



ORDINE degli ATTUARI

Commissione fondi sanitari/assistenza/non autosufficienza

LONG TERM CARE – I giornata

Roma 27/5/2021

LTC aspetti generali

TIZIANA TAFARO
WELFARE SPECIALIST
STUDIO ATTUARIALE C&A
T.TAFARO@STUDIO-CEA.IT

Iniziativa della Commissione fondi sanitari/assistenza/non autosufficienza
Coordinamento Ivan Abbruzzo

Long Term Care

- ☐ giovedì 27 maggio 2021 – “LTC aspetti generali” Tiziana Tafaro dalle 15.00 alle 16.00
- ☐ lunedì 31 maggio 2021 – “Basi Tecniche” Carlo Conforti dalle 15.00 alle 16.00
- ☐ venerdì 4 giugno 2021 – “Strumenti interRai” Ivan Abbruzzo dalle 15.00 alle 16.00

Si ringrazia Laura Crescentini per i preziosi contributi



Programma

Le prestazioni di LTC

- La non autosufficienza in Italia, fra pubblico e privato
 - Il contesto
 - I pilastro: Le prestazioni pubbliche
- Costruzione del modello:
 - definizione dello stato di non autosufficiente (un accenno)
 - definizione dei gruppi
 - basi tecniche
- Scelta del metodo di finanziamento della gestione:
- Risultati del modello
 - Premio medio
 - Premio per classi di età
- La non autosufficienza nel Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR)
- La proposta del Network non Autosufficienza

