiamento, quali problemi di salute e progressiva cronicizzazione delle malattie, con crescente esposizione al rischio di non autosufficienza. Nel 1955, la speranza di vita alla nascita era di 64 anni e mezzo per gli uomini e per le donne circa quattro anni in più, ma la pensione si prendeva a 65 anni per uomini e donne (la pensione di vecchiaia fu poi portata a 60 per gli uomini e 55 anni per le donne e l'anzianità con 35 anni di contributi solo nel 1969, con la riforma Brodolini). Nel 2015 la speranza di vita si è alzata a 80,3 anni per i maschi e 85,2 per le femmine, ma il dato ancora più importante da rimarcare è la durata media della vita dopo i 60 e gli 80 anni, rispettivamente pari per gli uomini a 23 e 8,8 anni e, per le donne, a 27 e 10,7 anni. Valore quest'ultimo destinato, oltretutto, a crescere ancora: si stima che nel 2050 la speranza di vita di un ottantenne sarà pari a oltre 11,5 anni per gli uomini e a oltre 14 anni per le donne. Ma quello che è cambiato rispetto al secolo scorso è che l'allungamento della vita comporta inesorabilmente un maggiore rischio di non essere in buona salute negli anni della vecchiaia: molto, come vedremo, dipenderà da prevenzione ed educazione.



Inevitabile porsi allora come primo interrogativo chi pagherà i costi della parziale o totale non autosufficienza, visto l'aumento della aspettativa di vita e considerato il fenomeno dell'*atomizzazione delle famiglie*. Infatti, il 32,8% delle famiglie sono di fatto formate da un singolo individuo, il 20,7% da coppie senza figli. Il 28,7% delle persone con più di 65 anni vive già oggi

solo. Di questi, il 43% presenta disabilità anche gravi in una o più delle 5 funzioni base che definiscono la non autosufficienza. Quindi una buona parte della popolazione si troverà in condizione di non avere familiari e figli e di dover essere assistita parzialmente o totalmente da soggetti esterni, siano essi pubblici o privati. Riemerge qui prepotentemente il problema delle risorse per fronteggiare questa situazione, tanto più che il costo medio delle rette nelle RSA si aggira sui 2.500€ al mese, cioè più del doppio della pensione media degli italiani (1.450€ lordi).



Una notizia positiva arriva dal confronto tra le tariffe relative all'adesione collettiva o individuale a una polizza LTC. Infatti, per un soggetto che, in caso di perdita della autosufficienza, volesse disporre di poco più di 1.000€ al mese (l'importo mancante tra la pensione media oggi percepita e la retta mensile di una struttura residenziale), il costo di una polizza LTC sarebbe pari a quasi 300 euro annui per un trentenne e quasi a 1.000€ per un sessantacinquenne, mentre se l'adesione fosse collettiva, come peraltro già accade per alcuni Fondi e Casse privatizzate o per alcune categorie di lavoratori, si ridurrebbe a prescindere dall'età a cifre tra i 50€ e gli 85€ annui, peraltro soggetti a defiscalizzazione dalle Leggi di Bilancio 201 e 2018. Occorre però precisare che la maggior parte delle tariffe attuali prevede revisioni dopo un periodo di 3/5 anni e questa è una modalità da migliorare per tendere, appunto, alla tariffa a "vita intera", la sola in grado di dare certezze sui costi agli assicurati. E così la soluzione, prima ancora che dividersi tra i fautori del servizio pubblico o privato o tra volontarietà o obbligatorietà di adesione, potrebbe essere quella di suggerire che tutti i fondi pensione complementari, in tutte le tornate di rinnovi contrattuali, prevedano l'adesione alla LTC in forma collettiva e soprattutto a "vita intera", al fine di garantire le prestazioni anche dopo il pensionamento e finché si vivrà.

È inoltre importante non dimenticare che una soluzione tipo collettivo, oltre a garantire costi dieci (e più) volte inferiori, costituirebbe un'opzione di *grande valenza sociale*, poiché garantirebbe una copertura a prezzi accessibili e *democratica*, vale a dire non discriminante rispetto alle capacità economiche dell'iscritto (data l'esiguità del costo, peraltro in parte pagato dal datore di lavoro almeno per i lavoratori dipendenti) e rispetto ai diversi "profili di rischio" del soggetto assicurato all'interno della platea di riferimento. Non ci sarebbero neppure le visite di routine poiché

l'adesione collettiva elimina il fenomeno della *selezione avversa*, che diversamente aumenterebbe di molto i costi. L'effetto sarebbe quello di garantire automaticamente copertura anche a quanti ne hanno più bisogno.

Probabilmente la strada dell'**obbligatorietà** (come intrapresa dalla Germania e da altri Paesi) come strumento di uguaglianza sociale e quindi di democrazia è l'unica soluzione, visti i livelli di invecchiamento della popolazione, la composizione delle famiglie e le difficoltà delle pubbliche finanze; prevedendola in tutti i contratti collettivi di lavoro, rimarrebbero esclusi solo quelli che hanno una attività autonoma o non hanno occupazione. In questo caso, almeno per i più bisognosi si può pensare di porre l'onere a carico della collettività come accade ora con alcune prestazioni sociali (stiamo pur sempre parlando di massimo 100€ annui fiscalmente agevolati).

Collegato al tema tariffe c'è inevitabilmente quello della ***portabilità*** dell'assicurazione, tema importante e molto discusso dai partecipanti al Tavolo, in caso di cambio di lavoro, residenza o altro. Tuttavia, la standardizzazione delle tariffe e l'indispensabile accordo tra le compagnie (che differenzierebbero la loro offerta più sui servizi complementari o aggiuntivi e sul livello di assistenza) dovrebbe poter consentire in futuro anche la portabilità con costi sostenibili.

Fondamentale anche ai fini della predisposizione delle tariffe è la ***definizione*** di non autosufficienza, molto discussa al Tavolo e trattata nel secondo capitolo. Ovviamente, come ogni definizione di welfare anche quella di non autosufficienza è "dinamica", cioè varia nel tempo in funzione delle evoluzioni mediche, sociali ed economiche. Al momento, pur non essendo probabilmente la migliore delle definizioni, quelle adottate dagli enti pubblici e dalle compagnie di assicurazione sono le uniche praticabili semplicemente perché sono anche le uniche ad avere una "base dati storica" tale da consentire l'operatività stessa delle assicurazioni sociali pubbliche e private. È probabile che in tempi non lunghi si possa arrivare a una definizione più complessa ma più precisa rispetto a quella attuale.

Altro tema sviluppato dai partecipanti al Tavolo è relativo alla domanda "*ma quando inizia la non autosufficienza?*" Da vecchi? A 65 anni? O inizia prima con la ***solitudine***, l'isolamento, la depressione per vivere una condizione di solitudine e abbandono? Non c'è una data precisa, ma certamente l'invecchiamento e la solitudine rappresentano un binomio molto pericoloso. In questi casi occorre prevedere altri strumenti diversi dalle tradizionali RSA. Occorrono piuttosto ***strutture polifunzionali*** che possano riprodurre un nuovo *modo di abitare*, una nuova *forma di convivenza*: è questo secondo molti l'obiettivo a tendere. Non sempre i vecchi sono malati, ma è la stessa vecchiaia, se non vissuta come merita, a condurre alla malattia. Non sempre la non autosufficienza è irreversibile: la presa in carico deve condurre, ove possibile, con prevenzione ed educazione, alla sue risoluzione. Queste strutture possono ridurre il numero dei non autosufficienti che si riversano nelle RSA, i cui ospiti attualmente per il 75% sono non autosufficienti con livelli di assistenza medio alti.

L'opzione residenzialità, ma a quale prezzo?

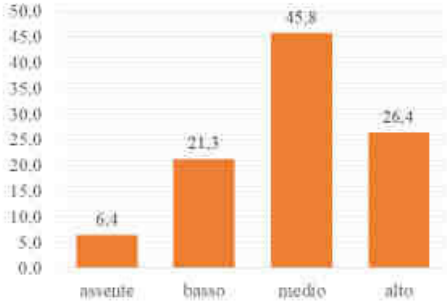
Anche a causa degli elevati costi, il ricorso ai presidi residenziali si configura come soluzione cui si ricorre nei casi più complessi dal punto di vista socio-sanitario: **il 75,4% degli anziani ospiti dei presidi residenziali**, infatti, **non è autosufficiente**, e nel **72,2% dei casi il livello di assistenza sanitaria prestato è medio-alto**

Presidi residenziali rivolti all'utenza anziana, per funzione di protezione sociale, 2014 *val. % e v.a.*

	Posti letto operativi	Ospiti
Socio-sanitaria	81,6	80,0
Prevalente accoglienza abitativa	14,1	15,0
Prevalente funzione tutelare	2,9	3,2
Socio-educativa	0,8	1,0
Accoglienza di emergenza	0,3	0,7
Altro/non indicato	0,3	0,1
Totale	**100,0**	**100,0**
Totale v.a.	**291.375**	**289.941**

Elaborazioni Itinerari Previdenziali su dati Ministero Salute

Anziani ospiti dei presidi residenziali, per livello di assistenza sanitaria, 2014 *(val. %)*



Elaborazioni Itinerari Previdenziali su dati Ministero Salute

Accanto a queste strutture polifunzionali (diurne, notturne, abitative in forma mista tra giovani e anziani in mini appartamenti indipendenti con aree comuni per i pasti, le cucine la ricreazione, il lavaggio degli indumenti e l'assistenza infermieristica e medica) trovano spazio, in alternativa, secondo le preferenze del soggetto assistito, l'assistenza domiciliare più o meno integrata. Come condiviso dai partecipanti, la scelta non può che essere volontaria e del soggetto.

Al Tavolo si è anche discusso se convenga agli investitori istituzionali previdenziali investire il strutture polifunzionali e RSA. Per molti degli investitori istituzionali presenti (Fondi Pensione, Casse privatizzate, Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione) le nuove esperienze polifunzionali e miste e di *senior living* offrono interessanti prospettive di investimento e di ritorno economico. Il diverso target di riferimento (anziani "giovani" e relativamente autosufficienti, con redditi medio-alti) e con la possibile riduzione dei costi, legata sia alle migliori condizioni di salute dell'utenza sia nel caso delle forme di *co-housing* con giovani, alla possibilità di ridurre i costi dei servizi. Non va infatti dimenticato che si tratta di un segmento poco o per nulla presidiato dal settore pubblico.

Ma se il problema della solitudine è anticamera della malattia e successivamente della ridotta autosufficienza, anche la cosiddetta "***povertà educativa***", sotto le diverse sfaccettature di educazione alimentare, salutistica, sociale, è causa di riduzione o perdita dell'autosufficienza. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la scarsa educazione alimentare, l'uso di tabacco, l'eccessiva sedentarietà e l'abuso di alcool sono i principali fattori di rischio delle malattie croniche che in Europa provocano l'86% dei decessi e il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e costano alla collettività (quindi a tutti noi) circa il 70% delle risorse per l'assistenza sanitaria. La "salute mentale" è la principale causa di povertà anche negli stessi Paesi più sviluppati: le sindromi di ansia e depressione sono per il 50% più debilitante della maggior parte delle malattie fisiche croniche e sono alla base del 40% delle invalidità. Per questo, com'è stato più volte segnalato dai partecipanti, occorre sia la ***prevenzione sia l'educazione***. Queste due funzioni vengono prima di qualsiasi altra attività; anzi, potremmo dire che la presa in carico del cittadino inizia proprio qui con il FSE (fascicolo sanitario elettronico), prosegue con la prevenzione e l'educazione in appositi

centri ben individuati, per concludersi, nei casi di parziale o totale non autosufficienza, con la "presa in carico" del soggetto che a questo punto è noto. Ovviamente tutto questo ha un costo; e qui si torna ai temi trattati più sopra che comunque, vista soprattutto la situazione italiana, saranno ineludibili.

Rischio cronicità ed effetti sulla domanda di cure sanitarie

Condizioni di salute della popolazione anziana, 2016
(val. %)

	stato di buona salute	con una malattia cronica	con due malattie croniche	consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista
65-74 anni	42.6	74.1	47.2	75.1
75 anni e oltre	24	85.3	66.7	89.8

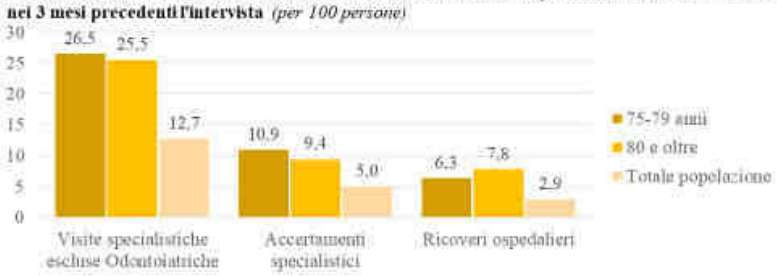
Elaborazioni Itinerari Previdenziali su dati Istat

Popolazione per tipo di malattia cronica dichiarata, 2013
(val. %)

	75-79 anni	80 e oltre
Artrosi,artrite	40.7	49.8 *(1,9 mln)*
Osteoporosi	9,7	14.3 *(537 mila)*
Ictus, emorragia cerebrale	6.1	8,6 *(323 mila)*
Insufficienza renale cronica	5.5	7,6 *(285 mila)*
Alzheimer, demenze senili	2.7	7,6 *(285 mila)*
Tumore maligno	5,9	5,6 *(211 mila)*
Parkinsonismo	2,0	2,6 *(98 mila)*

Elaborazioni Itinerari Previdenziali su dati Istat

Persone che hanno effettuato visite/accertamenti nelle 4 settimane precedenti l'intervista e ricoverate nei 3 mesi precedenti l'intervista *(per 100 persone)*



Elaborazioni Itinerari Previdenziali su dati Istat

1. La dimensione del problema italiano

Laura Crescentini

1.1 Il contesto demografico-sanitario

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione in Italia ha una dimensione particolare, che può essere sintetizzata nell'espressione si vive di più, ma non meglio.

Se, infatti, l'Italia è uno dei Paesi più longevi al mondo, con una speranza di vita residua a 65 anni più elevata di un anno per entrambi i generi rispetto alla media UE (19,1 anni per gli uomini e 22,4 per le donne), non altrettanto confortanti sono i dati relativi agli anni che restano da vivere, in buona salute e/o senza limitazioni funzionali.

La quota degli ultra75enni sul totale della popolazione, attualmente pari al 22,4%, nei prossimi 20 anni supererà il 29% e quella degli over 85 sarà oltre il 5%. L'indice demografico di dipendenza strutturale[1] supera il 55,5%, quello di dipendenza degli anziani[2] il 34%. Si incrementa anche l'età media della popolazione, che sfiora i 45 anni.

La speranza di vita in buona salute alla nascita si attesta a 58,2 anni e quella senza limitazioni funzionali a 65 anni è pari a 13,7 anni per gli uomini e 14,1 per le donne, contro una media UE rispettivamente di 14,4 e 15,8 anni. Sempre a 65 anni la speranza di vita senza limitazioni funzionali è di 7,8 anni per gli uomini e 7,5 per le donne a fronte di una media europea di 9,4 anni per entrambi i sessi.

Rispetto alla media UE decisamente peggiore è anche la condizione degli over 75 con patologie di lunga durata o problemi di salute. Circa un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multicronico, con quote tra gli ultra80enni rispettivamente di 59% e 64% (Tab. 1).

Tab. 1 - Principali indicatori di salute degli over 65 per classi di età e sesso

Anno 2015, Val. % sul totale della popolazione della medesima classe di età

Classe di età	Almeno una malattia cronica grave			Multicronicità (tre malattie o più)			Gravi limitazioni motorie			Gravi limitazioni sensoriali		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
65-69	33,2	28,7	30,8	31,6	42,9	37,6	5,8	9,3	7,7	5,5	4,7	5,1
70-74	43,7	36,4	39,9	37,3	48,6	43,2	9,1	14,8	12,1	8,2	9,7	9,0
75-79	50,4	45,1	47,4	45,7	55,6	51,4	15,3	24,9	20,8	12,1	15,3	14,0
80 e +	60,8	57,9	59,0	56,7	68,5	64,0	33,4	54,3	46,5	25,3	32,0	29,5

Fonte: Istat – Anziani: le condizioni di salute in Italia e UE – Settembre 2017

Oltre l'11% degli anziani (1,4 milioni di persone), in massima parte ultra75enni, riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL)[3]; quasi il 7% presenta invece gravi difficoltà in tre o più attività, quota che sale al 12% tra gli ultra75nni. Le persone in difficoltà aumentano ulteriormente se si considerano le attività quotidiane di tipo domestico (IADL)[4]: quasi

[1] Indice di dipendenza strutturale: rapporto fra popolazione non attiva ($\leq$14 $\geq$ 65 anni) e popolazione di età 15-64.

[2] Indice di dipendenza anziani: rapporto fra popolazione $\geq$ 65 anni e popolazione di età 15-64

[3] ADL (*Activities of Daily Living*): si riferiscono alle attività quotidiane di cura della persona come vestirsi o spogliarsi, tagliare e mangiare il cibo,sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, farsi il bagno o la doccia, usare i servizi igienici.

[4] Le IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) comprendono le seguenti attività: preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche.

un terzo degli over 65 e quasi la metà degli over 75 hanno invece ha gravi difficoltà a svolgere almeno un'attività quotidiana di tipo domestico. A parità di età, la multicronicità e la riduzione della perdita di autonomia si manifestano in maniera sensibilmente più marcata fra gli anziani che appartengono alle famiglie con livelli di reddito più bassi e/o residenti nel Mezzogiorno.

Tab. 2 -Over 65 con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL) e nelle attività domestiche (IADL) per sesso e classe di età

Anno 2015, Val. % sul totale della popolazione della medesima classe di età

	Maschi			Femmine			Totale		
	65-74	75 e +	Tot.	65-74	75 e +	Totale	65-74	75 e +	Tot.
Gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL)	2,6	12,8	7,3	3,8	23,0	14,1	3,2	18,9	11,2
Gravi difficoltà in 3 o più ADL	1,6	8,2	4,7	1,9	14,4	8,7	1,8	12,0	6,9
Gravi difficoltà in almeno un'attività domestica (IADL)	9,2	33,3	20,4	16,6	56,1	37,9	13,1	47,1	30,3
Gravi difficoltà in 4 o più IADL	2,9	13,3	7,7	3,5	24,5	14,8	3,2	20,1	11,7

Fonte: Istat – Anziani: le condizioni di salute in Italia e UE – Settembre 2017

1.2 L'organizzazione della copertura: attuali criticità e ipotesi di sviluppo

Sinora la risposta data del nostro paese è stata nettamente inadeguata, sia sotto il profilo quantitativo sia qualitativo, fondata su una concezione obsoleta del sistema di welfare con una frammentazione disorganizzata di interventi e conseguente rischio di inappropriatezza delle prestazioni e dispersione delle risorse (già certamente non abbondanti).

Nel complesso, la spesa dedicata alla *long-term care* (LTC) è in linea con la media europea: la stima della Ragioneria Generale dello Stato (al netto della parte prettamente sanitaria) è di circa 15,6mld€ (destinati a raddoppiarsi entro il 2060), pari a circa l'1% del Pil. Tuttavia l'assenza di una compiuta strategia pubblica da parte del pubblico lascia totalmente alle famiglie l'onere organizzativo dell'assistenza, ma anche in gran parte l'onere economico. Non a caso, sempre i dati Istat evidenziano un bisogno di assistenza nel 58% degli anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona, risolto per oltre il 50% con l'aiuto di una persona del nucleo familiare.

Il principale presidio è certamente rappresentato dall'indennità di accompagnamento, misura nazionale, a carattere monetario (al 01/01/2017 515,43€ mensili), erogata senza condizioni di reddito, il cui utilizzo da parte dei beneficiari è completamente libero, circostanza che favorisce un uso improprio della misura stessa. Nel 2016 sono state erogate oltre 2 milioni di indennità per un importo complessivo di oltre 13mld€. Di queste circa il 71% è corrisposto a ultra65enni, per una percentuale pari all'11,5% del totale della classe di età, con la riduzione di 1 punto rispetto al 2010.

Le altre prestazioni dedicate alla non autosufficienza rientrano invece nella sfera territoriale, a livello regionale o comunale, erogate sia in forma monetaria - *voucher*, assegni di cura e buoni sociosanitari – sia sotto forma di servizi: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD). Risultano inoltre a carico del SSN le quote sanitarie (50% del totale) dei costi relativi al soggiorno in RSA[5], mentre con riferimento alla cosiddetta quota alberghiera

[5] Il termine RSA ricomprende sia le strutture di "Residenza Sanitaria" sia di "Residenza Protetta", entrambe destinate a accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio, ma caratterizzate da diversa intensità e complessità assistenziale.

sono i Comuni a stabilire il livello di compartecipazione dell'utenza, anche in questo caso generalmente in funzione dell'ISEE.

Si tratta comunque di interventi sicuramente inadeguati sotto il profilo delle risorse, problema aggravatosi pesantemente negli ultimi anni in ragione della crisi economica. Nel 2015 l'Istat stima che le risorse destinate dai Comuni alle politiche di welfare territoriale dedicate agli anziani ammontino a circa 1,3mld€, con un calo del 5% rispetto al 2005, mentre il numero di ore annue di assistenza per caso trattato fornite in regime ADI è inferiore a 20, con un tasso per ogni 100 anziani assistiti inferiore al 3% ed una percentuale di comuni che offrono il servizio inferiore al 50%. Del pari critica è la situazione con riferimento al tema della residenzialità. Ancorché non si disponga di dati aggiornati, l'indagine Istat sulle spese per servizi sociali dei comuni evidenzia, per il quinquennio 2010-2015 un calo della spesa per servizi residenziali di circa il 3% e conferma l'elevata disomogeneità del servizio sul territorio nazionale. Infine la consistenza dei due fondi destinati al finanziamento delle prestazioni, azzerata nel 2012 e attualmente consolidata attorno ai 400mln€ per il Fondo per la non autosufficienza e attorno a 300mln€ per il Fondo per le politiche sociali, nel 2016 è circa la metà della consistenza del solo Fondo per le politiche sociali del 2009.

Del resto l'impossibilità del settore pubblico di fronteggiare da solo l'organizzazione (e il finanziamento) di tale risposta è stata già ammessa laddove il legislatore, nel d.m. del 10/2008 ha inserito la non autosufficienza fra le prestazioni qualificate che condizionano l'accesso al trattamento fiscale agevolato da parte dei Fondi sanitari. Inutile dire che la crisi economica e la lentezza della successiva ripresa hanno ulteriormente sottolineato l'inadeguatezza strutturale del modello italiano, poiché l'evidenziata contrazione delle risorse pubbliche destinate al sostegno della non autosufficienza è stata accompagnata da una riduzione della capacità di spesa delle famiglie, con una conseguente tendenza alla reinternalizzazione del processo di assistenza. Non è quindi inverosimile lo scenario Censis che individua nelle spese per l'assistenza a non autosufficienti una delle cause di impoverimento per oltre mezzo milione di famiglie e comunque una spesa rilevante per quasi 1mln€.

Questo contesto ha peraltro favorito la diffusione di una generale consapevolezza dell'inevitabilità dell'intervento privato che si traduce in una disponibilità dei non longevi a considerare un risparmio di lungo periodo specificamente dedicato alla tutela della non autosufficienza. Il ricorso al privato "tout court" non può comunque rappresentare, da solo, la risposta al problema, in ragione dell'onerosità delle soluzioni individuali, in primo luogo sotto il profilo economico, ma anche organizzativo. È urgente quindi definire nuovi modelli di assistenza, che consentano di intercettare adeguatamente i nuovi bisogni complessi dei pazienti, nell'ambito dei quali trovino spazio forme di partnership pubblico/privato, in particolar modo con soggetti istituzionali (Fondi sanitari, Fondi pensione e Casse di previdenza private, Società di Mutuo Soccorso, Terzo settore) che consentano di canalizzare le risorse disponibili in forme efficienti di copertura.