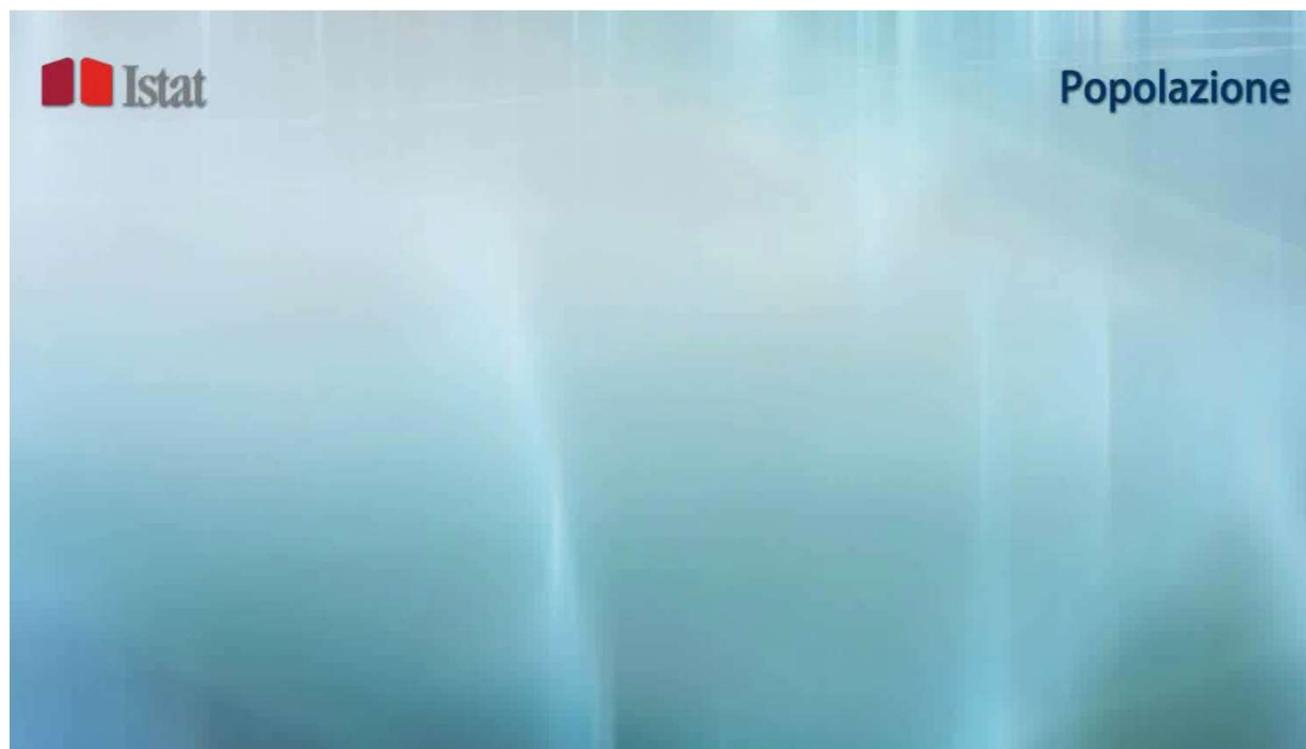
Il contesto: la demografia*

L'Italia è uno dei paesi più vecchi d'Europa

	Maschi	femmine
Aspettativa di vita alla nascita (2019)	81,1	85,4
Speranza di vita in buona salute alla nascita (2019)	59,8	57,6
Speranza di vita a 65 anni (2019)	19,4	22,6
Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività (2019)	10,2	9,8
Multicronicità e limitazioni gravi over 75 (2019):	41,1%	55,1%
Indice di dipendenza strutturale: 56,7%		
L'indice di dipendenza degli anziani: 36,3%		
L'indice di dipendenza degli anziani: 36,3%		

*Fonte: Istat

Proiezioni demografiche



I tre pilastri

Il finanziamento delle prestazioni di Long Term Care (LTC) è organizzato su tre pilastri:

primo pilastro prestazioni pubbliche (INPS, prestazioni a carattere locale)

secondo pilastro prestazioni erogate da soggetti privati organizzati: fondi pensione fondi sanitari, aziende (welfare aziendale). Adesione su base collettiva (volontaria o obbligatoria);

terzo pilastro prestazioni erogate da soggetti privati (Assicurazioni), su base individuale e volontaria

Modello “spontaneo” operante “di fatto”, non frutto di disegno organizzativo preciso. Onere organizzativo dell’assistenza a carico delle famiglie.

Le prestazioni di LTC

Complesso di interventi sanitari e assistenziali a favore di soggetti che non sono più in grado di svolgere una vita autonoma:

- impossibilità totale o parziale di percepire reddito
- necessità di sostenere spese mediche e di assistenza a seguito dell'insorgere della non autosufficienza

Le prestazioni possono essere di diversa natura a fronte di diversi obiettivi di copertura:

- rimborso delle spese mediche sostenute o erogazione di una somma forfettaria in unica soluzione o periodica (finalità di supporto finanziario)
- corresponsione di un capitale o di una rendita (per compensare almeno in parte la perdita della capacità di produrre reddito)
- erogazione di servizi socio-sanitari (finalità di soddisfare direttamente i bisogni insorti)

Le prestazioni di LTC: le politiche del sistema pubblico

- Mancanza unitarietà quadro di riferimento
- Frammentazione e mancanza di coordinamento
- Risorse non necessariamente scarse, ma sicuramente non allocate efficacemente e concentrate sul cash:
 - Pensione di invalidità civile: 3732,17 € l'anno
 - indennità di accompagnamento: 6.265,2 € l'anno;
 - Voucher, assegno di cura, buono sociosanitario;
ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare), praticamente simbolici, in diminuzione, disomogenei sul territorio: media di 18 ore/anno per anziano, tasso di anziani assistiti pari al 3%, quota di comuni che offrono il servizio inferiore al 50%.
Asimmetria tra domanda e offerta, mancata integrazione socio-sanitaria
- Spesa non sanitaria per LTC: 1% PIL in linea con media UE e destinata ad aumentare del 70% entro il 2060

Le prestazioni di LTC: l'offerta del sistema pubblico

INVALIDITA' CIVILE

Pensioni invalidità civile: assegno mensile di 287,09 euro per 13 mensilità che spetta ai cittadini affetti da patologie congenite o acquisite, tali da non consentire l'attività lavorativa. Soggetta al limite di reddito di 16.982,49 nel caso di invalidità totale. All'età per assegno sociale si trasforma in assegno sociale

Indennità di accompagnamento: assegno mensile di 522,10 euro per 12 mensilità per le persone dichiarate totalmente invalide e/o incapaci di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore oppure incapaci di compiere gli atti quotidiani della vita. Non è soggetta a limiti reddituali

Le prestazioni di LTC: l'offerta del sistema pubblico

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata – Regioni (ASL)

Carattere socio-sanitario: compresa nei LEA. Insieme organizzato di trattamenti a domicilio medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita secondo un piano di cura personalizzato (PAI). Si integra con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, generalmente erogate dal Comune.

SAD: Servizio Assistenza Domiciliare - Comuni

Carattere sociale: ha l'obiettivo di aiutare la persona nel disbrigo delle attività quotidiane sollevando in parte la famiglia dal carico assistenziale (es. igiene degli ambienti, servizio di lavanderia, preparazione dei pasti, igiene della persona, disbrigo di commissioni, trasporto, ecc.)

Il problema della definizione di non autosufficienza

Necessario scegliere una definizione di non autosufficienza per delineare in maniera univoca il diritto alla prestazione.

I problemi derivanti dalla mancanza di una definizione uniforme di non autosufficienza a livello nazionale:

- difficoltà nell'organizzare la copertura per non autosufficienza negli usuali 3 pilastri delle assicurazioni sociali, con il rischio di interventi non coordinati fra i diversi pilastri, possibili duplicazioni di prestazioni e ancora più dannose mancanze di coperture
- difficoltà nel reperire dati statistici robusti, coerenti e su orizzonti temporali anche di lungo periodo. Ad esempio, 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.

L'assenza di definizioni comuni (presenti invece dei paesi europei più evoluti in questo campo, come la Francia e la Germania), potrebbe condurre ad una gestione non ottimale dell'impegno economico complessivo, proveniente da tutti i pilastri, destinato alla prestazione di non autosufficienza. Si ritiene pertanto che nell'attuale situazione del welfare sociale sia necessario porre particolare attenzione anche a nuove possibili interazioni pubblico/privato

La costruzione della copertura

- **Studio dell'evoluzione della popolazione assicurata, nelle tre componenti degli attivi contribuenti, dei pensionati autosufficienti, dei percettori di prestazione (ex attivi e/o pensionati)**
- **Modalità di adesione: volontaria o obbligatoria**
- **Scelta della definizione di non autosufficienza**
- **Scelta della modalità di gestione: diretta o in convenzione**
- **Prestazioni: uguali per tutti o in funzione di: sinistrosità dell'anno, spesa, premio versato**
- **Contributo previsto: premio unico, annuo (solo nel periodo di attività o vitalizio), in funzione del reddito o costante => sistema di finanziamento**

Scelta del sistema di finanziamento

**capitalizzazione
individuale**

i contributi individuali sono accreditati sulla posizione del singolo, unitamente ai rendimenti realizzati dal loro investimento e finanziano esclusivamente la prestazione del singolo; al verificarsi dell'evento, viene erogata la prestazione.

**capitalizzazione
collettiva**

la somma dei contributi accumulati con riferimento all'intera collettività forma la riserva a disposizione per erogare la prestazione per gli eventi relativi ai componenti della stessa collettività nel tempo => solidarietà

ripartizione

i contributi versati dalla collettività degli iscritti nell'anno finanziano le prestazioni per gli eventi accaduti nello stesso anno => solidarietà. Rimborsi Compagnie, Fondi sanitari, SMS

**ripartizione dei
capitali di copertura**

i contributi versati dalla collettività degli iscritti finanziano le obbligazioni relative al valore attuale delle nuove prestazioni dell'anno. Rispetto alla ripartizione pura si crea una riserva per ogni generazione di pensionati. Il patrimonio accumulato rappresenta quindi il capitale necessario alla copertura degli oneri relativi a tutti i pensionati in vigore.

Scelta del sistema di finanziamento

**capitalizzazione
individuale**

soluzione attualmente scelta dai Fondi pensione (premio unico al pensionamento, prestazione in funzione del premio versato)

**capitalizzazione
collettiva**

soluzione attualmente scelta da contratti collettivi (adesione obbligatoria, premio annuo pagato in funzione del reddito, importo della prestazione non strettamente legato ai premi versati)

ripartizione

soluzione attualmente scelta dai Fondi sanitari (premio annuo utilizzato per copertura spese di non autosufficienza temporanea dell'anno) possibilità di destinare parte delle risorse ad una polizza per LTC

**ripartizione dei
capitali di copertura**

soluzione attualmente scelta dai Fondi sanitari per LTC assicurati (premio annuo utilizzato per copertura Valore Attuale Oneri nuove prestazioni dell'anno)