Si tratta di una esigenza che è stata peraltro, almeno sul piano teorico, essenzialmente colta dal (primo) Piano nazionale cronicità, predisposto da Ministero della Salute agli inizi del 2016, nel quale sono indicate le linee di indirizzo, pur nel rispetto dei singoli modelli regionali, per definire un modello unitario di intervento, monitorato da una Cabina di regia nazionale e che si fonda, tra l'altro, su:

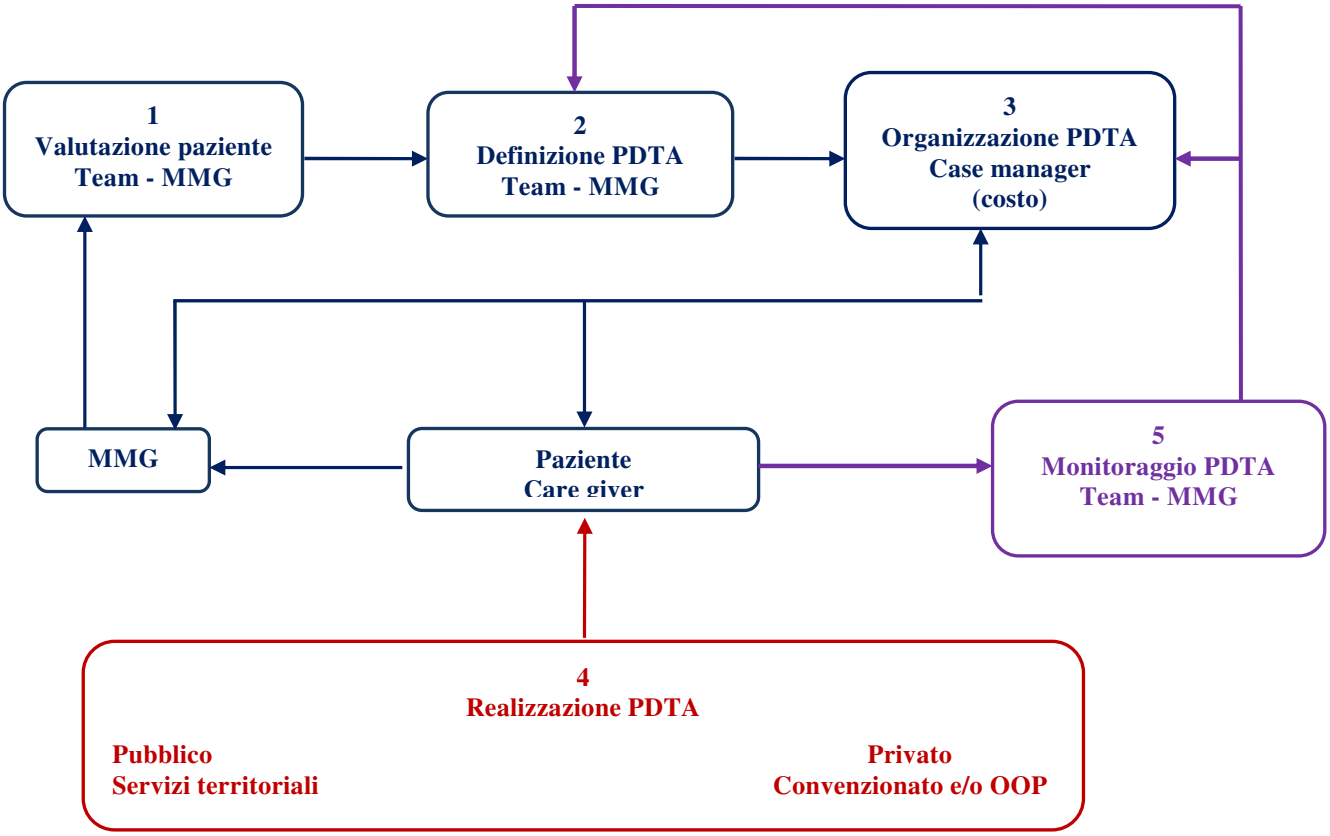
- un nuovo approccio culturale che pone al centro del sistema non la malattia ma la persona, e il suo progetto di cura e di vita considerata non solo sotto il profilo clinico ma tenendo in

considerazione anche il contesto familiare, economico, ambientale. Il fine non è più in questo caso la guarigione, spesso impossibile, ma il mantenimento e la coesistenza con la migliore condizione di salute possibile, considerando i bisogni globali del paziente e il contesto di riferimento;

- un approccio multidimensionale integrato, che presuppone sinergie fra servizi sanitari e sociali, fra professionalità diverse, fra i diversi attori pubblici e privati, profit e non profit, coinvolti nella pianificazione ed erogazione dell'assistenza;
- la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) personalizzati, fondati sull'analisi integrata dei bisogni del paziente in una logica di accompagnamento e non solo cura che coinvolga attivamente non solo il paziente, ma anche i caregivers di riferimento.

L'obiettivo deve dunque essere quello di disegnare l'intervento complementare/privato secondo una logica rigorosa di integrazione delle prestazioni pubbliche, al fine di ottimizzare l'efficacia dell'intervento complessivo. Un possibile schema è illustrato nella Fig. 1, nella quale sono differenziate le diverse fasi del processo di definizione e erogazione della copertura.

Fig. 1 - Ipotesi di Schema organizzativo di copertura per la non autosufficienza



Per il completamento del disegno organizzativo è essenziale individuare la corretta attribuzione della titolarità/responsabilità delle diverse fasi del processo.

- *Fasi 1 e 2 – Valutazione fragilità e definizione PDTA*

Si tratta di compiti che rientrano tipicamente nella responsabilità del SSN, da esercitarsi presumibilmente a livello di Distretto, nell'ambito del quale deve essere operativo, così come indicato dal Piano cronicità, un Team di valutazione composto dalle diverse figure professionali coinvolte nel percorso assistenziale (MMG, psicologo, infermiere specialista,

assistente sociale, ecc) con intensità variabile in funzione del grado di complessità della persona coinvolta.

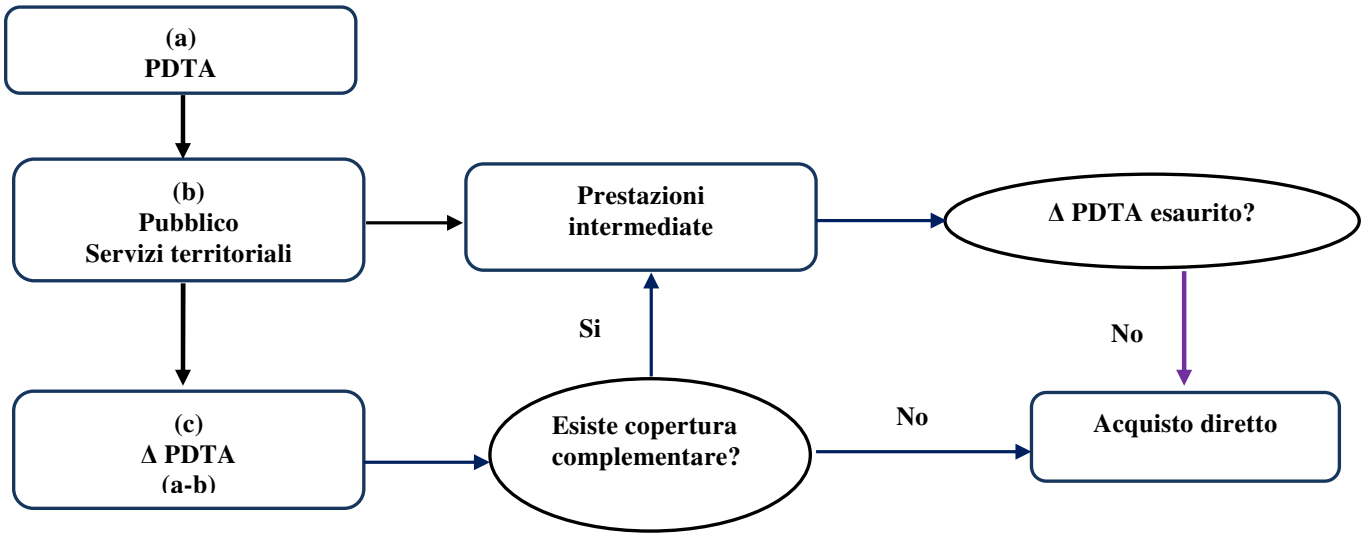
- *Fase 3 - Organizzazione PDTA*

  Più articolata appare la fase 3 nella quale devono essere individuate in maniera concreta le modalità attuative del PDTA, sotto il coordinamento del *case manager*. A tal fine è essenziale poter disporre di una mappatura delle tre possibili componenti utilizzabili per l'erogazione dei servizi: servizi socio sanitari territoriali, opzioni offerte dall'eventuale copertura complementare, opzioni "acquistabili" direttamente, ossia le *out of pocket* (OOP).

- *Fase 4 - Realizzazione PDTA: definizione del perimetro dell'intervento complementare*

  Si è già ricordata più volte l'esigenza che l'intervento della componente privata sia effettivamente complementare rispetto all'intervento pubblico. D'altro canto non può realisticamente immaginarsi che l'intervento complementare possa farsi carico della totalità del bisogno residuo per la totalità della popolazione: anche in questo caso occorre tener presente che esistono oggettivi limiti di capacità contributiva, ovviamente variabili in relazione alle collettività considerate. In via generale, l'articolazione della realizzazione del PDTA dovrebbe seguire lo schema illustrato in Fig. 2.

Fig. 2 - Realizzazione del PDTA



Indipendentemente dall'ampiezza complessiva, la copertura complementare dovrebbe quindi presentare le seguenti caratteristiche:

- Personalizzazione: Il focus deve essere posto sul differenziale fra intervento delineato dal PDTA e intervento pubblico, anche tenendo conto della diversa declinazione territoriale. Ovviamente si pone il problema, per le coperture organizzate su base nazionale, di assicurare un'uniformità di copertura a tutti i propri assistiti: si tratta peraltro di studiare dei meccanismi che determinata la "consistenza" della prestazione consentano di ottimizzarne l'utilizzazione in funzione della realtà socio-ambientale dell'assistito stesso;
- Flessibilità e modularità: Se l'obiettivo massimo è rappresentato dall'intero differenziale fra PDTA e intervento pubblico, è possibile immaginare un'articolazione dei possibili interventi coerenti con le diverse capacità di spesa. Al riguardo va evidenziato come uno zoccolo minimo potrebbe comunque essere rappresentato da:
  - attività di assistenza per l'accesso alle prestazioni pubbliche;

- mappatura e informazione agli iscritti, anche tramite costruzione di portali dedicati, circa le possibilità di assistenza privata di qualità disponibili sul territorio;
- stipula di convenzioni con soggetti erogatori per consentire l'accesso a tariffe agevolate a servizi qualitativamente monitorati.

Non va peraltro sottovalutato che un'impostazione di questo genere comporta modifiche significative sotto il profilo organizzativo:

- il passaggio dalla logica del tariffario a quella di un plafond di risorse, coerente con il livello di finanziamento, da assegnare a ciascun assistito a esito della valutazione dello stato di fragilità/dipendenza e della definizione del PDTA;
- privilegiare quanto più possibile l'intervento in servizi piuttosto che le erogazioni in denaro, quale modalità che agevola il controllo dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate, anche sotto il profilo della sinergia con l'intervento pubblico;
- opportunità di promuovere per quanto possibile anche forme di sinergie fra i diversi operatori privati. Iniziative come la stipula di convenzioni, la mappatura e il monitoraggio qualitativo delle possibilità di assistenza ben si prestano a essere "socializzate" con indubbi vantaggi in termini economici ma anche organizzativi, dovendo coprire un territorio quanto mai diversificato.

Da ultimo si sottolinea come la possibilità di realizzare efficaci sinergie fra intervento pubblico e privato è evidentemente strettamente connessa all'adozione di un linguaggio comune da parte di tutti i diversi possibili attori: non è, infatti, razionale che la capacità di autosufficienza/fragilità di uno stesso soggetto possa essere valutato in maniera diversa sul territorio nazionale, né avuto riguardo al profilo geografico né con riferimento al soggetto erogatore della prestazione. Per questo motivo si è ritenuto di dedicare all'approfondimento specifico sull'argomento il Capitolo 2 del Quaderno.

1.3 Conclusioni

Nonostante la mancanza di attenzione concreta circa un adeguato disegno organizzativo per la copertura del rischio di non autosufficienza abbia sinora rappresentato una costante della politica italiana, l'emergere prepotente del bisogno conseguente all'invecchiamento della popolazione e alle ridotte capacità economiche delle famiglie, autorizza a sperare che il momento sia favorevole a una seria riflessione sulla materia che colga le opportunità offerte dalle possibili sinergie pubblico/privato.

Il tutto nell'ottica della innovazione sociale, parola d'ordine delle strategie promosse in ambito UE e del Pilastro dei diritti sociali recentemente pubblicato dalla Commissione, concetto che comprende sperimentazioni di modelli innovativi e efficaci, tanto di prodotto quanto di processo che, evitando inutili duplicazioni di interventi, favoriscano il ricorso allo strumento della "solidarietà", in particolar modo tramite la modalità della contrattazione collettiva, coinvolgendo i soggetti istituzionali che da tempo hanno compreso la necessità di promuovere una copertura di secondo pilastro.

2. La definizione di non autosufficienza

Carlo Conforti, Tiziana Tafaro, Natalia Borrillo

In tutto il mondo si assiste al progressivo allungamento della vita media e al declino del tasso di natalità. La fascia di popolazione comprendente soggetti di età superiore ai 65 anni sta rapidamente crescendo, sia in numero assoluto che in proporzione. Per esempio in Italia, per la prima volta al mondo, ci sono più persone al di sopra dei 65 anni che sotto i 20. Nella maggior parte dei paesi industrializzati l'aumento è particolarmente importante per soggetti di età uguale o superiore agli 80 anni. Migliorare la capacità dei sistemi di welfare di erogare servizi di assistenza che soddisfino i bisogni della crescente popolazione di anziani secondo criteri che salvaguardino anche la spesa pubblica, rappresenta quindi una delle più grandi sfide dei nostri tempi. È necessario ricercare nuove soluzioni che, attraverso un coordinamento tra operatori pubblici e privati, consentano una migliore organizzazione della spesa con il fine di ottimizzare gli ambiti di copertura della popolazione non autosufficiente. Le forme integrative private possono svolgere un efficace ruolo integrativo e, anzi, l'esperienza – è il caso di Francia e Germania – mostra che si sviluppano più ampiamente quando si integrano e si coordinano con l'intervento pubblico debitamente potenziato.

Il primo passo che si ritiene utile prendere in considerazione per la definizione di un disegno organico della copertura è la definizione di non autosufficienza, al fine di delineare in maniera univoca il diritto alla prestazione.

I problemi relativi alla mancanza di una definizione uniforme di non autosufficienza a livello nazionale, pur non essendo di immediata percezione, possono essere facilmente spiegati:

- Difficoltà nell'organizzare la copertura per non autosufficienza negli usuali 3 pilastri delle assicurazioni sociali (pubblico, privato collettivo, privato individuale), con il rischio di interventi non coordinati fra i diversi pilastri, possibili duplicazioni di prestazioni e ancora più dannose mancanze di coperture. Tale situazione potrebbe condurre a una gestione non ottimale dell'impegno economico complessivo, proveniente da tutti i pilastri, destinato alla prestazione di non autosufficienza. Nell'attuale situazione di crisi dello stato sociale è pertanto necessario porre particolare attenzione a nuove possibili interazioni pubblico/privato.
- Difficoltà nel reperire dati statistici robusti, coerenti e su orizzonti temporali anche di lungo periodo. I dati provenienti dalle rilevazioni del I pilastro e quelli provenienti da rilevazioni del II e III pilastro non potrebbero essere aggregati o verrebbero utilizzati solo parzialmente con il rischio di perdere importanti informazioni.

2.1 Le differenti prestazioni e definizioni per la non autosufficienza in Italia

La spesa pubblica per LTC comprende tre differenti tipologie di prestazioni: l'indennità di accompagnamento, l'assistenza socio-sanitaria ai non autosufficienti, cioè a coloro che a causa di malattie croniche, dell'età e di limitazioni mentali necessitano di assistenza in modo continuato, e, infine, le prestazioni socio-assistenziali erogate dagli enti locali, in particolare i comuni, a beneficio dei disabili, degli anziani non autosufficienti e delle persone dipendenti da alcool e droghe.

Alle tre tipologie di prestazioni, corrispondono altrettanti livelli di governo:

1. il livello centrale (enti di previdenza) cui compete la gestione e l'elargizione dell'indennità di accompagnamento;
2. il livello regionale (a sua volta declinato in Distretti Sanitari) cui sono delegati i programmi socio-sanitari;
3. il livello delle comunità locali cui spetta l'organizzazione delle funzioni socio-assistenziali.

L'indennità di accompagnamento è una specifica prestazione monetaria prevista nel caso della cosiddetta invalidità civile, ossia l'invalidità che non deriva da cause di servizio, di guerra o di lavoro. I beneficiari della prestazione sono soggetti mutilati o invalidi totali per i quali sia stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure incapaci di compiere gli atti quotidiani della vita, che possono accedervi senza alcun versamento minimo di contributi previdenziali e indipendentemente dalle loro condizioni reddituali. L'erogazione dell'indennità avviene direttamente ai beneficiari e non è subordinata alla certificazione dell'acquisto di beni e servizi utili al miglioramento delle loro condizioni di vita.

I requisiti necessari pertanto sono:

- riconoscimento di totale inabilità (100%) per affezioni fisiche o psichiche;
- impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure a compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua;
- essere cittadino italiano o cittadino straniero comunitario iscritto all'anagrafe del comune di residenza o cittadino straniero extracomunitario in possesso del permesso di soggiorno di almeno un anno;
- avere residenza stabile e abituale sul territorio nazionale.

Gli invalidi che sono ricoverati gratuitamente in un istituto per un periodo superiore a 30 giorni e coloro che percepiscono indennità per invalidità contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio, salvo il diritto di opzione per il trattamento più favorevole non hanno diritto all'indennità di accompagnamento. L'indennità di accompagnamento è compatibile e cumulabile con la pensione di inabilità, con le pensioni e le indennità di accompagnamento per i ciechi totali o parziali. Per la competenza in merito alla concessione dell'indennità sono sopravvenute negli anni diverse normative, ma dal 2009 l'intera procedura è stata razionalizzata e semplificata, garantendo una sistematizzazione dei procedimenti convenzionali fra INPS e Regioni e una presenza diretta dell'INPS nelle commissioni mediche locali delle ASL in fase di accertamento, a garanzia di uniformità di trattamento nazionale.

Per quanto riguarda le prestazioni socio-sanitarie, possiamo per semplicità aggregarle a loro volta in tre tipologie principali sulla base dei destinatari e delle relative modalità di erogazione: assistenza residenziale agli anziani e ai disabili, assistenza non-residenziale (strutture semi-residenziali e assistenza domiciliare) per la stessa categoria di soggetti e, infine, assistenza, in qualunque forma erogata, rivolta a soggetti affetti da dipendenze (alcolisti e tossicodipendenti) o patologie psichiatriche. Le prestazioni consistono in servizi (c.d. prestazioni "in natura") e sono erogate dagli enti del SSN indipendentemente, dall'età e dal reddito disponibile (*no means tested*) dei beneficiari. I criteri di valutazione dello stato di non autosufficienza per accedere alle suddette prestazioni possono differire a livello regionale.

La terza e ultima componente della spesa pubblica per LTC è costituita dalle prestazioni socio-assistenziali a favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe. Si tratta di prestazioni diverse tra di loro, prevalentemente "in natura", erogate dagli enti territoriali, in prevalenza dai Comuni, e soggette alla prova dei mezzi (*means tested*).

Questo tipo di assetto fa sì che i criteri di definizione di non autosufficienza per tutti i programmi diversi dall'indennità di accompagnamento siano molto eterogenei da regione a regione, in assenza di indirizzi legislativi unitari a livello nazionale. È per questa ragione che, sebbene la gestione dei servizi socio-sanitari sia affidata alle regioni e alle ASL senza interazione con i servizi socio-assistenziali dei comuni, alcune regioni stanno sperimentando forme di integrazione socio-sanitaria per ciò che riguarda la presa in carico (Punti unici di accesso, Sportelli Unici) e la valutazione, con la costituzione di Unità di Valutazione Integrata, per rispondere a qualunque profilo di bisogno, sociale, assistenziale e sanitario. Ne sono un esempio l'Umbria e la Lombardia, le quali stanno adottando una nuova metodologia di valutazione dello stato di non autosufficienza: il metodo di valutazione InterRAI, di cui si dirà fra breve.

Complessivamente, secondo la stima più recente disponibile, la spesa per LTC ammonta complessivamente per il 2016 all'1,8% del Pil. Più nel dettaglio, la componente sanitaria della spesa pubblica per LTC dell'anno 2016 è pari allo 0,91% del Pil, la spesa per indennità di accompagnamento ammonta allo 0,80% del Pil, mentre la spesa pubblica relativa all'insieme delle prestazioni per LTC, di natura non sanitaria e non riconducibili alle indennità di accompagnamento, è stimata in 0,09 punti percentuali di Pil di cui poco meno della metà è riferibile a prestazioni di natura non-residenziale, circa un quinto a prestazioni di natura residenziale e il rimanente 30% a trasferimenti in denaro.

Per il II pilastro, che in Italia quasi sempre erogato, finora, in ambito assicurativo, la mancanza di autosufficienza viene determinata grazie al metodo delle *Activities of Daily Living* (ADL).

In particolare, le attività elementari considerate sono:

- lavarsi
- vestirsi e spogliarsi
- utilizzare i servizi
- muoversi, spostarsi dal letto alla poltrona e viceversa
- alimentarsi
- capacità di controllo della continenza

La misura minima delle ADL mancanti per la definizione di non autosufficienza può variare da contratto a contratto, anche per le assicurazioni collettive. Dal recente lavoro *Assicurazioni sulla salute: caratteristiche, modelli attuariali e basi tecniche*, a cura di Paolo De Angelis e Luigi Di Falco, per un progetto in collaborazione fra ANIA e Università di Roma La Sapienza, risulta come in via generale, si è rilevata una buona aderenza tra le caratteristiche della base dati fornita dall'INPS in merito all'indennità di accompagno e la definizione assicurativa di non autosufficienza, pur con evidenti differenze. La definizione INPS sembra comunque essere più ampia di quella assicurativa, mentre una ottima rispondenza si è riscontrata in merito al fenomeno della sopravvivenza del soggetto non autosufficiente. Questo ha portato a una prima costruzione di

tavole italiane per la non autosufficienza, che possono essere un primo passo verso la futura costruzione di un sistema integrato pubblico-privato.

Per uno sviluppo futuro, nonostante l'eterogeneità del panorama definitorio, è possibile rinvenire una tendenza comune a fare riferimento, come sarebbe corretto, non più alle patologie ma alla capacità di svolgere determinate attività considerate essenziali. Il limite di questo approccio è che non sembra coerente con le esigenze di multidimensionalità prescritte dal piano cronicità e generalmente ormai condivise sul piano clinico.

Emerge quindi la necessità di affinare l'approccio metodologico basato sulle ADL: a tal fine merita di essere approfondita la possibilità di trovare una convergenza sull'adozione della metodologia del *Resident Assessment Instrument* (RAI – VAOR in Italia), che consente, tramite un nutrito e approfondito set di domande e di un opportuno sistema di pesi, di superare l'approccio meramente descrittivo e di valutare lo stato di fragilità/dipendenza del soggetto, nonché di "tradurlo" in termini di bisogni e, conseguentemente, nella definizione del PDTA.

2.2 La metodologia Resident Assessment Instrument (RAI – VAOR)

In alcuni paesi si è cercato di superare l'approccio tradizionale, meramente descrittivo, sviluppando sistemi di valutazione multidimensionali progettati per guidare il processo delle cure del paziente, verificarne gli esiti, stimare la consistenza delle professionalità e delle risorse economiche necessarie al fine di orientare le scelte organizzative. Negli Stati Uniti a partire dai primi anni '90, sulla scorta di alcune iniziative legislative, è iniziata una attività di revisione dei modelli di valutazione multidimensionale esistenti con lo scopo di raccogliere tutte le informazioni relative all'anziano residente presso strutture RSA tramite un unico strumento. La sua diffusione ha contribuito alla formazione di una rete collaborativa internazionale InterRAI con l'obiettivo di migliorare le cure delle persone anziane. Il modello di valutazione InterRAI (in italiano c.d. VAOR - Valutazione Anziano Ospite di Residenza) è stato concepito quale sistema di valutazione del paziente, pratico e di utilità per orientare la progettazione del piano individuale di cura. Tale modello di valutazione è uno strumento globale, standardizzato per la valutazione dei bisogni, delle capacità e delle preferenze degli anziani che utilizzano servizi di assistenza. Oltre al VAOR sono stati sviluppati altri moduli che tengono conto delle diverse impostazioni di assistenza o condizioni di salute del paziente. Ad esempio il VAOR–ADI è stato concepito per valutare il paziente nella sua complessità e fornire servizi adeguati anche al momento della dimissione dall'ospedale o in ambito di ospedalizzazione a domicilio consentendo una continuità di assistenza attraverso un sistema di valutazione geriatrica omogeneo nei diversi settori della tutela della salute e promuovendo una valutazione individualizzata in contrapposizione a quella sede-specifica.

Attraverso l'utilizzo di alcune delle informazioni rilevate con il modello InterRAI è possibile classificare i pazienti in diversi raggruppamenti di fabbisogno di risorse assistenziali (c.d. RUG – Resource Utilization Group). Il paziente viene assegnato al raggruppamento principale in base alle problematiche assistenziali più rilevanti e ad altre tre variabili (ADL, valore soglia scala di depressione, presenza di programmi di riabilitazione infermieristica). A ogni RUG corrisponde un fabbisogno espresso in minuti al giorno per paziente di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa e ausiliaria. Associando a tale fabbisogno il costo medio di ogni singola figura professionale è possibile stimare anche il costo collegato al consumo di risorse del paziente.

Possibili utilizzi in ambito assicurativo del modello di valutazione VAOR e della classificazione RUG del paziente potrebbero consentire di graduare maggiormente l'erogazione delle prestazioni sulla base dei diversi fabbisogni di cura sia che le prestazioni siano erogate sotto forma di importi monetari che di prestazione di servizi. Inoltre, il mondo assicurativo e della sanità integrativa, in qualità di terzo pagatore in sanità, potrebbe utilizzare tali strumenti per determinare le tariffe da rimborsare agli operatori e alle strutture sanitarie convenzionate, nonché per valutare la qualità delle cure prestate.

Nonostante l'oramai trentennale esperienza accumulata in ambito internazionale, e la presenza di primi studi che evidenziano la capacità di tali strumenti di discriminare la sopravvivenza dei pazienti valutati, in base al grado di non autosufficienza assegnato, ancora oggi tale modello risulta poco applicato in Italia e non risultano disponibili studi e dati statistici attuariali che ne consentano un'applicazione in ambito assicurativo o di sanità integrativa. Realizzare una convergenza, *in primis* degli operatori privati su un modello unico di definizione/valutazione della non autosufficienza, rappresenterebbe senza dubbio un *atout* per perseguirne l'adozione anche da parte del comparto pubblico, in particolare qualora il modello scelto sia già noto e condiviso almeno in parte dal comparto stesso.

2.3 La soluzione francese

Conoscere come un paese simile all'Italia a livello demografico, economico e sociale sta gestendo questo problema potrebbe fornire degli spunti interessanti. In particolare, si ritiene interessante presentare la soluzione francese, per le affinità possibili fra le popolazioni.

In primo luogo, l'Insee (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) riporta che la speranza di vita alla nascita nel 2016 degli uomini è di 79 anni e quella delle donne di 85,1, contro rispettivamente gli 80,12 e gli 84,61 dell'Italia (Istat). L'Insee riporta inoltre che il tasso di disoccupazione in Francia per il terzo trimestre del 2017 è del 9,7% mentre quello italiano relativo allo stesso periodo riportato dalla "rilevazione sulle forze lavoro" dell'Istat è del 9,6%. Il tasso di fecondità totale francese riportato dall'Insee relativamente al 2016 è di 1,93 figli per donna, mentre quello italiano di 1,38. La Francia, grazie alla fecondità nettamente più alta, si trova comunque in una situazione avvantaggiata rispetto all'Italia ma non per questo non ha sentito il bisogno di prendere dei provvedimenti, anzi.

Le scelte prese dalla Francia sono sostanzialmente orientate verso due direzioni:

- controllare la spesa pubblica per la non autosufficienza tramite l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie);
- favorire l'integrazione tra pubblico e privato nella copertura del rischio di non autosufficienza, attuando una serie di provvedimenti che hanno permesso lo sviluppo di forme assicurative a "adesione collettiva".

In Francia la copertura pubblica per la non autosufficienza è rappresentata soprattutto dall'APA, in vigore dal 01/01/2002. L'APA spetta a tutti coloro che rientrano nei GIR (Groupes Iso-Ressources) 1, 2, 3 e 4 a condizione che abbiano almeno 60 anni e risiedano in Francia in maniera stabile e regolare. Consiste in piani di aiuti personalizzati proposti in seguito alla visita di un team apposito. Gli importi erogati dall'APA sono uguali alla frazione del piano proposto di cui si

decide di beneficiare, esclusa una quota che resta a carico del soggetto. Tale quota dipende dal reddito.

L'erogazione dell'APA si basa sulla griglia AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources), che prevede sei GIR le cui caratteristiche sono rappresentate in tabella 1. Per ogni GIR, comunque, c'è un importo massimo mensile erogabile che può essere di anno in anno modificato in base all'andamento del fenomeno e delle risorse che lo Stato può destinarvi.

GIR	Caratteristiche
GIR 1	• persone confinate a letto o su sedia a rotelle, le cui funzioni mentali sono gravemente alterate e che necessitano di un'assistenza continua oppure in fin di vita. • Persone in fin di vita
GIR 2	• persone confinate a letto o su sedia a rotelle, le cui funzioni mentali non sono alterate del tutto e il cui stato necessita di assistenza per la maggior parte della vita quotidiana; • persone le cui funzioni mentali sono alterate ma sono capaci di spostarsi e che necessitano di un'assistenza continua.
GIR 3	• persone che hanno conservato la loro autonomia mentale, parzialmente quella locomotrice, ma che hanno bisogno quotidianamente e più di una volta al giorno di aiuto per la cura del corpo.
GIR 4	• soggetti che hanno bisogno di aiuto nell'alzarsi dal letto, nella toilette e nel vestirsi, ma che sono in grado di muoversi nel loro alloggio.
GIR 5	• Persone che hanno bisogno di aiuto solo nel fare il bagno, nel preparare i pasti e nel tenere pulita la casa.
GIR 6	• Anziani autosufficienti

Fonte: Service-Public.fr- Le site officiel de l'administration française.

Per l'attribuzione dell'APA si utilizza attualmente il metodo delle ADL. In particolare, le ADL considerate riguardano la capacità di spostarsi, preparare i pasti, mangiare autonomamente, prendersi cura dell'igiene personale, vestirsi, mantenere la propria abitazione pulita, avere coscienza dei pericoli e essere in grado di evitarli, comunicare ed avere contatti sociali.

A ciascuna ADL può essere attribuito un punteggio compreso tra 0 e 2. In particolare, un punteggio pari a 0 indica che il soggetto è pienamente in grado di compiere l'attività; un punteggio pari ad 1 che è parzialmente in grado di compierla; un punteggio pari a 2, infine, che non è in grado di compierla in maniera autonoma. Una volta attribuiti i punteggi a ciascuna ADL, se ne fa la somma e in base all'importo ottenuto il soggetto viene inserito in un GIR. Quanto più il punteggio risultante dalla somma dei singoli è alto tanto più grave è lo stato del soggetto e tanto più basso è il GIR in cui rientra.

Anche in Francia si stanno attuando provvedimenti per favorire l'utilizzo dell'InterRAI. Grazie a un provvedimento nazionale, circa 1000 *case managers* useranno gli strumenti di InterRAI Home Care e InterRAI Contact Assessment per occuparsi delle persone affette da malattie neurodegenerative.

3. L'integrazione tra politiche e servizi nell'ambito della non autosufficienza

Franca Maino

Il tema della non autosufficienza rappresenta una delle principali sfide di rinnovamento dei sistemi di welfare da più di un decennio. Questo non solo a livello europeo ma in particolare nel nostro Paese, che ha progressivamente provato a colmare il divario con i principali Stati membri. A partire dagli anni Duemila è stato registrato l'aumento, sebbene modesto in prospettiva comparata, di risorse dedicate a questo settore sia a livello nazionale (si pensi in particolare al Fondo per la non autosufficienza, istituito nel 2007) che a livello locale. E si è assistito a un ripensamento dell'insieme degli interventi rivolti alla non autosufficienza. Tuttavia questo sviluppo, per quanto apprezzabile, non è stato in grado di modificare in modo incisivo la fisionomia complessiva dell'assistenza agli anziani e ha subito una battuta di arresto a causa della crisi economica e sociale dell'ultimo decennio, crisi che ha riacceso – in generale – il dibattito su come promuovere un modello sociale in grado di conciliare coesione sociale, crescita economica e innovazione e in particolare ha rilanciato una riflessione su come intervenire nel campo dell'assistenza familiare e del lavoro di cura.

È in questo contesto e di fronte a sfide di questa portata che hanno progressivamente assunto (e sempre più assumeranno) grande importanza esperienze e progettualità che partono dal basso, che si sviluppano nei territori grazie a nuove forme di *partnership* tra soggetti pubblici e non pubblici, che si imperniano sull'investimento e sull'innovazione sociale per spostare il baricentro verso interventi rivolti alla promozione sociale e destinati a superare una logica rivolta solo alla protezione sociale (Maino 2015; 2017). Attività che hanno anche beneficiato delle risorse e dell'impegno del livello regionale, anche grazie ai fondi europei (attualmente attraverso la Programmazione POR FSE 2014-2020), puntando a promuovere il raccordo e l'integrazione tra servizi e tra quei settori di *policy* cruciali per rafforzare dinamiche di coesione sociale (politiche per l'invecchiamento attivo, politiche di LTC e domiciliarità, politiche del lavoro e di conciliazione, politiche di innovazione e sviluppo locale)[1].

3.1 Assistenza familiare e lavoro di cura: di cosa parliamo?

A fronte del progressivo invecchiamento della popolazione, dei mutamenti della struttura familiare e delle conseguenze socio-economiche della crisi, il tema dei servizi di cura per gli anziani in condizioni di non autosufficienza è oggi una delle sfide più importanti a cui le società avanzate devono necessariamente trovare risposte sostenibili, mettendo al centro i soggetti fragili bisognosi di cura. La dovuta attenzione deve però essere garantita anche a chi offre il proprio lavoro nell'ambito della cura e dell'assistenza, attraverso la valorizzazione del ruolo di chi si prende cura – professionalmente o all'interno del proprio ambito familiare – di persone non autosufficienti. Il lavoro di cura non è quindi rilevante solo sul piano individuale, ma rappresenta un bene comune, che appartiene e arricchisce la società intera: la cura è una componente fondamentale del benessere dell'intera cittadinanza.

Per assistenza familiare si intende l'insieme delle prestazioni e dei servizi di cura che la famiglia assegna a una figura esterna (l'assistente familiare appunto, più spesso chiamato/a badante), per assicurare al proprio congiunto, fragile o non autosufficiente, un aiuto concreto nello

[1] Per un esempio di politica di promozione dell'integrazione tra settori di policy si rimanda al contributo di Cibinel nel presente Quaderno.

svolgimento delle attività quotidiane, un supporto mirato ai bisogni di assistenza e un sostegno "relazionale" sotto forma di compagnia e/o sorveglianza[2]. L'assistenza familiare consente ai figli (o a chi ha la responsabilità di cura nei confronti della persona non autosufficiente) di trovare un ragionevole equilibrio tra la gestione dei propri impegni lavorativi e familiari e il desiderio di prolungare la permanenza della persona anziana presso il proprio domicilio, rispondendo così all'aspettativa dell'anziano di preservare la sua autonomia, la continuità con le proprie abitudini e la vicinanza ai propri affetti. Consente anche di garantire all'anziano un aiuto qualificato e un'attenta vigilanza nell'arco della giornata e permette alla famiglia di gestire nel migliore dei modi possibili il periodo di attesa che precede l'ingresso in una struttura sanitaria o in una casa di riposo.

Nella generalità dei casi l'assistenza familiare si svolge presso l'abitazione dell'anziano. Tuttavia sono frequenti anche situazioni in cui è richiesta al di fuori del domicilio, come quando la persona non autosufficiente è ospite in una casa di riposo, è ricoverata in ospedale o in una residenza sanitaria, soggiorna in una località turistica o termale. Inoltre, l'assistenza familiare deve integrarsi con i servizi di assistenza domiciliare che la famiglia stabilisce in collaborazione con il Servizio socio-assistenziale fornito dal Comune di residenza. In questo caso gli/le assistenti domiciliari e l'assistente familiare svolgono mansioni differenti, ma condividono lo stesso progetto di cura.

Assistenza familiare e lavoro di cura "insistono" sulla figura dell'assistente familiare. Si tratta di una lavoratrice (meno frequentemente un lavoratore) che opera presso il domicilio della persona anziana - fragile, malata o non autosufficiente - per rivolgerle un servizio personalizzato di cura, di compagnia e di sorveglianza, così come è stato definito con la sua famiglia e, quando possibile, anche con la stessa persona assistita. L'assistente familiare quindi "entra in famiglia" per espletare quei compiti di accudimento dell'anziano che una volta erano ripartiti tra i membri della famiglia stessa e sostenuti quasi esclusivamente dalle donne (Solera 2012).

Per quanto riguarda il lavoro di cura professionale, nel 2016 in Italia sono stati registrati 866.747 lavoratori/trici domestici (Direzione Generale dell'Immigrazione e delle politiche di integrazione 2017). Si tratta di personale domestico assunto come colf (487.272 persone) e come assistente familiare (379.046). Secondo una stima dell'Istituto di Ricerca Sociale (IRS) sono però complessivamente 840.000 in Italia gli/le assistenti familiari: un numero, questo, che tiene conto degli/delle assistenti familiari regolari e irregolari (Laboratorio Politiche Sociali 2017). In coerenza con quanto avviene nel lavoro di cura non retribuito, sono le donne ad essere maggiormente impiegate nel lavoro domestico e di cura professionale (82,2%). Venendo all'origine, il 49,6% dei lavoratori domestici è di provenienza extracomunitaria e nel Nord-Ovest i lavoratori domestici stranieri superano addirittura la metà (60,2%) (Direzione Generale dell'Immigrazione e delle politiche di integrazione 2017).

L'assistente familiare è quindi, per lo più, una donna di origine immigrata, anche se negli ultimi tempi si osserva un maggior ricorso a donne connazionali. Si tratta in ogni caso di profili professionali molto diversi tra loro (Merotta 2016): per età (sia donne giovani che donne più mature); per formazione (alcune hanno concluso la scuola dell'obbligo, altre hanno conseguito un diploma o una laurea e altre ancora possiedono titoli di studio in campo sanitario); per esperienza lavorativa (da chi ha assistito un proprio familiare a chi è in grado di seguire casi più complessi,

[2] Per un approfondimento generale sulle politiche di "*long term care*" si rimanda a Ranci e Pavolini (2015). Sul ruolo dell'assistente familiare nel welfare italiano si veda Merotta (2016).

fino alle patologie legate alla demenza); per paese di provenienza, con bagagli culturali e linguistici diversi tra di loro e da quelli dell'assistito.

Si tratta quindi di una fetta di mercato fortemente segregata: nel lavoro domestico si concentrano in particolare donne e lavoratori stranieri, gruppi maggiormente esposti al rischio di povertà ed esclusione sociale (Cibinel 2016). Il lavoro dell'assistente familiare è anche esposto a una serie di rischi professionali legati al carico fisico e emotivo del lavoro di cura (Spanò 2006) e presenta alcune caratteristiche che lo rendono particolarmente impegnativo: un esempio su tutti è la convivenza, che determina il nascere di forti esigenze di conciliazione negli/nelle assistenti familiari (Alemani *et al.* 2016). Sono infine le condizioni di lavoro a destare preoccupazione: meno della metà degli/delle assistenti familiari è assunto con regolare contratto di lavoro[3]. La restante parte si trova quindi a prestare il proprio lavoro in un contesto domestico senza alcuna tutela infortunistica e senza nessuna garanzia di rispetto dei diritti del lavoratore e della lavoratrice (giusta retribuzione, riconoscimento della malattia, ferie e permessi).

3.2 Continuità assistenziale e integrazione socio-sanitaria

I profondi cambiamenti sociali intervenuti in questi anni, con le ricadute sull'organizzazione familiare e il progressivo allungamento della vita media, hanno sollecitato una crescente domanda di nuovi servizi a supporto del lavoro di cura e dell'invecchiamento e richiedono una grande attenzione in termini di continuità delle cure e integrazione tra servizi, *in primis* tra quelli socio-sanitari.

Le regioni hanno attivato nel corso degli anni diverse iniziative per favorire la continuità assistenziale delle persone anziane e/o non autosufficienti al fine di uniformare le modalità operative di gestione di pazienti ultra65enni non autosufficienti. Sono state così messe a punto e approvate DGR che si basano su collaborazioni, sotto forma di protocolli d'intesa, tra ospedali e centrali operative attivate dai Distretti sanitari sui territori. Tali collaborazioni favoriscono l'attivazione di servizi e prestazioni che possano confluire in percorsi di tipo residenziale o domiciliare. Anche le ASL e i Comuni hanno lavorato nel corso degli anni per favorire l'integrazione sociale e socio-sanitaria nei loro territori. Tale sforzo si è concretizzato principalmente nell'istituzione di servizi rivolti a alcuni gruppi di utenti, tra cui gli anziani e le persone non autosufficienti. Il più importante e il più diffuso (sebbene presenti caratteristiche distintive da regione a regione) è lo Sportello/Punto/Centro Unico Socio-Sanitario, che rappresenta una porta d'accesso unica a tutti i servizi che implicano la collaborazione tra sociale e sanitario.

Dove presente tale sportello (generalmente collocato presso la sede del distretto della ASL) collabora con l'ospedale nel rientro a domicilio della persona non autosufficiente[4]. Si rivolge però anche alle persone non autosufficienti non ricoverate. In entrambi i casi la persona o, più probabilmente, la sua famiglia si recano allo sportello per richiedere un accompagnamento. Tale accompagnamento è costruito sulle esigenze della persona a seguito di una valutazione effettuata dall'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), un'unità valutativa multidimensionale e multi-professionale. Al momento della richiesta la persona viene inserita in un percorso di valutazione che può esitare nella permanenza a domicilio oppure nel ricovero in residenze sanitarie assistenziali,

[3] Secondo la stima dell'IRS, che tiene conto anche dei lavoratori irregolari, solo il 45% dei lavoratori extracomunitari è assunto con un regolare contratto e dispone del permesso di soggiorno. Il 35% non ha un contratto di lavoro ma ha regolare permesso di soggiorno, mentre il restante 20% è sprovvisto sia di contratto che di permesso di soggiorno (Laboratorio Politiche Sociali 2017; cfr. anche Ambrosini 2013).
[4] Su questi temi si rimanda anche a Rei e Motta (2011).

centri diurni Alzheimer, ricovero di sollievo. Lo sportello raccoglie la documentazione necessaria anche grazie alla collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG). La valutazione finale è il risultato di un'istruttoria insieme sanitaria e sociale. La prima è realizzata dal personale medico-infermieristico dell'UVG mentre la seconda è effettuata dal Comune competente e si compone di una valutazione della condizione sociale e della condizione economica del richiedente. L'UVG fa quindi un lavoro di ricomposizione delle istruttorie e attribuisce un livello di intensità assistenziale (normalmente espresso in un punteggio numerico) e eventualmente un carattere di urgenza.

Ci sono territori particolarmente attenti alla continuità assistenziale e a questo fine garantiscono l'attivazione dell'UVG quando la persona è ancora ricoverata. Tuttavia, nonostante le istruttorie avvengano prima delle dimissioni, il responso dell'UVG in genere arriva comunque diverse settimane dopo. Questa collaborazione tra territorio e ospedale contribuisce a accorciare i tempi di attesa ma purtroppo non riesce a fornire un aiuto tempestivo alle famiglie che si trovano così a dover gestire "da sole" il rientro a domicilio di un congiunto non più autosufficiente. A questo problema alcuni sportelli offrono risposta sviluppando servizi aggiuntivi, tra cui ad esempio la messa a disposizione di elenchi di persone che si rendono disponibili a lavorare come assistenti familiari.

3.3 Sportelli informativi: una presenza territoriale diffusa

I temi della non autosufficienza, dell'invecchiamento e dell'assistenza familiare non sono affrontati unicamente dai servizi sanitari. Gli enti locali e le ASL in molti casi attivano servizi territoriali, che sono oggi diffusi più o meno capillarmente in tutte le regioni. Questi servizi, spesso implementati nella forma di sportelli informativi, si rivolgono a utenze specifiche ma parimenti interessate dal tema della non autosufficienza e dell'assistenza familiare. Si tratta dei Servizi Informativi per anziani e stranieri e degli Sportelli Badante.

Il servizio/sportello informativo per gli anziani (spesso chiamato Spazio anziani) si rivolge alla popolazione ultra65enne e svolge diverse funzioni: promuove e sostiene progettualità a favore degli anziani proposte dai servizi sociali territoriali e supporta l'area anziani di questi ultimi nella predisposizione dei progetti individuali e nella realizzazione di interventi e iniziative di sensibilizzazione; collabora con le ASL nella predisposizione di progetti specifici e di attività di integrazione e programmazione inter-istituzionali nell'ambito degli interventi per la non autosufficienza; gestisce servizi di emergenza rivolti agli anziani (sempre presenti o attivati periodicamente, ad esempio durante il periodo estivo); offre consulenza e assistenza rispetto ad alcuni servizi attivati localmente come la consegna del pasto a domicilio e il supporto economico alla domiciliarità; in alcuni territori gestisce, infine, l'accreditamento dei fornitori dei servizi domiciliari e dei Presidi per anziani e la relativa rendicontazione.

Alcuni territori hanno attivato anche lo "sportello badante" che, in sostituzione o in affiancamento al servizio informativo per gli anziani, offre consulenza rispetto al tema della non autosufficienza e dell'assistenza familiare. Alcuni Comuni attivano presso questo servizio anche piccole banche dati di assistenti familiari. Infine ci sono i servizi/sportelli informativi per gli stranieri che, similmente allo sportello informativo per gli anziani, si rivolgono alla popolazione di cittadinanza o origine straniera. Presso questi sportelli gli utenti possono trovare informazioni rispetto ai propri diritti e alle opportunità a cui hanno accesso. In alcuni Comuni questi servizi forniscono anche supporto nella ricerca del lavoro e collaborano con i servizi sociali territoriali e/o con il locale Centro per l'Impiego (CPI).

3.4 L'accesso ai servizi e la sfida dell'integrazione

L'accesso rappresenta una delle principali sfide per i servizi, in particolare per quelli che si rivolgono a persone e famiglie in difficoltà e a rischio di esclusione sociale. L'accesso al servizio è però solo una parte dell'architettura più ampia disegnata per supportare le persone nell'esercizio dei propri diritti e nell'utilizzo dei servizi disponibili. Un sistema di accompagnamento alla non autosufficienza e di promozione dell'assistenza familiare dovrebbe considerare l'integrazione socio-sanitaria e la continuità assistenziale come elementi fondamentali di qualsiasi intervento. La centralità dell'integrazione con i servizi sanitari è tanto più fondamentale se si prendono in considerazione le situazioni di emergenzialità, in cui le persone e le famiglie si trovano a dover affrontare una situazione di non autosufficienza imprevista e definitiva tendenzialmente a seguito di un ricovero ospedaliero. I servizi da coinvolgere per favorire una presa in carico integrata sono in particolare l'ospedale, in quanto coinvolto in percorsi di continuità assistenziale, le ASL e i MMG, che rappresentano i principali presidi sanitari a livello locale. Per questo è auspicabile favorire (eventualmente con incentivi anche di tipo economico) la complementarietà delle iniziative realizzate con i servizi sanitari. In particolare, al fine di sostenere le famiglie in situazione di emergenzialità, andrebbero sostenuti progetti che favoriscano una presa in carico precoce della persona e determinino un espletamento più rapido delle istanze burocratiche (ricorso allo Sportello Unico Socio-Sanitario, richiesta di invalidità civile, ecc.). In questo senso è importante sottolineare che alcune esperienze realizzate territorialmente hanno evidenziato come l'integrazione socio-sanitaria possa essere talvolta implementata con maggior facilità attraverso processi *bottom-up* e a partire proprio dall'attivazione del personale sanitario (Cibinel *et al.* 2017).

Accanto agli enti locali che, come abbiamo visto, si sono dotati di moltissimi servizi e sportelli rivolti a una o più porzioni di soggetti toccati dal tema complesso dell'assistenza familiare (sportelli informativi per stranieri e per anziani, punti di accoglienza per esigenze socio-sanitarie, ecc.) sono attivi a livello territoriale numerosi soggetti privati e del privato sociale. Un nuovo modello di intervento nell'ambito della non autosufficienza dovrebbe quindi puntare a sostenere iniziative miranti a favorire il collegamento e l'integrazione tra tutti i servizi e gli sportelli attivati da enti pubblici e privati, profit e non. In questo senso, all'interno dell'azione di integrazione, dovrebbe inoltre essere perseguito uno specifico obiettivo di ottimizzazione delle risorse e di superamento di sovrapposizioni tra servizi e interventi.