La prestazione di LTC: fra previdenza e assistenza



La costruzione della copertura

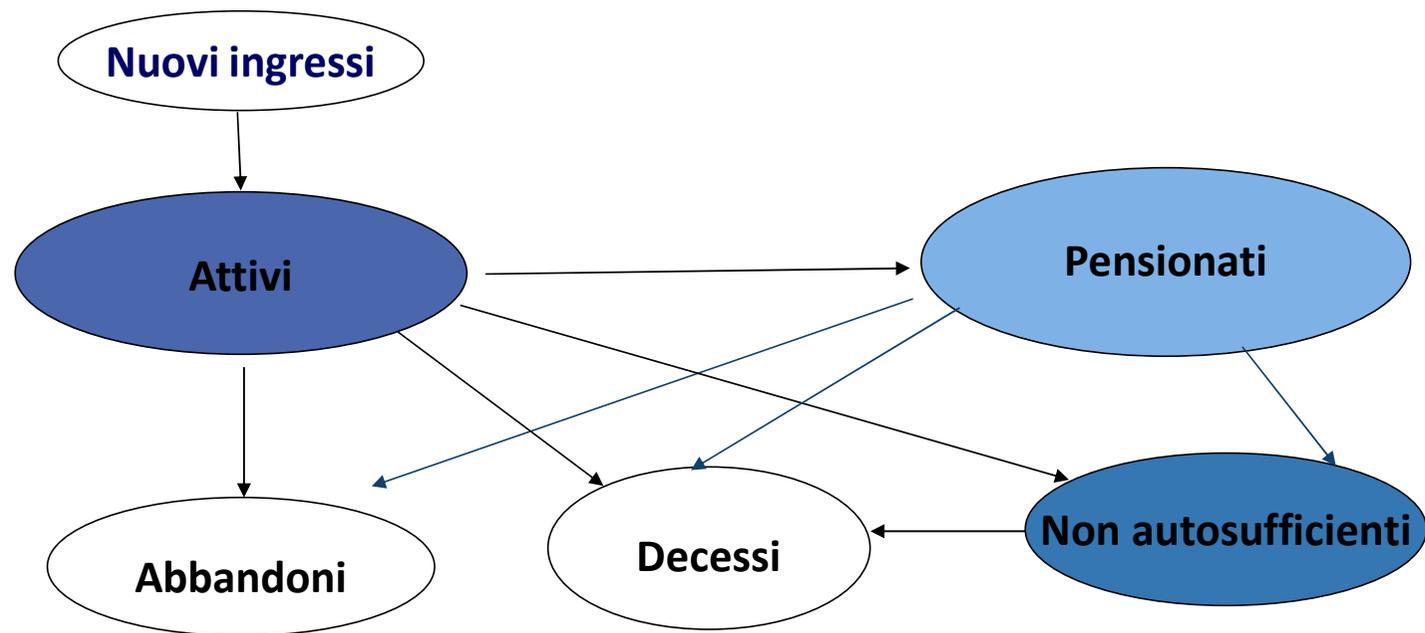
Scelta del sistema di finanziamento - CONTRIBUTO

- Implicito: prelievo di una quota di contribuzione già dedicata a coperture integrative esistenti (per fondi complementari e fondi sanitari) quale, ad esempio, il contributo integrativo
- Esplicito: apposita contribuzione integrativa da parte dell'iscritto e/o del pensionato
- Derivato: prelievo di una quota del montante contributivo accumulato
- Modulare o "a vita intera": versamento di un contributo sempre uguale (fisso o in percentuale) la cui destinazione si sposta al modificarsi della classe di appartenenza

Il modello attuariale per una prestazione di LTC

Stati da considerare (collettività suddivisa in gruppi)

Prestazione di LTC pagata a partire dall'età in cui l'assicurato diventa non autosufficiente e finché rimane in tale stadio



La costruzione della copertura

Popolazione degli attivi costante - Popolazione dei pensionati crescente

Orizzonte temporale: 30 anni

Popolazione non autosufficienti crescente

- **Ripartizione:**
 - Contributo crescente, prestazioni costanti
 - Contributo costante, prestazioni decrescenti nel tempo soprattutto nei primi decenni del fondo
- **Ripartizione capitali di copertura:** andamento analogo alla ripartizione, ma con intensità minore
- **Capitalizzazione individuale:** contributo costante ma prestazioni pressoché nulle per le generazioni vicine al pensionamento
- **Capitalizzazione collettiva:** contributo costante e prestazioni costanti. La possibilità di accantonare una parte dei contributi nei primi anni (solo parte di essi finanziano i sinistri dell'anno) consente la costituzione di una riserva da cui si attinge negli anni successivi per pagare i sinistri