La questione dell'integrazione tra servizi e iniziative chiama quindi in causa il più ampio tema del coinvolgimento degli *stakeholder*. Il welfare attuale può trovare nel coinvolgimento di attori del secondo welfare nuove opportunità in termini di risorse e progettualità. Particolare attenzione deve essere rivolta innanzitutto a favorire il coinvolgimento nel nuovo sistema di Regione, enti locali e enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, agenzie per il lavoro, CPI, soggetti del Terzo Settore che erogano servizi nell'ambito della cura e dell'assistenza. Devono però essere stimolati a partecipare ai nuovi interventi anche attori inediti come le fondazioni (di comunità, di origine bancaria, di partecipazione); le imprese (che potrebbero essere coinvolte ad esempio in azioni di promozione del welfare aziendale); i sindacati, fondamentali nella progettazione di iniziative di welfare contrattuale e territoriale; CAF e patronati, che possono fornire alle persone e alle famiglie un supporto qualificato in ambito burocratico e amministrativo; l'associazionismo, che rappresenta una ricchezza (sebbene non in maniera omogenea sul territorio nazionale) e può apportare contributi significativi all'implementazione di azioni rivolte agli/alle assistenti familiari e interventi di welfare comunitario.

Nel coinvolgimento di tutti questi attori un nuovo modello di *governance* multi-attore dovrà farsi garante della qualità delle iniziative proposte e dei soggetti coinvolti (che devono possedere competenze significative e, qualora ritenuto fondamentale per l'implementazione delle azioni, un forte radicamento territoriale); dovrà farsi garante della trasparenza dei processi intrapresi e promuovere una logica di co-progettazione e co-produzione; dovrà coinvolgere le reti informali e convogliarle in soluzioni che, oltre a rimanere alla portata dell'intera cittadinanza, sappiano garantire sostenibilità, qualità e integrazione (ad esempio attraverso il rimando a punti di riferimento locali come MMG e farmacie); dovrà infine investire sulla comunicazione coinvolgendo tutti i soggetti interessati affinché diventino a loro volta un canale di informazione, diffusione delle pratiche e dei servizi e promozione degli interventi.

4. Long term care e assicurazione: vuoti normativi e potenziali sinergie con contrattazione collettiva e RCA

Alessandro Bugli

Il rapporto tra strumento assicurativo e fenomeni legati alla non autosufficienza è stato indagato da diversi interpreti del diritto e da numerosi operatori del settore. Sulla scorta dell'esperienza anglosassone, anche l'assicurazione privata si è posta l'ambizioso obiettivo di rispondere alla necessità di coloro che non siano più in condizioni di attendere alle attività del vivere quotidiano. Le soluzioni, sia vita che danni, scontano però un ridotto successo nella platea dei potenziali interessati, pur nella volontà del legislatore di agevolarne la diffusione.

Nel merito e per cominciare, si evidenzia la (ancora) scarsa diffusione del fenomeno. *Eppur si muove!* Rientrando nel novero delle c.d. polizze della persona, la polizza LTC è molto meno conosciuta della copertura per infortuni e malattia (le quali altrettanto restano poco diffuse sul mercato italiano se non per l'essere distribuite dai canali bancari in abbinamento a mutui e finanziamenti con effetti di *credit protection* e per essere utilizzate in forma collettiva per impropriamente "ri-assicurare" i rischi dei fondi sanitari integrativi).

Attenzione: le coperture assicurative per la non autosufficienza si distinguono da quelle per infortuni e malattia in ragione del rischio coperto. Semplificando, le garanzie infortuni consentono all'assicurato di ottenere un indennizzo o un capitale o una rendita in ragione del pregiudizio patito in occasione di un evento violento, accidentale e esterno, mentre quelle malattia garantiscono il singolo per quelle patologie della salute che non siano considerabili infortuni. La polizza LTC si distingue dalle garanzie infortuni o malattia per il fatto di garantire un indennizzo, un capitale o una rendita, nel caso in cui l'assicurato non sia più in grado di attendere a una o più delle attività del vivere quotidiano (alzarsi, cucinare/mangiare, vestirsi, uscire di casa, fare spesa, autonomamente). Il tutto indipendentemente dal fatto che l'incapacità di svolgere in autonomia tali attività consegua ad un evento infortunante o a una malattia o, semplicemente, all'anzianità del singolo (salvo considerare la vecchiaia, essa stessa, una malattia, secondo la nota sentenza *senectus ipsa est morbus*).

I numeri attuali e prospettici del fenomeno sono già stati indagati negli altri capitoli di questo quaderno. A fronte dell'esigenza di tutti noi di dare risposta alle esigenze nostre e dei nostri cari, se si guarda alla raccolta complessiva del Ramo IV vita, di cui le polizze LTC sono una componente di rilievo, si scopre che il volume d'affari relativo a garanzie di questo tipo ammonta a 79 mln € (dato ANIA per il 2016) su 102 miliardi di premi contabilizzati nel 2016 dal ramo vita. Pur a fronte di una quasi inesistente percentuale di rilevanza in termini di raccolta, il dato è in crescita rispetto agli anni precedenti.

I dati poc'anzi esposti non possono che lasciare deporre per un'evoluzione del fenomeno e un ruolo primario delle compagnie di assicurazione nel settore che ci occupa. Se l'esigenza è già attuale, la questione è – prima di tutto (salva la difficoltà di assicurare rischi *retail*, per quel che si dirà) – di carattere culturale. Le famiglie spendono più di 10 mld € per esigenze correlate alla non autosufficienza, ma ancora non paiono coscienti dell'opportunità di corrispondere un contributo periodico e fisso per garantirsi dalle conseguenze futuro di un evento di tal fatta.

4.1 L'obbligo di una copertura a vita intera e l'assenza parziale di una definizione di polizza LTC

Un primo riferimento da cui potrebbe ricavarsi la definizione di assicurazione per la non autosufficienza, pur se ai soli fini fiscali, è ricavabile dal DM MEF 22 dicembre 2000 per cui è non autosufficiente colui che non è in grado di provvedere da solo a: «l'assunzione degli alimenti, l'espletamento delle funzioni fisiologiche e dell'igiene personale, la deambulazione, l'indossare gli indumenti». E «[s]i considera non autosufficiente anche il soggetto che necessita di sorveglianza continuativa».

L'assicurazione per la non autosufficienza è, poi, parzialmente tipizzata dal Codice delle Assicurazioni – ai soli fini amministrativi – al suo art. 2, per cui è contemplata nel ramo IV vita: «l'assicurazione malattia e l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza che siano garantite mediante contratti di lunga durata, non rescindibili, per il rischio di invalidità grave dovuta a malattia o a infortunio o a longevità».

Stante il rimando primario del Codice delle Assicurazioni, l'assicurazione per la non autosufficienza (sempre ai fini amministrativi) è ulteriormente definita dal regolamento n. 29 ISVAP: «1. È classificata nel ramo vita IV l'assicurazione, non rescindibile da parte dell'impresa, che copre il rischio di non autosufficienza per invalidità grave dovuta a malattia, infortunio o longevità, quando la prestazione consiste nell'erogazione di una rendita. 2. L'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza di cui al comma 1 è classificata nel ramo danni II: Malattia quando la prestazione consiste nel risarcimento, totale o parziale, del costo per l'assistenza ovvero in una prestazione in natura, nei limiti del massimale assicurato».

Caratteristica fondamentale delle assicurazioni vita per la LTC è l'assenza per l'impresa della possibilità di recedere dal contratto per aggravamento del rischio. La stessa regola, almeno a fini fiscali, sembra dover valere nel ramo danni. Si legge, infatti, nel richiamato DM 22 dicembre 2000: «I contratti di assicurazione […] devono prevedere la copertura del rischio per l'intera vita dell'assicurato. Se stipulati nell'ambito delle assicurazioni sulla malattia tale condizione si realizza con contratti che prevedano una durata di dieci anni e il rinnovo, obbligatorio per l'impresa assicuratrice, al termine di ogni dieci anni. In caso di polizze collettive stipulate dal datore di lavoro la copertura del rischio deve riguardare almeno tutta la durata del rapporto di lavoro dell'assicurato. In nessun caso è ammessa la facoltà di recesso da parte dell'impresa di assicurazione».

Questa regola è spesso elusa attraverso formule contrattuali che, in fatto, consentono all'impresa di non rinnovare la copertura su base annuale o, comunque, alla scadenza. Tanto premesso sulla durata della copertura, in termini generali, l'assenza (parziale) di una definizione di "non autosufficienza" certa, oggettiva e condivisa in ambito assicurativo comporta la necessità di leggere attentamente la polizza per comprendere quando possa dirsi che il soggetto del cui rischio si discute possa dirsi o meno non autosufficiente. In assenza di una definizione di legge, si tratta di analizzare attentamente la proposizione assicurativa per comprendere quando si abbia diritto alla liquidazione, con conseguente difficoltà di comparare le diverse proposizioni di garanzia in termini di servizi e premio.

4.2 Stimoli del legislatore

Cosciente, anche per quel che si dirà nel seguito, che sia necessario stimolare e creare un contatto solo apparentemente "improprio" tra fenomeni di natura diversa, il legislatore ha investito il contratto di lavoro di opportunità non trascurabili dal punto di vista fiscale per assicurare il

bisogno sempre più pressante dell'assicurazione della non autosufficienza. Il tutto al fine (sperato) di creare un fenomeno inerziale (in logica Bismarckiana) per il quale chiunque attenda a un'attività lavorativa sia ragionevolmente coperto per il suo futuro rischio di non autosufficienza. Il ragionamento sarebbe ancor più interessante ove la copertura dovesse operare anche per i familiari del lavoratore, con incremento della capillarizzazione della garanzia su tutto il territorio italiano. Più complesso comprendere, pur non essendo questa la sede per approfondire il tema, come queste garanzie operino in caso di pensionamento del lavoratore, volendosi immaginare che nel momento del "massimo" bisogno in termini percentuali (la senescenza) lo stesso "ex" lavoratore non sia lasciato a sé stesso. Il collocamento della previsione nell'art. 51 del TUIR dedicato al reddito da lavoro dipendente, lascerebbe deporre in senso contrario (se non altro, in termini di benefici fiscali), parificando la LTC a un *benefit* contrattuale detassato, con cessazione di tali effetti al tempo della risoluzione del rapporto di lavoro.

La logica è semplice: per ridurre l'impatto in termini di costo delle coperture assicurative LTC, si cerca di rivolgere l'offerta a una collettività composta da portatori diversi del medesimo rischio. Una collettività di lavoratori si compone di profili diversi in cui coloro che siano portatori di rischi probabili in termini di verificazione sono compensati da altri meno soggetti alla verificazione di simili eventi. Da qui, un passaggio dalla logica di penetrazione del mercato attraverso campagne di offerta *retail* (dove solo i portatori sensibili del rischio, secondo l'insegnamento di Akerloff, sono portati ad assicurarsi) all'assicurazione di coorti disomogenee di rischio per contenere l'impatto in termini di sostenibilità per l'impresa e premio dovuto dai singoli datori o assicurati interessati. Di seguito, la disposizione in commento.

La l. 232/2017 (integrativa dell'art. 51 TUIR) ha previsto che: «Non concorrono a formare il reddito [n.d.r. da lavoro dipendente]: […] i contributi e i premi versati dal datore di lavoro a favore della generalità dei dipendenti o di categorie di dipendenti per prestazioni, anche in forma assicurativa, aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, le cui caratteristiche sono definite dall'articolo 2, comma 2, lettera d), numeri 1) e 2), del decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 27 ottobre 2009, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 12 del 16 gennaio 2010, o aventi per oggetto il rischio di gravi patologie». Non costituisce, quindi, reddito da lavoro dipendente il versamento di premi assicurativi da parte del datore di lavoro a favore della generalità dei propri dipendenti o categorie degli stessi.

4.3 Scarsa cultura e ruolo delle organizzazioni sindacali

L'incentivo fiscale del legislatore verso l'utilizzo dello strumento assicurativo (e non) nella contrattazione collettiva per assolvere queste nobili finalità necessita però – contestualmente – di una maggiore cultura dei destinatari di queste garanzie. Il Paese sembra lontano dal prendere coscienza dell'opportunità di rivolgersi a intermediari di spesa, in luogo di farsi travolgere dalle conseguenze economiche di eventi di tale portata, la cui verificazione è talmente diffusa da lasciare immaginare che ogni famiglia ne patisca le conseguenze.

La sensibilità delle parti sociali, rispetto alla propria base, aiuterà in questo senso. La partita, già ben interpretata dalle stesse, è quella di ampliare le tutele del contratto di lavoro per consentire una "copertura" a 360 gradi delle esigenze del lavoratore e dei suoi cari. Detto questo, anche in logica di attuazione della direttiva europea sulla distribuzione IDD (2016/97/UE), il lavoro delle sigle coinvolte andrà integrato con la consulenza di intermediari assicurativi capaci di coniugare

esigenze di contenimento dei costi con le necessità (in termini di adeguatezza) dei singoli destinatari delle prestazioni.

4.4 Il rapporto tra le assicurazioni LTC e l'assicurazione di responsabilità civile

L'aspetto in oggetto appare essere di dettaglio e, come tale, è stato trascurato dagli interpreti della materia del welfare. Tuttavia, potrebbe avere impatti notevoli sulla materia. Infatti, pur nell'assenza di precedenti noti, il tema dell'assicurazione per la non autosufficienza rischia di incrociarsi con il nuovo orientamento della Corte di Cassazione per cui, nel caso in cui l'effetto sia riferibile a una condotta altrui (ad esempio, un sinistro stradale), ogni prestazione resa – in questo caso, l'indennizzo di polizza – deve essere conteggiato ai fini del risarcimento dovuto (dovendosi ridurre l'ammontare dello stesso in ragione dell'indennizzo riconosciuto ai sensi di polizza). Se, quindi, la non autosufficienza fosse conseguenza naturale della longevità o della malattia il diritto all'indennizzo sarebbe pieno. Ove la stessa sia conseguenza di un infortunio per fatto di terzi, la regola cambierebbe nei termini detti e, quindi, l'indennizzo non sarebbe cumulabile con il risarcimento dovuto dal danneggiante.

Allo stato siamo ancora in attesa della pronuncia delle Sezioni Unite di Cassazione sull'applicabilità al fenomeno che ci occupa del principio della *compensatio lucri cum damno*. Secondo alcuni interpreti della materia, infatti, il principio della compensazione tra effetti "positivi" e "negativi" conseguenti a un medesimo evento imporrebbe di tenere conto nel risarcimento di tutte le prestazioni derivanti dall'intervento di assicurazioni sociali (INPS, INAIL, …) e assicurazioni private (quali quelle per la LTC). Di recente, il Consiglio di Stato si è già espresso in termini affermativi (v. AD. PLEN. 1/2018), in materia analoga, sostenendo l'impossibilità di cumulare ai fini del risarcimento prestazioni "previdenziali" e "indennitarie". Detto questo, i dubbi in merito all'applicabilità del principio detto alla materia che ci occupa sono tanti. Data la delicatezza del tema, sarebbe più che mai opportuno un intervento legislativo volto a dare risposta al tema, tanto più data l'attualità del tema e gli impatti prospettici in termini sociali e economici che il fenomeno della non autosufficienza potrebbe recare con sé.

Sebbene non si tratti di materia LTC, ma di infortuni, si ricorda come – ad esempio – Cassa Forense si sia già trovata a dover prendere posizione al riguardo. Si ricorda l'art. 11 del regolamento prestazioni previdenziali per cui: «[i]n caso di infortunio, le pensioni di inabilità ed invalidità non sono concesse e, se concesse, sono revocate, qualora il danno sia stato risarcito ed il risarcimento ecceda la somma corrispondente alla capitalizzazione della pensione annua dovuta […] A tali effetti non si tiene conto del risarcimento derivante da assicurazione per infortuni stipulata dall'Iscritto». Interessante comprendere se l'esenzione possa intendersi estesa anche a garanzie LTC e, prima ancora, se la regola dettata potrà dirsi ancora valida a seguito della prossima pronuncia delle Sezioni Unite di Cassazione.

4.5 L'assicurazione RCA e l'opportunità di prevedere un contributo per LTC obbligatorio

La necessità è evidente: correlare fenomeni diversi, in una logica di sistema. Prendendo due materie apparentemente lontane tra loro[1], partendo da un obbligo assicurativo già esistente dal 1969, si potrebbe integrare lo stesso con un *bundle* relativo alla garanzia LTC per eventi conseguenti a sinistri della strada. Nessuno può dubitare infatti che i sinistri della circolazione stradale contribuiscano in termini non trascurabili a incrementare i casi di non autosufficienza. A

[1] Si riprende qui uno dei più importanti studiosi della materia, cfr. M. Hazan, *Assicurazioni Private*, 2015.

oggi è già previsto un contributo al SSN per escludere il diritto delle Regioni di rivalersi sul danneggiante per i costi sostenuti dallo Stato per offrire cure al danneggiato in ragione di un incidente della strada. Perché non ragionare, pur in una politica tesa all'abbassamento dei premi per assicurarsi, all'opportunità di prevedere un contributo LTC sul premio per l'assicurazione RCA?

Vero è che l'effetto sarebbe quello di incrementare le tariffe auto, ma – in logica prospettica – una diffusione capillare della garanzia LTC nelle famiglie italiane (in parallelo con quanto avviene in materia di contrattazione collettiva, sede naturale – assieme alla RCA – per diffondere il ricorso a garanzia per la più ampia copertura dei propri rischi e bisogni) potrebbe rivelarsi una, seppur parziale, valida risposta al fenomeno.

L'idea di fondo, lo si ripete, potrebbe essere quella di sfruttare il momento di contatto necessario con il mondo delle assicurazioni (l'obbligo di assicurazione della RCA) per ampliare lo spettro di garanzia degli interessati (se non altro, il proprietario dei veicolo) per garantirlo da eventi invalidanti della strada da cui possa dipendere una sua futura parziale o totale non autosufficienza. Ciò detto, va da sé che l'intervento normativo in tal senso dovrebbe coordinare e integrare le regole valide per il ramo danni per consentire e agevolare una prestazione indennitaria di lungo corso (in forma di rendita o in forma specifica) da parte delle imprese di assicurazione.

5. L'organizzazione della copertura e l'offerta di servizi

5.1 Pianeta Silver e non autosufficienza: le sfide per la Long Term Care

Mariuccia Rossini

Un "pianeta" demografico nuovo, con una popolazione sempre più senior e un'attesa media di vita pari a 82,5 anni[1], caratterizzata da una sempre maggiore cronicità e dalla crescente incidenza numerica delle persone non autosufficienti. Sono solo alcuni dei dati che emergono dalla fotografia dello scenario italiano. Si tratta di numeri che parlano chiaro e impongono al sistema della LTC un profondo ripensamento delle soluzioni sociosanitarie.

Nei prossimi 5 anni il numero di individui di età uguale o superiore a 65 anni supererà quello dei bambini al di sotto dei 5 anni. Il segmento di popolazione che aumenterà maggiormente sarà quello degli ultra80enni, il cui numero assoluto risulterà praticamente quadruplicato entro il 2050[2]. Un primo piano sul nostro Paese evidenzia che in Italia la crescita della popolazione anziana è particolarmente rapida: se nel 2007 gli over 65 erano 11,7 milioni (20,1% della popolazione), nel 2017 hanno raggiunto i 13,5 milioni (22,3% della popolazione). Si stima, inoltre, che nel 2050 la quota di anziani raggiungerà il 35,9% della popolazione totale, pari a circa 18 milioni di persone. E ancora: nel nostro Paese si conta un "silver" ogni 4 persone, una media superiore a quella europea[3] pari al 22,7% della popolazione totale[4]. Con l'avanzare degli anni si aggrava, inoltre, la condizione di cronicità e, quindi, di salute. Nel 2015 il 49,6% degli over 65 riferisce di vivere con tre o più disagi cronici, mentre il 30,3% riporta gravi difficoltà in almeno una attività domestica.

Assistere gli anziani nel nostro Paese costerà sempre di più. La Ragioneria Generale dello Stato valuta che la spesa per LTC (comprensiva delle spese sanitarie e assistenziali) passerà dall'1,9% del Pil nel 2016 al 2,8% nel 2070. Ad oggi, tuttavia, per la prima volta nella storia del Paese la copertura dei servizi e degli interventi per anziani non autosufficienti presenta tutti segni negativi[5]: diminuiscono gli anziani presi in carico nei servizi; gli utenti ospiti di strutture residenziali fra il 2009 e il 2013 sono diminuiti del 9,1%; quelli che hanno l'indennità di accompagnamento sono scesi dal 12,6% del 2011 al 12,0 del 2013.

In uno scenario in costante evoluzione, le *policy* sanitarie e sociosanitarie regionali faticano a offrire risposte adeguate. Occorre, quindi, oggi più che mai, interrogarsi sulla percezione della rete sociosanitaria e sociale, spesso vista come a vantaggio di pochi, costosa e inefficiente. Come è possibile migliorare l'efficacia dei servizi di assistenza domiciliare ADI e SAD? Come ampliare l'offerta di residenzialità per allineare il nostro Paese alla media Ocse? Per rispondere a questi e ad altri interrogativi occorre, a mio avviso, sviluppare un'analisi su tre macro temi: l'*utente*, il *sistema* e il *mercato*.

[1] Istat 2017
[2] Istat 2017
[3] World Bank
[4] Istat 2017
[5] Rapporto Auser 2017

5.1.1 L'utente

Al target degli anziani non autosufficienti appartengono le persone di età superiore o uguale a 65 anni con limitazioni funzionali[6] quali: la costrizione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); le limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, incluse le attività di vita quotidiana (*Activities of Daily Living*, ADL); problemi nel camminare, usare le scale e raccogliere oggetti da terra (limitazioni nel movimento); difficoltà della comunicazione (limitazioni di vista, udito e parola).

5.1.2 Il sistema sociosanitario, fra regionalità e globalità

Il nostro sistema sanitario e sociosanitario di *governance* pubblica funziona attraverso 21 sistemi sanitari regionali, differenti per regole e per utilizzo dei servizi. In questo contesto, una delle difficoltà è proprio quella di definire i singoli *setting* assistenziali. Si pensi, ad esempio, al tema delle cure intermedie. In Italia e nelle singole regioni ci sono innumerevoli modalità organizzative che stanno sotto questo cappello: dalla riabilitazione ospedaliera alla riabilitazione ex articolo 26, fino alla lungodegenza, alla lungo assistenza, alle cure *post-acute* e *sub-acute*.

Oggi è sempre più difficile parlare di welfare universale perché solo una piccola parte degli utenti usufruisce gratuitamente dei servizi. Ad esempio, ancora in pochi conoscono le modalità di accesso e di attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o di compartecipazione ai servizi socio sanitari a livello regionale. Anche nel mondo delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) esistono nelle diverse regioni altrettanti differenti sistemi di *naming*, finanziamento, valutazione, tariffazione, compartecipazione alla spesa, appropriatezza e controllo. Con la nuova legge sui LEA del 2017 finalmente si è fatta un po' di chiarezza, ma le LTC rimangono una delle aree i cui confini sono più labili. Spesso il contesto regionale si focalizza sull'appropriatezza e fatica a discutere in maniera approfondita sul sistema nella sua globalità. Dati recenti evidenziano, inoltre, il tema dei ricoveri ripetuti in ospedale per gli over 75 e le enormi difficoltà dei pronto soccorsi di dimettere velocemente le persone anziane[7]. Fenomeni molto onerosi per il Sistema Sanitario Nazionale che richiedono soluzioni urgenti.

In questo scenario, si registra sia un'insufficienza di risorse, sia una frammentazione delle competenze istituzionali disperse tra Sistema Sanitario, Inps, e Comuni. Le famiglie sono quindi chiamate a auto-organizzarsi per ricomporre la filiera dei servizi attraverso l'impegno diretto nella cura del proprio parente o con l'aiuto di un *caregiver* informale, o ricorrendo al ricovero sociosanitario in solvenza completa[8].

Le fonti pubbliche coprono ancora il 95% della spesa ospedaliera, ma solo il 60% della spesa per prestazioni ambulatoriali e il 65% delle spese di assistenza di lungo termine nelle strutture residenziali. E proprio il lungo termine e le cronicità si rivelano essere sempre più chiaramente l'area di maggior vulnerabilità del sistema[9].

---

[6] Cfr. *International classification of functioning, disability and health* ICF
[7] Cergas-Bocconi 2017
[8] Report OASI del Cergas-Bocconi 2016
[9] Report OASI del Cergas-Bocconi 2016

5.1.3 Un mercato dai confini labili

In questo contesto, anche il mercato è in difficoltà perché non sempre sono chiari i confini per rispondere in maniera adeguata ai numerosi bisogni delle persone non autosufficienti. Ad esempio, come dovrebbero integrarsi tra loro i servizi a carico del Sistema e i servizi totalmente privati e in quale contesto normativo? E ancora: lo sviluppo delle tecnologie e dei sistemi informatici rappresentano una grande opportunità per innovare e modificare la presa in carico dei pazienti. Nell'attuale sistema di LTC, però, l'investimento in tecnologia non è ben definito: chi dovrebbe farsi carico dei costi dello sviluppo Hi-Tech?

Nel "modello italiano" le risposte alla non autosufficienza degli anziani sono la *domiciliarità*, che interessa 2,5 milioni di persone con un ruolo centrale delle famiglie, e la *residenzialità*, fondata sulla rete territoriale di presidi socio sanitari e socio assistenziali.

La domiciliarità è un'opzione con un forte impatto sulla vita delle famiglie: impegni e carico sui figli, mantenimento di una badante, spese per il mantenimento di abitazioni datate o senza ascensore[10]. In particolare, alcuni dati fanno riflettere sull'inadeguatezza del sostegno ai nuclei familiari. Ad esempio, la percentuale di comuni che eroga un servizio di assistenza domiciliare tramite voucher, assegni di cura o buoni socio-sanitari è rimasta invariata dal 2009 al 2013.

La scelta di far ricoverare i propri cari in una struttura residenziale consente all'anziano non autosufficiente di usufruire di una vasta serie di servizi. Il ruolo-chiave è giocato dal *team di operatori* che lavora all'interno della struttura, ma anche dalla comunità nella quale il senior entra a far parte, con tutte le ricadute positive in termini di socializzazione e stimoli positivi. *I dati però non sono incoraggianti* e portano in primo piano imponenti difficoltà logistiche e organizzative. I posti letto pubblici o privati per i non autosufficienti coprono meno del 10% del fabbisogno: 270.000 posti letto rispetto a 2,8 milioni di non autosufficienti. Le cure domiciliari sono, inoltre, largamente insufficienti a colmare il gap: si tratta, in media, di 17 ore annue per paziente preso in carico[11].

Le soluzioni a cui ricorrono le famiglie sono il *ricovero in regime di solvenza completa*, l'*impegno diretto nella cura* del parente o il ricorso a una *badante*. Tale meccanismo, però, si basa su una combinazione di equilibri sociali destinati a scomparire. Se oggi, infatti, il rapporto tra anziani e popolazione attiva è 35 a 100, nel 2065 sarà 60 a 100. Il sistema pensionistico ha, inoltre, tutelato i redditi medi degli anziani, rimasti pressoché invariati tra il 2006 e il 2014 mentre quelli dei giovani tra i 19 e i 34 anni sono diminuiti di 20 punti percentuali, ma il progressivo passaggio al sistema contributivo è destinato a ridurre anche i redditi da pensione[12].

Silver Housing: verso un nuovo approccio alla domanda residenziale degli anziani

Fra le nuove soluzioni residenziali per over 65 si sta facendo strada il "silver housing" indipendente. Ispirato dalla filosofia *feel at home*, questo format abitativo-assistenziale trova la sua declinazione negli appartamenti protetti. Si tratta di una formula innovativa pensata per gli anziani non autosufficienti che non necessitano di assistenza medica *full time*. Gli appartamenti sono caratterizzati da spazi abitativi con aree condivise di incontro e socializzazione, ma anche dalla presenza quotidiana di personale medico in loco per la somministrazione delle medicine e il

[10] Ricerca Auser su dati CENSIS
[11] Report OASI del Cergas-Bocconi 2016
[12] Report OASI del Cergas-Bocconi 2016

monitoraggio delle condizioni di salute. Ideali per conciliare indipendenza e privacy con l'assistenza medico sanitaria, gli "assisted flats" sono meno costosi dell'istituzionalizzazione e consentono ai senior di rimanere nella propria casa il più lungo possibile, mantenendo tutti i vantaggi della loro *comfort zone*.

Considerando la popolazione italiana degli over 60, che attualmente raggiunge i 17 milioni di persone, e il tasso di penetrazione in Francia e Regno Unito, si stima che il numero di appartamenti protetti a livello nazionale possa essere compreso fra le 35 mila e le 124 mila unità, per un totale di 87 mila clienti potenziali[13]. A confermare questa proiezione sono anche i recenti dati che rivelano che i silver hanno spese percentuali più elevate della media nazionale riguardo all'abitazione e ai servizi sanitari e per la salute.

In questo quadro, le piattaforme tecnologiche possono giocare un ruolo chiave nella ricomposizione delle dinamiche di domanda e offerta, consentendo sia una migliore centralizzazione dei servizi assistenziali e residenziali, sia una più efficiente allocazione delle risorse su base territoriale, con conseguente miglioramento del livello di soddisfazione degli utenti.

[13] Pwc su dati Istat

5.2 La Long Term Care nelle professioni, a che punto siamo?

Gaetano Stella

Negli ultimi 40 anni la speranza di vita è costantemente aumentata in Italia come in Europa, grazie a stili di vita più sani e a scoperte mediche e scientifiche che hanno ridotto la mortalità precoce. Sul piano etico e sociale si tratta certamente di una conquista di civiltà; tuttavia il progressivo invecchiamento della popolazione nei prossimi decenni, associato alla costante riduzione delle nascite, solleva una serie di questioni che vanno al di là delle trasformazioni demografiche e di nuovi modelli familiari ancor più ridimensionati rispetto al recente passato. La sfida che attende il nostro Paese e, più in generale le economie più evolute, riguarda infatti la sostenibilità del sistema sia nella sua componente pubblica che in quella privata.

Attualmente in Italia vivono 13,5 milioni di persone con più di 65 anni, pari al 22% della popolazione. Tra meno di trent'anni, tale percentuale è destinata a salire a quasi il 34%, determinando uno sbilanciamento strutturale nella composizione della popolazione. La struttura demografica del Paese, insieme con altri parametri che tengono conto dei flussi migratori, delle dinamiche occupazionali e dei tassi di crescita della produttività incidono significativamente sulla spesa pensionistica e sul sistema pubblico socio-sanitario. Le previsioni della Ragioneria Generale dello Stato, aggiornate al 2017, indicano una progressiva espansione della spesa sanitaria sale dal 6,8% al 7,4% del Pil. In valori reali, la spesa sanitaria pubblica corrente ammonta a 112,5 miliardi di euro. A questa, si aggiungono inevitabilmente i costi a carico delle famiglie. Nel 2016 la spesa sanitaria privata ha superato i 37 miliardi di euro, pari a una spesa pro-capite di 2.466 euro annui.

Una delle componenti più significative della spesa sanitaria riguarda l'assistenza a lungo termine (LTC), ovvero quell'insieme di prestazioni sanitarie erogate a persone non autosufficienti che, per motivi di invecchiamento, malattie croniche o disturbi mentali, necessitano di un'assistenza continuativa. Nel 2016 la spesa pubblica per LTC ammonta all'1,8% del Pil (circa 30 miliardi di euro), di cui circa due terzi erogata a soggetti con più di 65 anni e circa 1,9 milioni di persone hanno percepito l'indennità di accompagnamento. Va aggiunto che i costi per l'assistenza sanitaria a lungo termine a carico delle famiglie rappresentano circa il 23% dalla spesa complessiva. In questo ambito, l'invecchiamento della popolazione rappresenta un fattore determinante sui costi sanitari nel suo complesso.

Il tema della non autosufficienza rappresenta dunque il banco di prova delle politiche sociali e sanitarie e della sostenibilità della spesa pubblica nei prossimi anni. Ma è altresì un terreno fertile su cui impiantare nuovi modelli di welfare universalistici, coinvolgendo tutta la filiera: dallo Stato alle parti sociali, dalle fondazioni agli enti bilaterali, dai servizi finanziari e assicurativi alle imprese e ai professionisti, dalle reti sociali alle associazioni di categoria, fino alle famiglie.

Da questo punto di vista, negli ultimi dieci anni il sistema delle libere professioni è stato un interessante laboratorio d'innovazione nelle politiche di welfare e, in particolare, nello sviluppo delle prestazioni e degli strumenti afferenti la LTC. Alcune casse di previdenza hanno attivato coperture collettive di assistenza sanitaria di lungo periodo per garantire, ai professionisti attivi e ai pensionati iscritti di età inferiore ai 70 anni che si trovino in condizioni di non autosufficienza, l'erogazione di una rendita vitalizia. Le coperture LTC di base sono attivate automaticamente per gli iscritti alle casse previdenziali che si fanno carico degli oneri finanziari. In questo ambito, le condizioni di non autosufficienza vengono riconosciute sulla base delle cosiddette ADL (attività di vita quotidiana), ovvero se il professionista non è in grado di svolgere autonomamente almeno tre

ADL (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, andare in bagno, mobilità, spostarsi).

Un altro fronte molto attivo ruota intorno alla contrattazione collettiva. Il Ccnl degli studi professionali, firmato da Confprofessioni e dalle organizzazioni sindacali del comparto, ha introdotto a partire dal 2010 una forma di assistenza socio-sanitaria a sostegno della famiglia, denominata appunto Pacchetto Famiglia, che prevede una serie di interventi legati anche alla non autosufficienza e gestiti attraverso la Cassa di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti degli studi professionali (Cadiprof). A differenza degli interventi delle Casse previdenziali tarati esclusivamente sulla figura del professionista, il modello sviluppato da Cadiprof riflette fedelmente la realtà (e le esigenze) dei lavoratori degli studi professionali, dove la presenza femminile sfiora il 90% della popolazione assistita (circa 200 mila iscritti) e l'età media non supera i 40 anni di età. Le prestazioni erogate attraverso il Pacchetto Famiglia sono infatti calibrate sull'iscritto che deve sostenere delle spese per l'assistenza e la cura di un familiare non autosufficiente (convivente o facente parte del nucleo familiare), che necessita di assistenza continua. Tenuto conto della età media piuttosto giovane della popolazione degli studi, quindi, il contributo erogato attraverso il rimborso di una quota annua delle spese sostenute è diretto al lavoratore che deve fronteggiare la non autosufficienza di un genitore anziano o comunque di un familiare in linea retta o collaterale di primo grado (figli, coniuge, fratello/sorella). Per avere un'idea del ventaglio delle prestazioni coperte dalla garanzia basterà citare gli strumenti e le prestazioni di assistenza specifica alla persona, come carrozzina, badante, assistenza infermieristica, retta degli istituti di accoglienza; o le prestazioni mediche e i presidi sanitari prescritti dal medico curante, come visite, analisi, farmaci, pannoloni, creme da decubito, presidi sanitari di supporto, ecc.

Gli interventi Cadiprof a favore degli iscritti con familiari in condizione di non autosufficienza hanno permesso di gestire quasi 5 mila pratiche in otto anni, con una significativa progressione della domanda negli ultimi quattro anni, a fronte di circa 5,5 milioni di euro erogati a favore di oltre 1.800 soggetti interessati dalla misura. Alla luce dell'esperienza fin qui maturata negli studi professionali, si può affermare che le politiche e gli strumenti messi in campo per consentire ai dipendenti attivi di affrontare le spese legate alla LTC rappresentano a tutti gli effetti una vera e propria forma di integrazione reddituale che interviene a sostegno della popolazione assistita.

L'assistenza sanitaria a lungo termine è uno dei temi più rilevanti su cui si stanno concentrando le parti sociali del Paese. Gli interventi, anche i più efficaci, fino a oggi realizzati in diversi ambiti del mercato del lavoro non consentono, infatti, di guardare al futuro con sufficiente serenità. Oltre al crescente invecchiamento della popolazione e al costante decremento demografico, nel giro di vent'anni è atteso un picco di accessi al sistema pensionistico. Anche il settore delle libere professioni non è immune al fenomeno, particolarmente nell'ambito delle professioni sanitarie. Una recente indagine condotta dalla Federazione dei medici di medicina generale e dal sindacato dei medici dirigenti Anaao, afferma infatti che tra dieci anni andranno in pensione 33.392 medici di base e 47.284 medici ospedalieri. L'impatto sociale di questi fattori, come abbiamo visto, determinerà un significativo aumento della spesa pensionistica e, parallelamente, di quella sanitaria.

Le ipotesi di lavoro sul tavolo delle parti sociali sono numerose e altrettanto valide. In diversi ambiti economici si stanno studiando soluzioni per garantire efficaci e sostenibili prestazioni di assistenza sanitaria a lungo termine. Nell'ambito del settore delle libere professioni, le parti sociali stanno elaborando un percorso innovativo sulla LTC che in forma collettiva e mutualistica preveda

l'adesione del lavoratore a un meccanismo di accumulo delle risorse/contributi raccolti nel corso della vita lavorativa, da utilizzare al verificarsi di una condizione di non autosufficienza. L'alveo naturale, in questo caso, è la contrattazione collettiva (di primo o di secondo livello), perché è proprio nella contrattazione collettiva che si possono individuare le risorse e le premialità da destinare allo "zainetto contributivo" che, attraverso un meccanismo di portabilità, garantisca al lavoratore una posizione spendibile nel LTC per tutta la vita. Si tratta di un modello che facendo leva proprio sulla giovane età della popolazione degli studi professionali punta a una maggiore fidelizzazione delle risorse umane in un settore caratterizzato da una alta mobilità. Tra le diverse ipotesi intorno alle quali si sta lavorando c'è anche quella di destinare una quota della contribuzione per le finalità di Long Term Care, attraverso un sistema di compartecipazione tra datore di lavoro e dipendente, con il duplice vantaggio di consentire al datore di lavoro la deducibilità del costo e assicurare al lavoratore una nuova tutela sulla non autosufficienza. Parallelamente, si stanno valutando una serie di servizi innovativi (case di cura, residenzialità, centri diagnostici convenzionati), messi a disposizione dalle compagnie assicurative, sempre molto attente alle dinamiche demografiche del nostro Paese.

In conclusione, l'obiettivo che si prefiggono tali modelli di interventi sulla LTC ha diverse articolazioni, le più importanti delle quali insistono prima di tutto sulla dignità della persona in un momento doloroso della propria vita, ma anche sul virtuoso risparmio in termini economici che beneficerebbe il Servizio sanitario nazionale. La strada resta comunque segnata se vogliamo vivere più a lungo e, soprattutto, meglio.

5.3 Professione infermieristica e non autosufficienza: sfide e opportunità

Mario Schiavon

I dati che si riferiscono alle dinamiche demografiche, e all'allungamento della vita in particolare, in Italia sono diventate patrimonio comune, sia del cittadino che delle istituzioni. In ragione di questo, anche senza la necessità di esporre ulteriori dettagli (già esposti in altri interventi di questo Quaderno), è chiaro e evidente che nell'arco dei prossimi decenni diventerà sempre più indispensabile gestire un fenomeno - quello della non autosufficienza - che, oltre ad emergere come una criticità di natura sociale, deve essere considerato come un'opportunità volta a creare sviluppo, posti di lavoro e crescita per la professione infermieristica.

La maggior lunghezza della vita non può che essere considerata come un elemento positivo, scaturente da un complessivo miglioramento delle condizioni sociali, economiche e di salute della popolazione media italiana. Condizione la quale determina, però, anche l'ampliamento esponenziale delle situazioni di non autosufficienza. Davanti all'analista si presentano almeno due macro scenari:

- quello dell'anziano che gode buona salute e che, nonostante ciò, sente il bisogno di essere assistito da figure che gli offrano sicurezza, calore umano e aiuto generico;
- quello dell'anziano che, invece, soffrendo patologie croniche, nel vivere in una condizione di effettiva non autosufficienza, necessita di un'assistenza più qualificata sotto il profilo sanitario, sia per il rispetto di piani di cure ordinarie, sia per la somministrazione di farmaci che necessitano l'intervento di un professionista e, segnatamente, di un infermiere.

Questo contesto incide inevitabilmente sull'agenda del Paese, nel senso che non può essere dimenticata un'esigenza che, col passare degli anni, diventerà sempre più pressante e urgente. Se oggi una certa assistenza domiciliare è gestita senza una vera programmazione, lasciata all'organizzazione volontaristica delle famiglie, l'ampliamento del fenomeno non tollererà più alcuna improvvisazione.

In questo la professione infermieristica ha una grandissima opportunità professionale e un'occasione di crescita senza precedenti. In particolare l'esercizio libero professionale può fare quel salto di qualità, anche di natura imprenditoriale - se ci è consentito utilizzare questo termine - che consentirà l'evoluzione di una figura infermieristica realmente autonoma e matura, capace di progettare una tipologia di servizi assistenziali che vadano a intercettare bisogni reali presenti nel tessuto sociale. In questo, quindi, si ritrova anche un concetto di vera identità della libera professione infermieristica.

L'incremento del fabbisogno di servizi assistenziali deve far emergere una diversa tipologia di assistenza che l'infermiere ospedaliero non può e non deve dare. Il taglio dei tempi di ospedalizzazione, non deve essere solo visto come una manovra di bilancio, ma una nuova modalità di assistenza dove la professione infermieristica interviene a domicilio, presso il paziente, soprattutto quando esso è anziano, non autosufficiente e con patologie croniche.

Per dare risposta a queste esigenze, solo la strutturazione di nuovi servizi di assistenza, semmai anche favoriti tramite il convenzionamento con le compagnie assicurative, farà superare l'attuale problema della cattiva intermediazione. La libera professione deve presentare un'offerta sanitaria nuova, diversa, non in concorrenza con chi, purtroppo e in modo sleale, agisce irregolarmente nel dopolavoro. Solo elevando il livello, e la tipologia, delle prestazioni di

assistenza, gli infermieri liberi professionisti potranno presentarsi sul mercato in maniera visibile, comparabile e identificabile. L'alternativa a ciò è solo una sorta di caporalato di ritorno, dove qualche figura più scaltra o più intuitiva, riesce a creare una sorta di "sistema piramidale" che non favorisce la dignità professionale e la crescita, ma garantisce solo la mera sopravvivenza. A discapito anche del servizio complessivo assicurato.

È assolutamente importante non limitarsi all'analisi e alle critiche di un sistema, che pure ha ampi margini di miglioramento. Partendo dai fabbisogni attuali, bisogna anche intravedere quelli futuri e progettare iniziative innovative che preparino a accogliere le richieste che provengono, e proverranno sempre più, dai cittadini.

A differenza di altre professioni e altri settori dell'economia - minacciati da una evoluzione tecnologica che li rende obsoleti o non più necessari - la professione infermieristica ha lo speciale privilegio di diventare sempre più essenziale, sia per numero di potenziali pazienti, sia per incremento della sensibilità collettiva a temi come quelli della salute, del benessere, della prevenzione. Solo chi non vuol vedere non nota la straordinaria opportunità che ha questo mondo per la propria crescita.

Una crescita, quella della professione infermieristica, che va coordinata anche con la crisi dei bilanci pubblici e un inevitabile ricaduta sulle disponibilità economiche delle famiglie. Ma anche qui la professione si deve fare promotrice di strumenti di natura associativa, assicurativa e cooperativa che consentano ai cittadini di accedere a prestazioni di qualità, ideando una sorta di gruppi di acquisto o mutue assistenziali che trovino finanziamenti ripartiti e diffusi, così da non far gravare l'emergenza sulla singola famiglia.

Certamente ci vuole uno spirito innovativo, anche coraggioso, ma questa è la differenza strutturale fra chi vuole contribuire allo sviluppo sociale del Paese esercitando come libero professionista, rispetto a chi preferisce essere una pedina importante in una grande organizzazione, pubblica o privata che sia. La professione infermieristica si trova davanti a un'enorme miniera ricca di opportunità.

Dobbiamo essere consapevoli che, spesso, anche l'eccesso di opportunità può costituire una criticità, perché non si sa da dove, e come, iniziare un percorso. Per questo investire in competenze complementari a quelle strettamente tecniche diventa essenziale per convogliare fabbisogni. Quella competitività al ribasso, basata sulla quantità e non sulla qualità, denota un livello ancora troppo immaturo in termini di consapevolezza sia del ruolo della libera professione infermieristica, sia dei fabbisogni presenti e potenziali. Tutto ciò diventa visibile quando si teme la concorrenza di personale non qualificato, che spinge alcuni infermieri a sottostare alla logica del ribasso pur di lavorare. Ma non è quello il lavoro da ricercare, quello è un altro campo di gioco dove il professionista ne esce sconfitto, perché demotivato e a esso intrinsecamente estraneo.

I pazienti, anche e soprattutto anziani non autosufficienti, cercano quella sensibilità, quella professionalità che soltanto gli infermieri sono in grado offrire, perché non sono come altri professionisti che possono dedicare solo pochi minuti alla reale cura del malato e non sono neanche meramente delle figure di compagnia che possono assicurare, invece, un'assistenza caritatevole ma priva di contenuto professionale. Il paziente non vuole essere consolato, bensì è oggi una persona sempre più consapevole, vuole capire, essere informato, essere assistito con dignità, essere *preso in carico*.

Per tutto ciò, quindi, non può che intravedersi un radioso futuro e, senza esagerazioni, anche un implementato fabbisogno di professionisti che entrino nel settore, ma con questo spirito proattivo. In questo le istituzioni di categoria giocano e giocheranno un ruolo fondamentale, perché esse hanno il compito di dialogare a livelli elevati, dove hanno il dovere e la responsabilità di rappresentare questi scenari e queste opportunità nelle dovute sedi, al fine di contribuire a creare quelle basi economiche, sociali e giuridiche che favoriscano la creazione di piattaforme che accolgano tipologie di servizi oggi quasi del tutto inesistenti. Bisogna imparare a osservare la realtà odierna e futura con speciali lenti che facciano sfumare quelle che oggi sono percepite come criticità e facciano, invece, evidenziare quelle che sono grandi opportunità.

5.4 Nuove tecnologie per una nuova assistenza. Telemedicina, *communities* di cura

Amalia Vetromile

In Europa il trend crescente di invecchiamento e la maggiore longevità della popolazione sta generando un progressivo aumento di problematiche a carattere sociosanitario quale l'aumento delle malattie di tipo cronico-degenerativo. In Italia, nell'anno 2015, gli over 65enni erano il 21,7% e, con l'avanzare dell'età, cresce anche la probabilità di sviluppare una malattia cronica. Questa cifra è destinata a salire nei prossimi anni a causa dell'aumento, calcolato statisticamente, della percentuale di anziani nella popolazione; inoltre, cresce il numero degli anziani soli che si rivolgono all'ospedale, in quanto le strutture assistenziali sul territorio non sono in grado di erogare un'idonea assistenza. Secondo un rapporto della Croce Rossa presentato nel 2017, la solitudine colpisce nove milioni di persone nel Regno Unito e fa danni alla salute paragonabili a fumare 15 sigarette al giorno. In considerazione di questo, la premier britannica Theresa May ha creato recentemente un nuovo ruolo di sottosegretario responsabile per la solitudine.

La tendenza attuale in Italia è di ridurre il numero di accessi in ospedale, prevedendo anche una diminuzione dei posti letto disponibili e, nel contempo, potenziare le attività sanitarie sul territorio. Mentre il primo obiettivo può essere raggiunto con una decisione "dall'alto", il secondo è di più difficile attuazione. Una strategia che viene sempre più discussa e sperimentata è quella di investire sulle applicazioni della sanità elettronica al fine di migliorare la continuità assistenziale ospedale/territorio e per valorizzare i servizi (pubblici e privati) erogati fuori dall'ambito ospedaliero. Se a ciò aggiungiamo la disponibilità di nuovi trattamenti e indagini più efficienti, ma con un costo maggiore, si pone il problema di come gestire un sistema così complesso e contemporaneamente ridurne i costi (evitando sprechi e ridondanze).

5.4.1 L'evoluzione tecnologica

Le tecnologie ci sono e vengono continuamente potenziate dagli Enti di ricerca, dalle Università, dalle aziende che fanno dell'innovazione il loro modello di business: dispositivi medici digitali; sensori di parametri vitali (*wereable sensors*); app; tecnologie IoT e di *Ambient Assisted Living*[1] (sensori ambientali - gas, acqua, riscaldamento - e di presenza - movimento, ingresso-uscita, utilizzo del frigorifero, del letto) che consentono a un paziente fragile di vivere nella propria abitazione in sicurezza; piattaforme *enterprise* di telemedicina e *health coaching*, con offerta di servizi di *end-to-end* integrati con EHR (Electronic Health Record); strumenti di videocomunicazione a alta definizione per visite virtuali, e così via.

La cosiddetta "m-Health" (*sanità mobile*) è un settore emergente e in rapido sviluppo che può contribuire a trasformare l'assistenza sanitaria, migliorandone la qualità e l'efficienza. La sanità mobile comprende varie soluzioni tecnologiche che permettono, tra le altre cose, di misurare parametri vitali come il ritmo cardiaco, il livello di glicemia, la pressione sanguigna, la temperatura corporea e l'attività cerebrale.

[1] La Commissione Europea ha varato il programma *Ambient Assisted Living Joint Programme* (AALJP), un'attività di finanziamento che mira a creare una migliore condizione di vita per gli adulti più anziani e rafforzare le opportunità industriali in Europa attraverso l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT). Svolge il suo mandato attraverso il finanziamento di progetti trasversali nazionali (almeno tre Paesi coinvolti) che coinvolge le piccole e medie imprese, enti di ricerca e organizzazioni di utenti (che rappresentano gli adulti più anziani).

Alcuni importanti esempi di *app* sono gli strumenti di comunicazione, informazione e motivazione, come i promemoria dei farmaci da assumere o gli strumenti che offrono consigli dietetici e su come restare in forma[2].

Nel piano triennale per l'informatica nella PA 2017-2020 l'ecosistema Sanità è stato definito in accordo alla Missione "Tutela della salute" in cui viene identificata l'azione Sanità Digitale. Le Amministrazioni coinvolte sono: Ministero della Salute, MEF, ISS, Regioni, Aziende Sanitarie, Agid, Istituti Zooprofilattici, Agenas, AIFA. Nel 2018 tutte le Regioni dovranno dare attivazione al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace e efficiente.

5.4.2 Innovazione nelle organizzazioni e nei processi di cura

Gli addetti ai lavori sono consapevoli che le sole tecnologie possono poco, se non s'incide anche su altri fattori critici: l'organizzazione dei servizi di teleassistenza e telemonitoraggio, la formazione del personale (per superare la scarsa attitudine tecnologica e la resistenza al cambiamento di alcune categorie di operatori sanitari), l'informazione dei cittadini: «il paziente esperto è una strada di innovazione nelle procedure cliniche perché considera l'esperienza come un tratto che può aiutare nel percorso diagnostico terapeutico»[3]. L'approccio politico e manageriale è fondamentale per attuare una innovazione profonda nell'organizzazione dei processi di cura e per lo sviluppo di standard e soluzioni innovative che possano permettere l'adozione e la diffusione delle stesse tecnologie; la progettazione e attuazione di nuovi modelli di strutture sanitarie, sviluppando la collaborazione tra pubblico e privato, nonché favorendo la costituzione di organizzazioni in cui opereranno diverse professionalità complementari (medici, infermieri, tecnici, fornitori).

Possiamo quindi dire che le tecnologie disponibili – e in continua evoluzione – sono soltanto uno strumento al servizio di nuovi modelli di erogazione dei servizi socio-assistenziali e che, pertanto, il processo di innovazione che deve essere innescato risiede soprattutto nel fattore umano e organizzativo del sistema sanitario.

A cosa servirebbe, altrimenti, dare a un paziente un tablet o uno smartphone oppure un qualsiasi sensore di parametri vitali se poi non c'è nessun medico o struttura sanitaria o servizio di telemonitoraggio/teleassistenza che lo supporti in caso di un allarme? E come potrebbe mai il medico (o il servizio sanitario remoto) intervenire se non ha a disposizione le informazioni cliniche di quel paziente? Questo implica che il paziente sia inserito in un processo di cura che parte dalla *prima visita di presa in carico* e dalla *disponibilità in rete della sua cartella clinica* (ad esempio il FSE). Di seguito, un semplice esempio del processo relativo alla sola "presa in carico" di un paziente in un sistema di telemedicina.

[2] Libro verde sulla sanità mobile (m-Health) Bruxelles, 10/04/2014.

[3] Sono le parole di Emilia Grazia De Biasi (Senatrice e Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato) promotrice del Gruppo di Lavoro dedicato alla nuova figura del paziente esperto.

D'altra parte, l'introduzione della telemedicina comporta inevitabilmente dei cambiamenti nelle organizzazioni e nella routine lavorativa delle risorse umane che operano nelle strutture sanitarie. I nuovi meccanismi di coordinamento interno potranno richiedere una ridistribuzione di incarichi tra le figure professionali o anche l'acquisizione di competenze aggiuntive, per la quale potrà essere necessaria una formazione ulteriore del personale. Questa, ad esempio, potrà essere relativa alle tecnologie che il paziente utilizza per trasmettere da remoto i propri parametri clinici e a quelle che lo staff sanitario deve utilizzare per accedere a tali dati, oppure alle procedure attuate all'interno dell'organizzazione per la gestione del servizio.

Da questi elementi, si comprende in che senso la telemedicina possa costituire un'importante opportunità di ristrutturazione dei sistemi organizzativi fino a oggi adottati, di ridisegno radicale delle modalità di esecuzione dei flussi di lavoro preesistenti e di creazione di processi totalmente nuovi. In altre parole, la tecnologia costituisce il vero fattore abilitante di un intervento di *Business Process Reengineering* (BPR), anche nel campo della sanità, tenendo conto anche delle recenti prescrizioni europee in materia di privacy.

L'uso della tecnologia permette, inoltre, di eliminare le cosiddette "attività senza valore aggiunto" nel *workflow* delle cure ambulatoriali, riducendo il tempo impiegato per svolgere le pratiche amministrative, da parte dello staff sanitario, oppure il tempo speso per l'attesa, da parte del paziente. Di seguito, un semplice schema di un possibile sistema informativo integrato di servizi sanitari.

5.3.3 Le *communities* di cura

La specializzazione sempre più spinta in ambito medico se, da un lato, rende più efficaci le terapie di una singola patologia, dall'altro, richiede sempre più un approccio multidisciplinare nel processo di cura. Ecco quindi che ci troviamo di fronte a vere e proprie *communities* di cura con al centro il paziente, che diventa parte attiva del processo terapeutico a interdisciplinare: il cosiddetto "patient engagement". Soprattutto quando siamo in presenza di pazienti anziani che presentano comorbidità (ma non solo in questi casi), è richiesto un approccio multidisciplinare nel processo di cura. La *community* di cura, con "il paziente al centro" può essere più facilmente gestita con infrastrutture tecnologiche del tipo "social" dove il team medico (medico di medicina generale, specialista, altro personale sanitario) condivide la cartella clinica con il paziente stesso e il *caregiver*.

Anche in questo caso l'uso della tecnologia – ampiamente disponibile – deve seguire l'approccio metodologico[4], ovvero un'approfondita analisi delle figure mediche e di altre professionalità sanitarie e sociali coinvolte nel processo di cura e la definizione di progetti terapeutici individuali: non soltanto tra i professionisti che lavorano in una stessa Unità Operativa (ad esempio, medici ed infermieri), ma anche tra attori appartenenti a organizzazioni o strutture diverse (pubbliche e private), servizi sociali, assicurazioni. Nel caso esemplare di paziente diabetico (dove spesso troviamo la complicanza del piede diabetico) la *community* di cura sarà costituita dal MMG, diabetologo, podologo; oppure nel caso di pazienti con patologie oncologiche (che spesso soffrono gli effetti collaterali delle cure): MMG, oncologo, internista, psicologo, esperto di terapie del dolore. La costante connessione consente alla *community* di essere sempre aggiornata e di poter intervenire in qualsiasi momento per suggerimenti, supervisioni e disposizioni sulla situazione di salute e riabilitazione del paziente. Il processo di cura all'interno della comunità terapeutica è in rete, in tempo reale, con tutti i *caregiver* con al centro il paziente.

[4] SocialMed©®: una metodologia di approccio alle *communities* di cura della Contacts srl

6. Le coperture assicurative individuali e collettive: costi e servizi

6.1 Coperture individuali e coperture collettive: quali implicazioni per i costi, ma non solo

Claudio Raimondi

Il dibattito sul ruolo del cosiddetto "secondo pilastro" nella ricostruzione dello stato sociale post "tsunami d'argento" demografico che interessa il nostro Paese è vecchio ormai qualche decennio. È da tanti anni, infatti, che il datore di lavoro, l'impresa, è stato identificato come l'operatore economico fondamentale per permettere alle singole persone che lavorano l'opportunità di costruirsi una integrazione pensionistica a quella (inevitabilmente sempre più magra) garantita dallo Stato. Con non poca fatica è stato messo in piedi un sistema di previdenza integrativa che vede l'impresa giocare un ruolo fondamentale. Lo strumento per eccellenza è stato quello dei fondi previdenziali chiusi dove datore di lavoro e sindacati gestiscono insieme il grande tema della previdenza integrativa. Il modello invero funziona, anche se i risultati complessivi esprimibili in termini di adesioni a questi programmi è ancora, purtroppo, insoddisfacente.

Le stesse identiche motivazioni demografiche ci suggeriscono, però, una domanda: perché con tante menti al lavoro sul tema previdenziale, tutte concentrate a affrontare e a contrastare il tema dell'invecchiamento della popolazione, abbiamo colpevolmente ignorato che con l'invecchiamento della popolazione si materializzava nello stesso modo (con le stesse dinamiche demografiche e con effetti economicamente addirittura più devastanti sul singolo cittadino e sul suo sempre più indifeso nucleo familiare) il tema della perdita di autosufficienza degli stessi futuri pensionati?

In buona sostanza, in queste stesse circostanze abbiamo pensato solo al tema di individuare modalità e strumenti per integrare il reddito al fine di permettere al futuro pensionato di continuare a vivere facendo conto di risorse economiche solo per fare la spesa, pagare le bollette, ecc. e ci siamo tutti colpevolmente dimenticati di aggiungere che lo stesso pensionato avrebbe avuto prima o poi la necessità di spendere soldi, anche tanti, quando avrebbe necessitato di un supporto per poter continuare a svolgere i normali atti di vita quotidiana. Se, infatti, abbiamo ben chiaro il tema dell'invecchiamento della popolazione e lo riteniamo giustamente ineluttabile, come potremmo poi dire che quello della "non autosufficienza" non lo sia?

È pur vero che in teoria e pratica, è possibile invecchiare e poi morire senza essere diventati non autosufficienti, però in questo caso il "cambiamento di stato" (da autosufficiente a non autosufficiente) è dato solo da eventi di morte a effetto immediato (una malattia fulminante, un incidente). Tranne in questi casi, è ben chiaro invece che il passaggio da persona anziana a molto anziana e da molto anziana a deceduta è inevitabilmente accompagnato da un periodo, più o meno lungo, in cui l'individuo continua sì a essere pensionato ma aggiunge per sé anche la qualifica di non autosufficiente. In definitiva, quindi, la non autosufficienza è un rischio sostanzialmente "certo", collegato al "rischio buono" derivante dall'allungamento della vita delle persone.

Quante sono le aziende che nei loro programmi di welfare hanno implementato strumenti per affrontare il rischio longevità per i riflessi sulla previdenza integrativa? Quasi tutte. Quante sono quelle che invece, anche tra quest'ultime, hanno implementato strumenti concreti per affrontare il rischio longevità nei suoi riflessi sulla non autosufficienza? Molto poche o quasi nessuna. I motivi di fondo sono sostanzialmente ignoti: non ci sono ricerche specifiche che li evidenzino o li raccontino. A ogni modo, quali che siano questi motivi sono comunque poco giustificabili poiché

(analogamente a quanto accade per la previdenza integrativa) senza strumenti efficaci per la gestione della non autosufficienza dei propri cittadini, uno Stato, nel lungo periodo, muore. Non è questa un'iperbole, bensì è drammaticamente una descrizione: come potremmo infatti immaginarci lo scorrere tranquillo della vita di uno Stato dove la popolazione sarà sempre più anziana, sempre più sola, povera e incapace di rispondere ai propri bisogni primari?

I trend demografici lo stanno mostrando in modo chiaro. Purtroppo nell'ignorare questo messaggio c'è molta analogia con la crisi attuale del sistema previdenziale. Tutte le forze in campo, dalla politica alle forze sociali, stanno oggi ignorando i segnali di collasso del sistema assistenziale, allo stesso modo in cui, con attori diversi, 40 anni fa, la stessa politica e le stesse forze sociali ignoravano quelli che anticipavano che il modello pensionistico così come era allora sarebbe poi collassato nel modo che abbiamo visto. (Si consideri poi che ancora non ne abbiamo visto l'effetto peggiore, viste le salvaguardie date alla popolazione in condizione professionale *ante* 1995.) In sostanza, stiamo ripercorrendo sulla non autosufficienza, lo stesso drammatico errore fatto nel passato sulla previdenza di primo pilastro.

Da operatori del settore, possiamo ignorare questo rischio e fingere che non ci riguardi? Possiamo continuare a non porre il tema sui tavoli di chi può intervenire per costruire una soluzione, solo il CCNL del settore in cui operiamo non contempla il problema della non autosufficienza? Possiamo sinceramente dirci soddisfatti e in coscienza per aver realizzato oggi un piano di "flexible benefit" per ottimizzare il premio di produzione, che delega al singolo la scelta dell'opzione polizza LTC o CI in concorrenza con opzioni come palestre, viaggi, benzina, libri e teatro?

Credo che ogni vero esperto di settore sappia bene come, non solo dal punto di vista delle priorità di impiego dei propri soldi, bensì anche e soprattutto per ragioni tecniche, la scelta di acquistare per sé una polizza LTC non sia autonomamente delegabile al singolo cittadino. È infatti chiaro che, mentre nel modello *previdenza like* il singolo può fare da solo la sua parte - aderendo ad una forma previdenziale versando in essa il *suo* contributo, versando anche il *suo* TFR (se ce l'ha), in proporzione al *suo* reddito, sfruttando eventualmente anche il contributo del *suo* datore di lavoro per poi, al momento del pensionamento, tramutare questo risparmio accumulato nella *sua* pensione integrativa – nel mondo della non autosufficienza (così come sul tema salute), tutto questo non è possibile.

Non c'è nulla di davvero proprio quando una persona sarà chiamata a stipendiare una badante, o a acquistare strumenti di supporto alla vita quotidiana di un non autosufficiente, o a pagarsi una lungodegenza in una struttura *ad hoc*. Tutti questi costi saranno infatti i "loro" costi: cioè valori economici assoluti indipendenti, perché forniti da "terzi", da quanto le persone sono in grado di permettersi o abbiano potuto accantonare con il loro reddito. In questo caso, o si dispone di tutti i soldi necessari, o non si ricevono quei beni o servizi. Fino a oggi di tutte queste persone si è occupato, almeno parzialmente, solo lo Stato, ovviamente nei limiti e nelle sue possibilità di bilancio. Inutile dire che nel tempo anche questo "poco" sarà del tutto insostenibile, per via delle dinamiche di crescita del fenomeno demografico.

6.1.1 L'offerta assicurativa, tra spinte innovatrici e esigenze non coperte

Di conseguenza, il costo delle polizze LTC individuali, essendo parametrato a alti costi medi di servizi a sostegno del non autosufficiente, è un costo alto, specialmente se ci si decide a contrarle quando più si avverte il problema dell'alea incombente (cioè, circa dai 55 anni in su), questo costo

può quindi non essere alla portati di tutti. Ma quello del costo, poi, è solo uno dei due problemi per il quali un bisogno sociale base di tale importanza non può essere gestito autonomamente.

Infatti, anche qualora la maggior parte delle persone fosse in condizione economica di costruirsi individualmente una copertura privata di rendita di non autosufficienza, un altro grave tema richiederebbe gestione: lo stato di salute al momento della sottoscrizione. Non basta infatti avere soldi in tasca per contrarre (generalmente) costose LTC individuali, bisogna anche godere di ottima salute. Ma "avere soldi" in tasca e "stare bene" non sono propriamente due requisiti da "stato sociale". Se il bisogno è un bisogno primario, cioè di importanza vitale per i cittadini, non può essere solo "per pochi", cioè solo per chi se lo può economicamente permettere e per di più è in salute.

6.1.2 Mutualità e accessibilità: il futuro prossimo dell'assistenza sanitaria

Per affrontare e risolvere il problema, dobbiamo quindi ricorrere a un modello diverso, dove gli equilibri di costo si raggiungono attraverso il ricorso a un principio primo che è a fondamento della tecnica assicurativa: la mutualità. Mutualità tra chi è giovane e chi è meno giovane, mutualità tra che chi gode di ottima salute e chi no, mutualità tra chi possiede più redditi e che ne possiede meno. In altri termini, ricorrere all'"assicurazione sociale" e allo strumento che in ottica privatistica permette di realizzarla: il cosiddetto secondo pilastro, le assicurazioni collettive. Ritorniamo quindi al nocciolo del discorso, cioè al ruolo fondamentale delle imprese nella ri-costruzione dello stato sociale, e più in particolare nella costruzione di un supporto economico fondamentale, a valere per ogni mese e per tutta la vita, quando avverrà (e non *se* avverrà) la condizione di non autosufficienza.

Sul perché ancora le imprese non abbiano fatto ancora quasi nulla sul tema è veramente difficile rispondere. Come abbiamo detto, c'è stata molta disattenzione sul problema e questo a forse portato a sottovalutarlo o addirittura dimenticarlo. La politica quasi non ne parla, le forze sindacali nemmeno, e questo ha forse portato anche le aziende a concentrarsi su altro. È triste doverlo ammettere ma passi pure il fatto che la politica di oggi si sia solo limitata a sfiorare il problema. Per la politica, che vive di consensi, raccontare un sacrificio oggi per un miglioramento del domani è sempre un tema complicato. Se così non fosse il problema della previdenza sarebbe stato affrontato con 40 anni di anticipo, quando allora si poteva trovare meglio il modo per risolverlo. E invece lo abbiamo affrontato "l'ultimo giorno utile" prima del totale fallimento dello Stato.

Perché il problema dei supporti economici per la non autosufficienza non sia stato affrontato in tempo da sindacati e imprese è però oggettivamente più difficile da capire. Indubbiamente il tema della "popolarità" dell'argomento ha contribuito a determinare una scarsa, se non pressoché nulla, attenzione. Parlare di *smart working*, buoni benzina, palestre, asili nido, etc. è, nel dialogo tra azienda e sindacati, sicuramente più coinvolgente e attraente, rispetto a sollevare i problemi di salute legati all'invecchiamento. Se però ragionassimo solo sul qui e ora, interessandoci solo di un egoistico benessere aziendale e disinteressandoci del benessere sociale di noi stessi (da anziani) e delle future generazioni, allora avremmo commesso un colpevole "peccato di omissione" doloroso e gravido di conseguenze negative.

Se come manager e imprese abbiamo un mandato etico a attivarci in questa direzione, è però opportune verificare la compatibilità di dette azioni con le esigenze di gestione economica. In altre parole: quante risorse economiche (per l'azienda e per il lavoratore) assorbono le coperture per la

non autosufficienza? Per trovare una risposta, un aiuto ci viene dalla tecnica delle “assicurazioni sociali”. Garantendo infatti una massa omogenea di adesioni all’interno della quale si realizza la mutualità tra giovani e anziani, tra chi sta bene e chi sta meno bene, tra più agiati e meno agiati, possono essere agevolmente realizzate le coperture economiche per garantire rendite vitalizie in caso di non autosufficienza.

In una popolazione aziendale avente una distribuzione demografica media, il contributo annuo complessivo (somma di quello versato dall’azienda e dal lavoratore), necessario per garantire 1.000 euro al mese per tutta la vita in caso di perdita di autosufficienza, si attesta sull’ordine del 2-2,5‰ del RAL. Quindi un’azienda di mille dipendenti per garantire questa rendita vitalizia di 1.000€ mese dovrebbe complessivamente spendere all’anno per ognuno dei propri dipendenti una somma tutto sommato contenuta. Con la responsabilità sociale di queste aziende si libererebbero quindi economie a livello di sistema che potrebbero permettere allo stato di indirizzare meglio le risorse per i meno fortunati che non hanno nemmeno la fortuna di lavorare in una azienda che garantisce questi indispensabili strumenti di welfare.

6.2 Nuove sfide per l'assicurazione salute: la gestione della non autosufficienza

Marco Vecchietti

Le dinamiche demografiche, da un lato, e l'incremento della capacità di cura, dall'altro, esercitano una pressione crescente sui sistemi sanitari pubblici di tutti i Paesi OCSE e, in particolare, di quelli dell'eurozona. L'Italia, con 82,5 anni di vita media, è uno dei Paesi più longevi al mondo e in Europa è seconda solo alla Germania. È necessario pertanto prendere atto che lo scenario di riferimento delle politiche sanitarie e assistenziali del nostro Paese è profondamente cambiato e richiede l'utilizzo di strumenti nuovi che siano in grado di cogliere questa sfida che di fatto ha esteso il perimetro di gioco dei bisogni di cura. Attualmente circa un anziano su due oggi soffre di almeno una malattia cronica grave o è multi-cronico, con quote tra gli ultra80enni rispettivamente di 59,0% e 64,0%. Oltre l'11,0% degli anziani (1,4 milioni di persone), in massima parte ultra settantacinquenni, riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL); quasi il 7,0% presenta invece gravi difficoltà in tre o più attività, quota che sale al 12,0% tra gli ultra settantacinquenni. Le persone in difficoltà aumentano ulteriormente se si considerano le attività quotidiane di tipo domestico (IADL): quasi un terzo degli over 65 e quasi la metà degli over 75 hanno invece gravi difficoltà a svolgere almeno un'attività quotidiana di tipo domestico.

In questo settore tuttavia gli interventi in termini di finanza pubblica sono stati piuttosto contenuti e, in ogni caso, privi di quel carattere strutturale che appare indispensabile di fronte alla straordinaria rilevanza che questo tema potrebbe assumere in termini prospettici. In particolare, il sostegno garantito dallo Stato attraverso il "Fondo Nazionale per le Politiche Sociali" e, a livello locale, dalle singole Regioni, non appare sufficiente a coprire le esigenze crescenti di questo segmento della popolazione italiana. Se infatti l'attuale spesa per la non autosufficienza assorbe, grazie anche l'elevata quota di "assistenza informale" e del fenomeno del badantato (che spesso sfugge al prelievo fiscale e contributivo), "solo" l'1,9% del Pil, le proiezioni della RGS prevedono che questa tipologia di spesa si attesterà almeno al 2,1% nel 2025 per poi salire al 2,3% nel 2035 e a quasi il 3% nel 2070.

Ma oltre agli aspetti economici, di indiscutibile rilevanza, non possono essere trascurate in alcun modo le fondamentali implicazioni sociali di questo fenomeno. Il trend di spesa legato agli anziani e alla non autosufficienza, già in atto in Italia da anni, ha visto infatti impegnate in prima fila le famiglie che hanno coperto il 43% della spesa, pari a 4.841 milioni di euro, a fronte di un 23% di spesa privata out of pocket e di una quota di circa il 35% di partecipazione del settore pubblico[1]. La rete di solidarietà costituita storicamente dalle famiglie è destinata a ridurre il perimetro del suo intervento anche a causa della disgregazione e della riduzione dei nuclei dei suoi componenti, e, nello stesso tempo lo Stato, alla luce del più generale deficit finanziario, non appare in grado di assumere un ruolo centrale di finanziamento di questa spesa destinata a crescere fortemente nel tempo. Già oggi quasi il 30% delle persone anziane con più di 64 anni vive da sola e circa il 6% degli over 65 si avvale di una badante.

In queste aree che coinvolgono la sfera sanitaria e, più ampiamente, l'assistenza alla persona si intravedono pertanto le prospettive più ampie di crescita del welfare integrativo attraverso il consolidamento di un secondo pilastro sanitario e socio-assistenziale che possa assolvere a una funzione di sicurezza sociale. D'altra parte bisogna rilevare che purtroppo il contributo finora fornito dalle forme sanitarie integrative in questo settore è stato piuttosto contenuto. Le motivazioni

[1] Agenzie per i Servizi Sanitari Regionali

di questa situazione vanno ricercate nell'impianto normativo che fino a oggi ha disciplinato il settore. Attualmente, infatti, la sanità integrativa nel nostro Paese è attuata per il 75% delle risorse gestite attraverso Fondi di origine contrattuale o comunque aziendale (i cosiddetti *employee benefits*); per il 25%, invece, attraverso polizze sanitarie individuali attivate su base volontaria dal cittadini in base alle proprie esigenze di cura. In quest'ottica bisognerebbe ampliare il tradizionale ruolo dei fondi sanitari integrativi favorendone la trasformazione da "strumenti della contrattazione collettiva" a "strumenti a vocazione sociale" in grado di abbracciare l'intero ciclo di vita del lavoratore e, più in generale, del cittadino. Nello specifico si tratterebbe sostanzialmente di:

- rivalutare l'assegnazione ai fondi sanitari integrativi di un ruolo dedicato alla non autosufficienza che, per le sue componenti tecniche e demografiche, potrebbe risultare scarsamente compatibile con le specificità strutturali di tali enti e degli strumenti assicurativi a essi collegati;
- sviluppare possibili percorsi integrati tra previdenza complementare e sanità integrativa che consentano di garantire nell'ambito delle attuali esperienze di pilastro privato forme di tutela per i non autosufficienti. In particolare, la tutela della non autosufficienza potrebbe rappresentare il "ponte" tra previdenza complementare e sanità integrativa con un ruolo prevalentemente gestionale per i fondi pensione/polizze previdenziali (accumulazione e rivalutazione delle risorse destinate a tal fine) e erogatorio/assistenziale dei fondi sanitari/polizze sanitarie (gestione delle prestazioni e delle assistenze);
- favorire, anche sulla base dell'esperienza francese, l'investimento dei fondi pensione in RSA e strutture destinate alla gestione degli anziani e/o dei non autosufficienti.
- alternativamente pensare allo sviluppo di fondi sociali a alimentazione "privata" destinati a integrare le tutele messe a disposizione dallo Stato. Al riguardo appaiono di particolare interesse le esperienze già intraprese dalla contrattazione collettiva nazionale nei settori bancario e assicurativo e degli enti previdenziali privatizzati che attraverso un ente dedicato hanno dato vita a una forma di copertura collettiva contro il rischio di non autosufficienza dei liberi professionisti;
- implementare, in ogni caso, un regime fiscale incentivante dedicato che possa favorire lo sviluppo presso la popolazione di forme assicurative dedicate alla copertura dei rischi e delle spese correlate alla non autosufficienza.

Il settore assicurativo può garantire un contributo importante per l'ampliamento in questa direzione della *mission* del welfare integrativo non solo nella gestione finanziaria del *longevity risk,* che rappresenta una delle sfide maggiori per qualsiasi sistema che debba prendere in gestione il fenomeno della non autosufficienza, ma anche e soprattutto nella gestione integrata dell'assistenza alla persona e nell'organizzazione dei servizi domiciliari e per la lungodegenza.

In questo campo, la cronica sotto-assicurazione della popolazione italiana e la necessità per le compagnie di allinearsi alle mutate esigenze del mercato, prime fra tutte quelle del contenimento dei costi e delle coperture da ampliare, pongono delle importanti sfide agli assicuratori, che partendo dalla situazione attuale sono chiamati a elaborare nuove strategie di mercato e nuovi prodotti, stabilendo nuove interlocuzioni con il legislatore e i clienti.

In questo contesto RBM Assicurazione Salute ha sviluppato un prodotto fortemente innovativo che punta a integrare sinergicamente il *service model* e il *risk pooling*, in un'ottica di finanziamento dei percorsi assistenziali e degli obiettivi di cura più che di mera erogazione di un capitale. Questa impostazione, che punta su una rete di assistenza multidisciplinare sul territorio, su

un avanzato sistema di telemonitoraggio e sulla domiciliarizzazione delle cure (dalle prestazioni diagnostiche, alla fisioterapia, al monitoraggio medico) mira a garantire all'assicurato direttamente l'accessibilità e la sostenibilità economica e organizzativa dei propri bisogni la verificarsi di un qualsiasi stato di ridotta autosufficienza.

A livello tecnologico l'infrastruttura che abbiamo realizzato si avvale della partnership esclusiva siglata per l'Italia con due *player* di primissimo piano: Telecom Italia, per la parte software e connettività, e Medtronic, pera la parte medicale e organizzativa. Cuore del *service model* è un *hub* informatico che viene installato al domicilio dell'assicurato che consente di monitorare costantemente e in tempo reale dai 5 ai 10 parametri vitali (*vitals*), differenziati in base al grado di non autosufficienza dell'assicurato certificato da un nostro medico fiduciario, mediante un'interazione diretta con la nostra Centrale Assistenza che garantisce lo svolgimento del Piano Assistenziale Individuale stilato per ciascun assistito anche attraverso il coordinamento di medici, infermieri e paramedici convenzionati. Si tratta di un modello che garantisce un grande valore aggiunto in termini di *ottimizzazione* del percorso di cura sia in termini assistenziali sia rispetto dei costi gestionali integrando non solo le prestazioni garantite dal SSN ma, soprattutto, le attività che rimangono in carico usualmente ai cosiddetti *caregivers* informali e alla famiglia dell'assicurato.

Grazie a questa nuova soluzione messa a punto nel campo dell'assicurazione contro la non autosufficienza, per troppo tempo rimasta ancorata alla "tradizionale" gestione delle rendite tipiche dei rami vita, siamo riusciti a dare una possibile risposta all'esigenza sempre più sentita di estendere la portata del welfare contrattuale all'intero progetto di vita del lavoratore. In particolare, dallo scorso anno oltre 1,5 milioni di assicurati beneficia di una forma di protezione assicurativa che protegge contemporaneamente i lavoratori e i loro genitori dalle conseguenze dell'insorgenza di stati, anche temporanei, di non autosufficienza o comunque di limitata capacità negli atti della vita quotidiana in una logica di protezione intergenerazionale della famiglia. Siamo convinti che si tratti solo di un primo passo nella direzione di una costruzione organica di un vero e proprio sistema di sicurezza sociale integrativo per tutti cittadini italiani, ma nel contempo siamo sicuri che solo valorizzando le esperienze di successo sperimentate in questi anni nel settore collettivo sia possibile dare vita a un nuovo welfare più equo, più sostenibile e più inclusivo.

6.3 La chance della contrattazione collettiva per la diffusione di coperture LTC: i casi dei settori credito e assicurazioni

Mario Bernardini, Anna Gaeta

Le iniziative tese a introdurre nei contratti di lavoro specifiche previsioni a tutela della non autosufficienza sono rimaste piuttosto limitate. Solo i contratti del comparto bancario-assicurativo hanno disciplinato una qualche copertura per i casi di non autosufficienza. In particolare, dal 2005 con il contratto ANIA è stato costituito un apposito Fondo Unico Nazionale LTC mentre, dal 2008, i contratti ABI e Federcasse (Credito Cooperativo) hanno individuato specifiche risorse economiche da destinare alla non autosufficienza.

A prescindere dalle diverse modalità seguite per garantire la prestazione LTC in questi tre settori (tramite contratto assicurativo ovvero a rimborso delle spese sostenute), nell'applicazione delle norme contenute nei CCNL si ritrovano aspetti comuni di particolare rilevanza:

1. la definizione della non autosufficienza e la determinazione della sua gravità sono analoghe. È quindi evidente il tentativo di standardizzare sia la definizione che il livello soglia degli interventi a favore dei soggetti non autosufficienti;
2. la copertura è garantita anche ai soggetti andati in quiescenza. Fatto, questo, rilevantissimo perché risorse derivanti da rapporti di lavoro subordinato vengono anche utilizzate, almeno in parte, in favore dei pensionati;
3. la copertura non ha sbarramenti all'ingresso in funzione dell'età e della situazione patologica preesistente. È l'intera collettività che contribuisce e che beneficia allo stesso modo delle prestazioni.

Le persone oggi coperte dai tre contratti citati sono circa 500.000, così distribuite:

- ANIA 59.000
- ABI 360.000
- Credito Cooperativo 80.000

In questo quadro, l'esperienza maturata dalla Cassa Mutua Nazionale per il personale delle Banche di Credito Cooperativo è particolarmente ricca. Le risorse derivanti dal Contratto Collettivo, pari allo 0,20% della retribuzione utile ai fini del calcolo del TFR, sono state inizialmente utilizzate in parte per la stipula di una copertura assicurativa in favore degli attivi e di coloro che fossero andati in quiescenza successivamente al 01/01/2008 (data di attivazione del primo contratto assicurativo) e in parte per la costituzione di riserve utili a garantire la stabilità nel tempo.

Nei periodi successivi, questa polizza, che garantisce un indennizzo annuale o, a scelta del soggetto, l'erogazione di servizi di pari importo, è stata rivista e rimodulata nell'importo del premio e nell'ammontare dell'indennizzo in funzione degli andamenti che si andavano evidenziando. Dal 2014, alla polizza è stata affiancata una prestazione a copertura interna per il rimborso delle spese effettivamente sostenute e per l'erogazione di particolari supporti economici in caso di LTC temporanea.

Infine, dal 2017 è stata attivata la copertura assicurativa, anche se con costi e prestazioni differenziati, per tutte le altre categorie di soggetti iscritti (pensionati antecedentemente al 01/01/2008 e componenti dei nuclei familiari). Nell'ambito di quest'ulteriore contratto è stata data

la possibilità ai singoli soggetti di incrementare l'indennizzo previsto a fronte del versamento di un premio volontario individuale.

Nei prospetti che seguono vengono brevemente riepilogate le caratteristiche delle coperture ad oggi esistenti e il relativo andamento dei sinistri.

Copertura contrattuale base per gli attivi e pensionati dal 01/01/2008

	Triennio 2008/2010	**Triennio 2011/2013**	**Triennio 2014/2016**	**Triennio 2017/2019**	Totale
Premio	€ 50	€ 50	€ 40	€ 25	
Indennizzo	€ 33.600	€ 23.000	€ 18.400	€ 20.000	
Sinistri LTC	10	9	8	1	28
LTC per malattia	7	9	8	1	25
LTC per infortunio	3	0	0	0	3
Deceduti	5	8	3	1	17
aspettativa di vita stimata media deceduti	16 anni	17 anni	12 anni	n.p.	
Permanenza in vita media deceduti	3 anni	1 anno	2 anni	pochi giorni	
in pagamento	5	1	5	0	11
Totale Destinatari assicurati	26.661	28.660	29.382	29.214	

Copertura interna

	Triennio 2014/2016	**Triennio 2017/2019**
LTC permanente		
Massimale	€ 5.000	€ 5.000
Totale Destinatari richiedenti	3	3
Totale importi erogati	€ 6.868	€ 14.003
LTC temporanea		
Massimale	€ 6.000	€ 6.000
Franchigia	30 giorni	30 giorni
Totale Destinatari richiedenti	0	0
Totale importi erogati	0	0

Estensione della polizza assicurativa

	Triennio 2017/2019
Polizza B (collettiva)	
premio pro capite	€ 5
Massimale	€ 1.700
Tipologia	Collettiva
Sinistri aperti	3
di cui in valutazione	3
Polizza C (individuale volontaria)	
premio pro capite	tra 30 e 300 euro
Massimale	€ 4.300
Tipologia	Individuale
polizze sottoscritte	137 titolari per 190 familiari
Sinistri aperti	0

Dall'analisi dei dati appena rappresentati emergono alcune importanti considerazioni.

1. pur tenendo nella dovuta considerazione l'età media non particolarmente elevata dei soggetti in copertura (44 anni) e l'importante grado minimo di non autosufficienza richiesto per

l'erogazione delle prestazioni, il numero dei sinistri riscontrati risulta assai contenuto. Questo dato appare in linea con quanto si verifica nei settori delle Assicurazioni e del Credito Ordinario;

2. l'aspettativa di vita reale dei soggetti entrati in non autosufficienza è, a eccezione dei casi di infortunio, molto bassa rispetto alle tabelle utilizzate per il calcolo delle riserve matematiche. Questo è elemento sostanziale per la valutazione economica della sostenibilità delle coperture LTC;
3. le richieste di rimborso per spese sostenute e documentate sono assolutamente trascurabili. Ne è riprova il fatto che dei 28 soggetti a cui è stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza nessuno ha richiesto la copertura di servizi ma tutti hanno optato per l'erogazione dell'indennizzo;
4. solo 190 familiari su circa 40.000 hanno scelto di incrementare l'indennizzo facendosi carico del relativo aumento del premio da pagare.

Quindi, in sintesi, è possibile sostenere che:

- l'incidenza del numero di sinistri sulla popolazione coperta dalla prestazione LTC è piuttosto limitata. Neppure si riscontra un aumento dell'incidenza se si fa riferimento ai soli soggetti con più di 60 anni. In che modo, tuttavia, il fattore età potrà incidere sul numero dei casi di non autosufficienza? Stime in tal senso appaiono ancora troppo pessimistiche, incidendo pesantemente sulla valutazione delle riserve economiche necessarie a mantenere in equilibrio un sistema di LTC;
- la soglia minima del livello di non autosufficienza al superamento della quale scatta l'erogazione della prestazione LTC è piuttosto elevata. È presumibilmente questa la causa dell'esigua vita residua riscontrata nei soggetti entrati in LTC e, quindi, è questa la leva principale su cui agire per l'equilibrio generale della prestazione;
- i soggetti entrati in non autosufficienza evidenziano la necessità di supporti economici più che di servizi o di rimborso delle spese sostenute. Si conferma che nel nostro Paese la non autosufficienza è molto spesso gestita nell'ambito familiare e non sempre vi è trasparenza sulle spese sostenute. Di certo, però, l'erogazione di indennizzi non è il modo più efficiente di utilizzo delle risorse a disposizione. Da questo punto di vista andrebbero ripensate e riorganizzate le necessarie integrazioni tra tutti i soggetti, pubblici e privati, che intervengono sull'assistenza ai non autosufficienti;
- non vi è consapevolezza sui rischi connessi alla non autosufficienza. Laddove fosse lasciata ai singoli soggetti l'iniziativa per una possibile copertura LTC, le risposte sarebbero, presumibilmente, disarmanti.

Alla contrattazione collettiva va dato, sicuramente, il merito di un importante intervento. Grazie a essa è stato possibile: definire basi di soggetti ampie, con età media interessanti; introdurre concetti di solidarietà intergenerazionale che consentono di contenere i costi e mantenere il sistema in equilibrio; soprattutto, reperire le risorse economiche necessarie. Unico neo è la scarsa diffusione che si è avuta nei contratti collettivi. È ciò a cui si dovrebbe tendere nel tentativo di allargare sempre più la platea dei soggetti interessati e, con tale allargamento, efficientare l'offerta di prestazioni.

6.4 Non autosufficienza: esperienze, riflessioni e proposte delle Società di mutuo soccorso

Valerio Ceffa

Il modello mutualistico si basa sui principi della partecipazione democratica, dell'assenza di profitto, della centralità dell'individuo (che è sempre socio della società di mutuo soccorso), della mutualità e della solidarietà anche intergenerazionale. È da questi presupposti teorici che deve derivare il concreto comportamento delle mutue. In questo senso, il socio deve essere tutelato sempre, senza limiti di età, indipendentemente dal suo stato di salute, senza limitazioni legate alla "sinistrosità" attuale o attesa.

La richiesta di tutela della non autosufficienza è innanzitutto sollecitata dai soci. Un progetto mutualistico di assistenza alla non autosufficienza si fonda sull'adesione volontaria dei soci, un fatto che, se da un lato presuppone la consapevolezza del progetto, dall'altro implica la concreta possibilità di una massiccia adesione delle persone più a rischio. Alla luce di queste considerazioni, le elaborazioni attuariali predisposte su collettività devono essere profondamente riviste nel predisporre un progetto mutualistico.

Soltanto una soluzione universale e obbligatoria, con la costituzione di un fondo *ad hoc* (sul modello tedesco) può costituire una risposta davvero adeguata da parte del Paese a una questione che, con l'invecchiamento della popolazione, diventerà una vera e propria "bomba sociale". Si tratta innanzitutto di un urgente tema politico che tuttavia non è all'ordine del giorno (anche nella scorsa campagna elettorale). Un fattore da tenere in considerazione consiste nel livello di spesa raggiunto dallo Stato, ormai invalicabile, che rende impensabile il reperimento di adeguate risorse.

Le mutue sentono il dovere, civico e nei confronti dei propri associati, di misurarsi con il problema ma il successo può venire soltanto con un'adesione massiccia e consapevole. Alcune mutue come Insieme Salute di Milano o Campa di Bologna stanno già sperimentando soluzioni che garantiscano l'erogazione di servizi o il rimborso per l'acquisto di servizi.

In genere, le famiglie preferiscono avere un capitale a disposizione piuttosto che usufruire di servizi, ma tale attitudine rischia di determinare l'uso di servizi inappropriati o l'utilizzo di risorse per scopi diversi dall'assistenza. Per contrastare questa tendenza occorre rispondere adeguatamente a diverse problematiche.

Anzitutto, occorre conoscere adeguatamente le esigenze della persona da assistere oltre che conoscere la disponibilità e fruibilità dei servizi sul territorio. Idealmente sarebbe utile poter disporre di una mappatura e certificazione dei servizi presenti, predisposta dall'ente pubblico. Soltanto con un efficace mappatura (che presuppone l'informatizzazione integrata del territorio) si possono evitare duplicazioni e inadeguatezze. Così operando, diventerebbe possibile tenere in considerazione le differenze dell'offerta pubblica e privata tra le diverse regioni e anche all'interno della stessa regione. (In questa direzione si muove l'idea del fascicolo sanitario elettronico di ogni cittadino, purtroppo ancora non implementata).

In secondo luogo, è indispensabile la presenza di un *case manager* che sappia definire le necessità, indirizzarle e modificarle nel tempo, dato che le esigenze di assistenza della persona non autosufficiente hanno evoluzioni anche molto rapide. Va da sé che il ruolo del *case manager* è molto delicato poiché richiede di coniugare conoscenze "tecniche" alla capacità di rapportarsi adeguatamente all'interessato o ai familiari. Da questo punto di vista la mutua può certamente

offrire un rapporto umano molto più convincente, trattandosi del rapporto di un ente senza scopo di lucro con un proprio socio e configurandosi quindi come un supporto alla famiglia. Simile rapporto assume ancora più valore nel caso, sempre più frequente, delle famiglie atomizzate. Vivere da soli aumenta spesso il rischio di non autosufficienza - non solo fisica - e necessita il più delle volte di assistenza precoce. È quindi indispensabile la fiducia del socio assistito nei confronti della mutua: la compartecipazione e la consapevolezza sono un potente antidoto a quella povertà educativa che spesso denunciamo.

L'assistenza al domicilio della persona non autosufficiente è quella che in genere garantisce i migliori risultati, soprattutto nelle fasi iniziali. Preferita individualmente, con costi economici più contenuti, con esiti più efficaci dal punto di vista medico e psicologico. Ma richiede rapporti personali più avanzati e un adeguato coordinamento dei servizi.

Il nostro sistema universalistico è diseguale. Lo è tra le diverse aree geografiche, tra i diversi strati sociali, tra chi è inserito nel mercato del lavoro e chi non lo è. Tali disuguaglianze purtroppo crescono con l'avanzare dell'età, basti a questo proposito pensare ai fondi negoziali che garantiscono l'assistenza ai soli occupati. Certo, il costo sanitario e assistenziale di un pensionato è cinque volte quello di un occupato. Ma è proprio questa la sfida, se si vuole cercare una risposta seria a questi problemi. Le mutue hanno manifestato l'intenzione di fare la propria parte, ma certo da sole troveranno soluzioni molto parziali, di nicchia. È quindi indispensabile la collaborazione del e con l'ente pubblico, l'integrazione con i servizi a disposizione sul territorio. Ma sarebbe anche interessante l'elaborazione di progetti specifici con quei soggetti, come i fondi negoziali, che per loro natura non garantiscono l'assistenza al termine dell'età lavorativa.

È banale ricordare che l'invecchiamento aumenta il rischio di dipendenza fisica e psichica. Ci troviamo di fronte a una vera sfida demografica, possiamo affrontarla soltanto avendo il coraggio politico e la lucidità di avviarci nella giusta direzione, in concerto tra decisori politici e operatori. Le risposte devono scaturire da un'accresciuta cultura previdenziale. Alcuni provvedimenti, invece, vanno in senso opposto, in particolare il welfare aziendale che allontana il lavoratore dalla cultura della previdenza. Specificamente, il welfare aziendale mette in secondo piano l'idea di tutelarsi dal rischio della non autosufficienza, proprio perché si tratta di un tipo di previdenza che "guarda" molto lontano e si contrappone a una disponibilità economica esigibile qui e adesso. L'esatto contrario di quanto serve alla costruzione di un meccanismo che possa tutelare il lavoratore da eventi ipotizzabili anche fra quaranta o cinquanta anni.

7. Assistenza familiare in Piemonte: il modello regionale si rinnova

Elisabetta Cibinel

Da più di un decennio gli interventi e le politiche per la non autosufficienza sono al centro del dibattito sul rinnovamento dei sistemi di welfare. In questo processo il livello regionale ha giocato sin dagli anni Novanta un ruolo strategico. Si inserisce proprio in questo contesto il bando pubblicato nel 2010 dalla Regione Piemonte "per la realizzazione di servizi integrati nell'area dell'assistenza familiare mediante reti territoriali". Il bando aveva lo scopo di stimolare una prima serie di interventi innovativi di *welfare mix* e era finanziato con risorse provenienti dal Programma Operativo Regionale del Fondo Sociale Europeo 2007-2013 (POR FSE 2007-2013)[1]. L'iniziativa si rivolgeva a diversi soggetti locali: Province (in particolare attraverso i Centri per l'Impiego), enti gestori delle funzioni socio-assistenziali (in particolare attraverso i servizi sociali territoriali), soggetti privati (soggetti accreditati per i servizi al lavoro) e attori del privato sociale. Il bando stimolava le Province a proporre progettualità che rispondessero alle seguenti indicazioni: sviluppare e rafforzare la *governance* dell'area dell'assistenza familiare al fine di (ri)dare dignità al lavoro di cura e accompagnare le persone e le famiglie in condizioni di fragilità; migliorare e potenziare il sistema di offerta di lavoro di cura presente sul territorio; favorire l'emersione del lavoro irregolare; promuovere percorsi di qualificazione professionale per gli/le assistenti familiari e per gli operatori e le operatrici dei servizi dedicati. La misura prevedeva inoltre il riconoscimento di incentivi economici alle famiglie per la regolarizzazione dei rapporti di lavoro (con risorse aggiuntive tratte dal Fondo Politiche Migratorie 2010).

Il bando regionale del 2010 ha generato otto progettualità su quasi tutte le Province piemontesi: Vercelli, Alessandria, Novara, Cuneo, Asti, Verbano Cusio Ossola e Torino (che ha ospitato due progetti, uno provinciale e uno comunale). Le risorse investite nel 2010 sono andate esaurendosi e i diversi progetti provinciali hanno conosciuto evoluzioni differenti: in alcuni territori la prosecuzione dell'iniziativa è stata garantita dal Centro per l'Impiego coinvolto o dal protagonismo dei soggetti del Terzo Settore all'interno della rete; in altri territori invece le attività si sono interrotte o hanno subito rallentamenti e modifiche sostanziali a causa della mancanza di fondi o di personale disponibile e formato. Alla luce di queste considerazioni la Regione Piemonte ha deciso, con l'Atto di Indirizzo di cui alla d.g.r. 8 del 12/12/2016, di lanciare un nuovo intervento di sistema a favore dell'assistenza familiare in continuità col precedente. Al fine di rendere l'azione più incisiva l'Atto ha previsto l'investimento di alcune risorse in un'indagine propedeutica sulle esperienze realizzate recentemente nell'ambito dell'assistenza familiare in Piemonte. Tale indagine è stata condotta dallo Studio Errepi in collaborazione col Laboratorio Percorsi di secondo welfare nel periodo compreso tra luglio e novembre 2017 (Cibinel, Maino, Manfredda e Porzio 2017).

7.1 L'indagine condotta dal Laboratorio Percorsi di Secondo Welfare e dallo Studio Errepi

L'indagine aveva lo scopo di individuare e analizzare esperienze e buone prassi realizzate nell'ambito dell'assistenza familiare sul territorio piemontese a partire dal 2010. Sulla base di questa analisi si proponeva di individuare soluzioni innovative e sostenibili nel tempo e di indicare alcune direttrici per lo sviluppo di interventi e soluzioni efficaci e efficienti a livello regionale. La rilevazione si proponeva in particolare di approfondire alcuni temi specifici: formazione

[1] La precedente esperienza regionale è stata approfondita in Torrioni P. M. (a cura di) (2015), *Sportelli e servizi per l'assistenza familiare*, Torino, Celid.

professionale e valorizzazione sociale delle/gli assistenti familiari; miglioramento delle condizioni lavorative nell'ambito dell'assistenza familiare e emersione del lavoro irregolare; conciliazione vita-lavoro; semplificazione del percorso di accesso al sistema dei servizi per la non autosufficienza (con particolare attenzione alla continuità assistenziale attivata al momento della dimissione ospedaliera); supporto alla domiciliarità. L'indagine si è concentrata sullo studio delle esperienze realizzate a partire dal bando del 2010 e sull'analisi delle azioni realizzate negli ultimi anni nel campo dell'assistenza familiare e della non autosufficienza da parte di attori significativi pubblici e privati (Province, Centri per l'Impiego, Aziende Sanitarie Locali, enti locali e enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, associazioni e cooperative, Fondazioni di origine bancaria, imprese). L'analisi è stata realizzata attraverso il ricorso a metodi qualitativi, in particolare con l'analisi di documentazione e con 20 interviste in profondità a testimoni privilegiati e attori chiave. È stato infine realizzato un focus group che si proponeva di approfondire le modalità operative dei progetti e di avviare un confronto sulle condizioni di trasposizione delle prassi più innovative al mutato contesto economico-sociale e normativo del Piemonte. I risultati dell'indagine sono confluiti nel bando regionale di dicembre 2017 e volto a finanziare nuove reti territoriali di promozione dell'assistenza familiare (Cibinel 2018a).

7.2 Sintesi dei principali risultati emersi

L'indagine condotta ha permesso di individuare alcuni elementi di particolare rilevanza nell'ottica di promuovere un sistema efficace, sostenibile e incisivo negli ambiti della formazione professionale e valorizzazione sociale delle/gli assistenti familiari, del miglioramento delle loro condizioni lavorative, della parità di opportunità e della semplificazione del percorso di accesso al sistema dei servizi per la non autosufficienza.

La rilevazione realizzata ha evidenziato innanzitutto un cambiamento nei *bisogni* e nelle *disponibilità* di famiglie e assistenti familiari: da un lato sono emersi i limiti del modello "convivenza h24" che, oltre ad essere sempre meno accettato dagli/dalle assistenti familiari, presenta numerose criticità relativamente al peso psicologico e emotivo del lavoro di cura. Dall'altro lato una rilevazione più approfondita dei bisogni legati al benessere della persona assistita potrebbe portare a una maggior specificazione delle esigenze di cura e di assistenza e all'individuazione delle figure professionali più adeguate a rispondervi. In questo senso quindi il nuovo sistema non sarà chiamato a operare un semplice incrocio domanda-offerta, ma un accompagnamento progettuale adeguato alle mutevoli esigenze di cura della persona. L'attività di accompagnamento dovrà tradursi anche in un'azione di supporto alle parti, in grado di "aprire" lo stretto triangolo dell'assistenza (assistente familiare-assistito-famiglia) e garantire la gestione condivisa di imprevisti come la temporanea assenza dell'assistente familiare o eventuali cambiamenti nelle sue disponibilità lavorative. Una *presa in carico comunitaria* della persona assistita, della sua famiglia e dell'assistente familiare potrà essere favorita anche dalla costruzione e dal rafforzamento di reti capaci di coinvolgere la comunità in forme semplici di accompagnamento e assistenza e di sostenere il bisogno di relazioni e socialità della persona assistita e dell'assistente familiare.

Il nuovo modello non potrà poi prescindere dal riconoscimento del valore del lavoro di cura e dalla conseguente *valorizzazione* dei percorsi formativi e delle esperienze e competenze acquisite dal/dalla singolo/a assistente familiare. È importante sottolineare che il passaggio culturale verso questa prospettiva è già stato avviato con la precedente esperienza di progettazione provinciale. L'attenzione alla qualità mostrata dai servizi legati all'assistenza familiare rappresenta un

significativo incentivo al ricorso a essi e alla conseguente promozione del lavoro regolare: l'accesso a un servizio dedicato, sia esso pubblico o privato, permette infatti alle persone di delegare parte del processo di selezione a un soggetto qualificato, che garantisce in seguito anche accompagnamento (e eventualmente assistenza burocratica e legale). Le nuove reti dovranno continuare a lavorare in questo senso, promuovendo il tema della qualità del lavoro offerto anche attraverso la certificazione e la promozione di percorsi formativi (per esempio stabilendone l'obbligatorietà). Le *occasioni formative* dovranno essere progettate compatibilmente con il lavoro dell'assistente familiare e dovranno offrire competenze e capacità di gestione anche degli aspetti emotivi, psicologici e relazionali che caratterizzano il lavoro di cura.

L'analisi del contesto e lo studio delle esperienze realizzate hanno evidenziato una significativa variabilità a *livello territoriale*, che il nuovo modello dovrà essere in grado di rispettare e valorizzare. In questo senso si ipotizza un ruolo di coordinamento e regia della Regione, a fronte di una forte propositività da parte dei territori. L'implementazione del nuovo modello potrebbe prevedere alcuni – pochi – aspetti imprescindibili (individuati sulla base degli elementi presentati nel Rapporto) e promuovere poi un'ampia partecipazione che possa esprimere la pluralità delle risorse e delle caratteristiche dei diversi territori. Va letto anche in quest'ottica l'invito alla *valorizzazione delle esperienze passate*: partire da quanto già realizzato rappresenta una garanzia del rispetto delle specificità territoriali e uno buon impiego del capitale sociale e umano prodotto dai progetti provinciali del 2010.

Allo stesso tempo le reti dovranno essere in grado di aprirsi e cogliere le opportunità che nuovi protagonisti locali del *secondo welfare* sapranno offrire: Fondazioni di origine bancaria, che possiedono importanti competenze progettuali; imprese, che possono essere coinvolte ad esempio in azioni di promozione del welfare aziendale (cfr. Santoni 2017); sindacati, fondamentali nella progettazione di iniziative di welfare territoriale[2]; CAF e patronati, che possono garantire alle persone e alle famiglie un supporto qualificato in ambito burocratico e amministrativo; associazionismo, che rappresenta una ricchezza per il territorio regionale – sebbene non in maniera omogenea – e può apportare contributi significativi all'implementazione di azioni di welfare comunitario. Nel coinvolgimento di nuovi attori sarà necessario operare in un'ottica di co-progettazione e co-produzione e con una particolare attenzione rivolta alla *qualità* e alla *trasparenza* dei servizi proposti. Uno sforzo significativo dovrà essere rivolto alla *governance* del nuovo sistema e alla sua capillarità sul territorio: all'interno della rete complessa sarà fondamentale individuare dei "punti di rete", delle sentinelle in grado di intercettare il bisogno e di fornire accompagnamento alla persona e alla famiglia (medici di famiglia, ospedali, Centri per l'Impiego, CAF). Anche per rispondere a queste necessità, la dimensione territoriale auspicabilmente interessata dalla futura progettazione è quella dei Distretti della salute e della coesione sociale. Questi ambiti territoriali sono individuati come ottimali per la convergenza delle politiche di coesione sociale, di cui l'assistenza familiare rappresenta un esempio significativo.

La dimensione locale, come sottolineato, dovrà trovare un confronto costante con la *dimensione centrale-regionale*. Tale accompagnamento, fondamentale nella costruzione e nell'implementazione della *governance* del nuovo sistema, garantirà anche parità di opportunità sul territorio regionale attraverso una gestione unitaria delle *risorse* a disposizione. Tale approccio

[2] Tali iniziative, che rappresentano per le imprese un'opportunità di incidere sul welfare al di fuori del perimetro aziendale, sono state approfondite in Cibinel E. (2017b), *Le regioni come laboratori di innovazione sociale*, in F. Maino (a cura di), *Welfare aziendale tra dimensione organizzativa e cura della persona*, Milano, Este.

appare fondamentale nel caso in cui – come auspicato – si faccia ricorso a strumenti di *budgeting* caratterizzati da una forte capacità di adattamento alle caratteristiche e risorse dei singoli contesti, che hanno il pregio di favorire il superamento di separazioni tra sociale e sanitario (in un ambito in cui questi ultimi sono strettamente legati). Relativamente alle risorse il nuovo sistema dovrà infine promuovere il rafforzamento delle capacità di attrarre e programmare *finanziamenti* provenienti da soggetti diversi (pubblici nazionali ed europei, privati, ecc.), fondamentali per garantire la *sostenibilità* delle iniziative.

La sfida dell'*integrazione* rappresenta un ultimo elemento fondamentale del nuovo modello di promozione dell'assistenza familiare. Essa non dovrà limitarsi alla programmazione e all'utilizzo delle risorse, ma dovrà tradursi in una forte sinergia tra servizi e interventi legati alla sanità (con particolare riferimento alla domiciliarità), al lavoro, alle politiche sociali (cfr. contributo di Maino nel presente Quaderno). L'impegno per l'integrazione dovrà concentrarsi inoltre sul raccordo tra specifiche politiche e strategie nazionali e europee (si pensi alla cornice comunitaria rappresentata dal Pilastro Europeo dei Diritti sociali approvato nel vertice sociale di Göteborg del 17/11/2017, cfr. Maino 2017). In questo senso giocherà una rilevanza strategica anche il collegamento con alcune strategie regionali recentemente approvate che vanno nella direzione dell'innovazione sociale e della promozione della dimensione comunitaria delle politiche sociali in Piemonte: il nuovo Patto per il Sociale – Strategia per lo sviluppo di comunità solidali (cfr. Cibinel 2018b) e la Strategia per l'innovazione sociale WeCaRe (cfr. Cibinel 2017a).

8. Scenari di risposta ai bisogni delle persone con fragilità tra sostenibilità e innovazione in Regione Lombardia

Giovanni Daverio

L'art.32 della Costituzione sancisce il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, esso rappresenta il nucleo fondativo di tutti gli altri diritti costituzionali e il presupposto irrinunciabile per la piena realizzazione della persona umana.

La generale previsione costituzionale è stata nel tempo integrata da una pluralità di fonti sia di rango statale che regionale che hanno progressivamente riconosciuto i diritti delle persone non autosufficienti promuovendo una rete di servizi e interventi sociosanitari affidati alla responsabilità delle Regioni in integrazione con la rete sociale in capo ai Comuni.

La sostanziale regionalizzazione del servizio sanitario e la progressiva affermazione dei servizi sociosanitari come componente fondamentale e complementare dei primi ha consentito di sviluppare, specie in alcune Regioni e tra queste certamente in Regione Lombardia, una articolata rete territoriale di servizi per le persone non autosufficienti a accesso universale e sulla base di una valutazione multidimensionale del bisogno della persona.

8.1 Breve storia di un contesto che cambia

Già con la l.r. 31/1997 Regione Lombardia definì una disciplina organica del servizio sanitario regionale e anticipò, con esplicite previsioni, la creazione di servizi sociosanitari (la legge Turco come noto è del 2000) soprattutto attraverso la parificazione nell'erogazione dei servizi sociosanitari tra erogatori di diritto privato e di diritto pubblico sulla base dell'accreditamento istituzionale e del relativo contratto. In tale contesto emerge la specificità della rete d'offerta lombarda rivolta alla popolazione anziana non autosufficiente che è fortemente caratterizzata dalla presenza maggioritaria di gestori dell'area del privato sociale e del privato con dinamiche differenziate tra le aree metropolitane e quelle decentrate.

Corrispose a questa stagione un significativo aumento dell'offerta regionale per le persone non autosufficienti che nel corso di un decennio ha portato il sistema a contare circa 58.000 posti letto residenziali in strutture sociosanitarie assistenziali (RSA), accreditati e a contratto con il Sistema sociosanitario regionale, senza contare i servizi diurni (CDI) e semiresidenziali e quelli espressamente dedicati alle persone con disabilità (RSD, CDD). Il mutato quadro epidemiologico e socio economico e l'evoluzione dei bisogni della popolazione fragile, ha portato altresì a individuare nuove risposte per la presa in carico e a arricchire così la rete d'offerta consolidata, affiancando all'offerta tradizionale servizi e interventi innovativi e promovendo un utilizzo maggiormente appropriato e flessibile delle stesse unità d'offerta in una logica di sostegno alla dimensione di cura assicurata dalle famiglie ai loro familiari con fragilità.

In tale contesto si collocano, ad esempio, le misure RSA aperta e residenzialità leggera rivolte alle persone anziane introdotte nella rete dei servizi quale elemento innovativo.

La Regione è il soggetto istituzionale responsabile del servizio sociosanitario e delle relative funzioni, secondo un modello organizzativo originale, che non ha eguali nel resto del Paese. Regione Lombardia ha fatto da apripista per investire sul futuro dei servizi sanitari e socio sanitari con una attenzione particolare a quelli per le persone non autosufficienti e alle persone fragili.

L'esigenza di trovare nuovi equilibri è del resto ancora più acuita dal fatto che siamo in presenza di un aumento dei bisogni, e della complessità degli stessi.

L'invecchiamento della popolazione solleva problemi di sostenibilità dei modelli universalistici di finanziamento della sanità e dei servizi sociosanitari. I fenomeni delle nuove e vecchie povertà pongono il problema di quale possa essere il modello di finanziamento delle politiche di coesione sociale sino a ora praticate. La permanenza di elevati tassi di disoccupazione (soprattutto giovanile) e, al tempo stesso, il basso tasso di popolazione attiva frenano la produttività e conseguentemente la competitività e la crescita.

Nella maggior parte dei paesi OCSE la spesa sociosanitaria continua a crescere più velocemente dell'economia, mantenendo un trend osservato già a partire dagli anni '70. La spesa sociosanitaria ha raggiunto in media il 10% del Pil e costringe i governi, nazionali e regionali, a agire subito per migliorare il rapporto qualità/costi e al tempo stesso continuare a perseguire gli obiettivi di lungo periodo per raggiungere un sistema che sia più equo, efficiente e rispondente ai bisogni.

8.2 Lo spostamento dell'asse di cura

Le trasformazioni e le evoluzioni in atto sono state l'occasione per ripensare il modello che fino ora ci ha consegnato uno dei primati a livello internazionale: un sistema socio sanitario universale con i più elevati standard prestazionali.

È con la l.r. 23/2015, approdata all'approvazione dell'Aula dopo un triennio di grande sperimentazione e fermento in Regione Lombardia - che ha visto fin dall'avvio della X legislatura la Giunta impegnata proprio a riconoscere il diritto delle persone con fragilità (si veda al riguardo la portata innovativa d.g.r. 116/2013 istitutiva del c.d. "Fondo per la famiglia e le sue componenti fragili[1]), - che la Regione ha ribadito la tutela della salute quale fondamentale diritto della persona e della comunità e se ne è assunta la piena responsabilità quale istituzione di governo anche in termini innovativi rispetto al modello statale di riferimento.

Infatti, con la l.r. 23/2015, l'evoluzione del sistema socio sanitario giunge a maturazione definendo un nuovo quadro organizzativo di interventi specificatamente incentrati sulla capacità di recepire lo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio.

Un nuovo paradigma che si fonda sull'evoluzione della "domanda di salute" e sulla base della sua stratificazione introduce una modularità dell'offerta di servizi e prestazioni sociosanitarie. Alla rete ospedaliera si affianca la piena integrazione di una rete di servizi territoriali che incorporano tutte le funzioni - anche quelle originariamente comprese nell'ambito della l.r. 3/2008 sui servizi sociosanitari - per la presa in carico della persona con cronicità e fragilità.

Il cammino fino a qui compiuto deve ora misurarsi con i nuovi scenari cui devono far fronte i sistemi sociosanitari globali. Per garantire nel tempo la sostenibilità, devono essere trainati dall'innovazione.

[1] La d.g.r. 116/2013 ha una portata innovativa significativa, sia perché rappresenta un riconoscimento – sebbene in via amministrativa – del diritto delle persone con fragilità, sia perché trasforma radicalmente il sistema d'offerta, favorendo la nascita di nuovi servizi e interventi che siano pienamente rispondenti a una domanda che nel frattempo è profondamente mutata e non più corrisposta dalla rete istituzionale d'offerta.

8.3 Presa in carico e sfide dell'innovazione

L'evoluzione della conoscenza scientifica e tecnica e i cambiamenti che investono i principali ambiti del sistema sociosanitario sollecitano una risposta adeguata da parte delle istituzioni di governo.

Ci sono trasformazioni in atto che hanno accompagnato l'evoluzione dell'uomo e che hanno subito una rapida accelerazione, destinata a aumentare, solo in tempi recenti. Le persone vivono più a lungo e hanno meno figli; migrano all'interno del proprio Paese e tra Paesi; la concentrazione dei grandi centri abitati fa il paio con una urbanizzazione che nella nostra Regione resta ancora assai diffusa; le malattie croniche sono diffuse e assorbono buona parte della spesa; depressione e problemi cardiaci sono tra le principali cause della perdita di anni in buona salute. Pertanto, le specificità legate ai servizi di prevenzione e ai nuovi scenari, il necessario adeguamento della rete di offerta nella risposta alla domanda di salute sono il preludio di una radicale trasformazione.

Ci sono altresì cambiamenti trasformativi che ancora lambiscono il sistema sociosanitario, pensiamo ad esempio alle nuove tecnologie, alla produzione ed elaborazione in tempo reale di dati fisiologici, alla diffusione esponenziale della medicina digitale e alla gestione del paziente/utente *data based*. E ancora cambiamenti nelle aspettative delle persone, che scelgono il provider e hanno attese di accesso rapido e equo al sistema, con garanzia di privacy nel trattamento dei loro dati personali.

Stanno maturando cambiamenti nelle aspettative delle persone che intendono sempre più partecipare nelle decisioni sulla loro salute, richiedere una *second opinion* a altro specialista, e si aspettano prestazioni che rispettino standard internazionali.

Si affacciano infine, seppur timidamente, cambiamenti nel sistema di remunerazione delle prestazioni, sempre più basati sulla casistica e sui risultati ottenuti con una penalizzazione conseguente i cattivi esiti conseguiti, cui si aggiunge il lento, a inesorabile ingresso dei fondi integrativi specie nell'ambito della non autosufficienza (LTC).

Si tratta di trasformazioni inarrestabili che implicano un ripensamento profondo del sistema sociosanitario pubblico, sempre più centrato sulla persona e sul paziente come soggetto attivo, sul superamento di un modello gerarchico ospedale-centrico e sulla progressiva interconnessione di un sistema a rete guidato dalla conoscenza e focalizzato sul valore che genera.

Regione Lombardia, in un'ottica evolutiva, lo ha codificato nella l.r. 23/2015 anche attraverso la definizione di un nuovo modello di *governance* del sistema che rappresenta l'infrastruttura su cui sviluppare i servizi socio sanitari del futuro e le relative politiche di finanziamento.

8.4 La stratificazione della domanda

L'occasione offerta dalla l.r. 23/2015 impone un ripensamento radicale del modello organizzativo, nella prospettiva della personalizzazione delle risposte e della differenziazione territoriale, che riflette la nuova articolazione aziendale, secondo il paradigma per cui territori diversi esprimono domande diverse, così come alla specificità di un bisogno o di categorie di bisogno, deve corrispondere un risposta differenziata, anche in termini di intensità nel lavoro di presa in carico e di facilitazione.

Il modello di presa in carico per le persone con cronicità e fragilità sulla base della stratificazione della domanda di salute ha posto le basi per la creazione di una interconnessione in

tempo reale di tutti i nodi della rete d'offerta. Al potenziamento dell'infrastruttura spaziale si aggiunge l'investimento nelle infrastrutture a-spaziali, superando i tradizionali confini ospedalieri e territoriali entro cui sono stati confinati i servizi e le prestazioni sociosanitarie per approdare verso un modello diffuso incentrato sulla domanda di salute di ogni singola persona e del contesto familiare e sociale entro cui si esprime.

Una spinta ulteriore orienta il sistema sociosanitario regionale verso la personalizzazione dell'azione preventiva. La stratificazione della domanda e l'applicazione di algoritmi predittivi consentirà di ripensare in senso pro attivo il sistema regionale della prevenzione al fine di anticipare la domanda di salute con idonee azioni personalizzate verso quella fascia di persone che oggi sono qualificabili come "non consumatori" ovvero "consumatori occasionali".

L'implementazione del modello sulla base della stratificazione della domanda permetterà infine di rendere più equo e accessibile il sistema sociosanitario regionale attraverso un accesso personalizzato, anche grazie al progressivo sviluppo del fascicolo sanitario elettronico, secondo classi di priorità e in modo che possano automaticamente rilevarsi le anomalie per definire, conseguentemente, le soglie di accesso in base all'appropriatezza della domanda e della risposta al bisogno.

Le persone potranno avere, in tempo reale, un aggiornamento delle disponibilità di servizi e prestazioni sulla base della loro domanda/bisogno e la rete d'offerta degli erogatori sarà favorita dalla stratificazione e previsione della domanda nell'attività di allocazione delle risorse (umane, organizzative e finanziarie). Si tratta di un nuovo approccio all'accesso che, anche attraverso le "agende aperte", permetterà di abbattere le liste di attesa sulla base di classi di priorità per tutte le prestazioni in relazione all'effettivo bisogno.

8.5 La sostenibilità del sistema: spunti evolutivi per strumenti di finanziamento innovativi

Una trasformazione degli assetti aziendali, specie con riguardo al finanziamento del sistema, che saranno sempre più orientati a favorire l'appropriatezza e ad assicurare il diritto fondamentale alla salute indipendentemente dal meccanismo di remunerazione delle prestazioni. La riqualificazione dei budget, la loro gestione integrata a livello aziendale e l'introduzione di elementi di flessibilità nella spesa, favoriranno il consolidarsi di una risposta sempre più corrispondente alla domanda di salute delle persone.

È questa la prospettiva entro cui si collocano lo sviluppo di attività che possono promuovere i diritti delle persone con fragilità in un ambito non immediatamente connotabile con gli attuali livelli essenziali di prestazioni e in una logica complementare, con riferimento al concetto di assistenza integrativa.

Il complesso sistema delle misure in denaro (ad esempio, detrazioni fiscali e sussidi erogati dall'INPS) che caratterizza il modello di welfare italiano, è spesso fonte di duplicazioni e sovrapposizioni con il rischio di determinare situazioni di bisogno più o meno coperti, aree di inefficienza e dispersione di risorse già scarse. Una necessaria razionalizzazione verticale (tra detrazioni fiscali, trasferimenti in denaro e interventi in natura) e orizzontale (tra prestazioni previdenziali, sanitarie e assistenziali) sarebbe in grado di apportare importanti economie nonché un sistema più equo.

Ad esempio, oggi circa il 10% delle persone con almeno 65 anni, indipendentemente dal livello di reddito, riceve un'indennità di accompagnamento pari a 487 euro mensili, utilizzati

principalmente per retribuire il lavoro - se pur importante - delle badanti. Tale strumento può e deve essere migliorato sia sotto il profilo della distribuzione delle risorse, sia sotto il profilo della destinazione delle stesse.

Lo sviluppo di forme di collaborazione pubblico-privato, anche attraverso l'introduzione di strumenti di finanziamento innovativi è di fondamentale importanza per la realizzazione di un modello di welfare comunitario partecipato, innovativo e sostenibile come risposta alla trasformazione della domanda delle persone e delle loro famiglie, specie di quelle con maggiori fragilità.

In tale contesto si collocano le riflessioni finalizzate a valutare l'introduzione di un Fondo integrativo dedicato, scelta da approfondire che consenta di approdare ad un rinnovato sistema di welfare; ciò al fine anche di poter integrare una pluralità di fonti di finanziamento, sia pubbliche che private, del mondo profit e non profit.

Le riflessioni entro cui sviluppare il percorso utile per arrivare alla costituzione del Fondo, possono, in linea generale, essere così declinate:

- rinforzare un modello di welfare comunitario partecipato, innovativo e sostenibile;
- realizzare una collaborazione tra istituzioni, imprese e organizzazioni non profit per la massimizzazione dei benefici sociali ottenibili nel territorio di competenza;
- diffondere comportamenti etici nelle imprese con lo scopo di favorire la partecipazione attiva al sostegno del welfare locale secondo una moderna logica di integrazione pubblico-privato;
- introdurre il concetto di "cittadinanza di impresa" inteso come insieme di relazioni e iniziative promosse volontariamente dall'impresa e dal lavoratore verso la comunità locale e il territorio in cui opera ed interagisce;
- responsabilizzare il cittadino attraverso la partecipazione attiva nella costruzione di un modello di assistenza integrativo appropriato ai nuovi e crescenti bisogni.

Su questo piano, che impone una forte azione amministrativa orientata ad innovare anche il sistema di finanziamento per potenziare la rete d'offerta degli erogatori, assume un aspetto centrale quanto sancito in relazione all'assistenza integrativa nell'ambito del pre-accordo Stato-Regione ai sensi dell'art. 116, co.3 della Costituzione sottoscritto nel mese di febbraio 2018.

La tabella seguente riassume sinteticamente l'offerta socio sanitaria attuale di Regione Lombardia, per anziani e disabili con le principali articolazioni e disponibilità.

RETE OFFERTA SOCIOSANITARIA PER ANZIANI E DISABILI IN REGIONE LOMBARDIA
682 RSA (Residenza Sanitario Assistenziale per anziani), per 57.434 posti letto a contratto
301 CDI (Centri Diurni Integrati per anziani), per 6.214 posti a contratto
91 RSD (Residenza Sanitario Assistenziale per disabili), per 3.984 p.l. a contratto
262 CDD (Centri Diurni per Disabili), per 6.305 posti a contratto
171 CSS (Comunità Socio Sanitarie), per un totale di 1.373 p.l.
2.854 posti a contratto per le CURE INTERMEDIE
81 ISTITUTI DI RIABILITAZIONE per 1.495 posti a contratto
71 HOSPICE, per 807 p.l. a contratto
RSA APERTA: 12.000 persone, di cui il 55,7% affette da demenza
RESIDENZIALITA' LEGGERA: 900 persone, prevalentemente grandi anziani