La costruzione della copertura

Dati ed ipotesi necessari

- ❖ distribuzione per età dei nuovi ingressi in assicurazione
- ❖ probabilità di cessazione da attivo per cause varie (diverse dal pensionamento, dal decesso e dalla non autosufficienza)
- ❖ probabilità di morte da attivo:
- ❖ probabilità di morte dei pensionati:
- ❖ accesso al pensionamento di vecchiaia: requisiti previsti dalla normativa vigente adeguati nel tempo in base all'aumento della speranza di vita
- ❖ frequenza di rimanere iscritto dopo il pensionamento
- ❖ **probabilità di diventare non autosufficiente:**
- ❖ **probabilità di morte dei soggetti non autosufficienti**
- ❖ **importo annuo della prestazione di LTC e periodo di erogazione**
- ❖ **tasso annuo di rivalutazione della prestazione di LTC**
- ❖ tasso annuo di inflazione
- ❖ rendimento delle attività a copertura (tasso tecnico)
- ❖ **età limite per il diritto alla prestazione** (età limite entro la quale deve comparire la non autosufficienza)

Impostazione delle valutazioni preliminari

Ai fini di una prima analisi delle possibili prestazioni di LTC da introdurre, è necessario definire le seguenti impostazioni:

- | | |
|--|--|
| | <u>Due collettività:</u> |
| 1. Suddivisione gruppi | - Attivi
- Pensionati |
| 2. Andamento della popolazione degli iscritti in attività | - gruppo chiuso
- gruppo aperto (popolazione numericamente costante con previsione di nuovi ingressi dall'esterno della collettività) |
| 3. Età limite di assicurazione | - Fino a x anni di età
- vita intera |
| 4. Periodo di valutazione | anni di proiezioni |

Schema risultati - Flussi annui

COLLETTIVITÀ DEGLI **ISCRITTI IN ATTIVITÀ/PENSIONE** (o complessivo)

Gruppo aperto /**chiuso** - Età limite di assicurazione 80 anni/**vita intera**

Anno	N. attivi	Età media	N. nuove LTC	Durata media di vita nuove LTC	N. totale LTC	Età media LTC	Erogazioni LTC	riserva da accantonare x anno	riserva cumulata a fine anno	premio medio
2019	100,000	46								
2020	92.445,5	47	68,86	7,14	68,86	54	826.312	5.899.864	5.073.553	64
2021	85.812,6	48	67,57	7,00	127,48	54	1.529.770	5.676.271	9.220.054	66
2022	79.804,9	49	67,94	6,82	178,42	55	2.141.048	5.560.348	12.639.354	70
2039										

Schema risultati - ESEMPIO contributo di equilibrio

CONTRIBUTO DI EQUILIBRIO PER TIPO DI GRUPPO, ETÀ LIMITE DI ASSICURAZIONE E ORIZZONTE TEMPORALE

Gruppo	Orizzonte temporale	Contributo di equilibrio Attivi	Contributo di equilibrio pensionati	Contributo di equilibrio complessivo
Aperto	3	50	211	50
	5	52	249	53
	10	58	303	60
	20	65	367	76
Chiuso	3	58	211	58
	5	60	249	61
	10	68	303	72
	20	80	380	100

La non autosufficienza nel Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR)

Il PNRR prevede nell'ambito della missione 5 (obiettivo M5C2 – ambito di intervento 1 – Riforma 1.2) la «Riforma del Sistema degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti»: introduzione con legge delega e successivo d. lgs. da adottarsi entro primavera 2023, un sistema organico di interventi finalizzato all'individuazione di livelli essenziali delle prestazioni per gli anziani non autosufficienti.

Principi della riforma:

- semplificazione dell'accesso mediante punti unici di accesso;
- individuazione di modalità di riconoscimento della na basate sul bisogno assistenziale;
- assessment multidimensionale;
- definizione di un progetto individualizzato che individui e finanzia i sostegni necessari in maniera integrata, favorendo la permanenza a domicilio, nell'ottica della deistituzionalizzazione;
- potenziamento delle infrastrutture tecnologiche del sistema informativo della na.

La Legge quadro sarà anticipata da interventi specifici previsti dal PNRR, inseriti nella Missione sanitaria e nella Missione sociale, per il rafforzamento dei servizi sanitari di prossimità e l'assistenza domiciliare, finalizzati alla deistituzionalizzazione, alla riconversione delle RSA e al potenziamento dei servizi domiciliari.

La proposta del Network non Autosufficienza

Il PNRR ha in sostanza accolto la **proposta del Network Non Autosufficienza (NNA)**, gruppo di lavoro di cui fanno parte studiosi, esperti, operatori pubblici e privati impegnati a vario titolo in questo ambito di policy. La Proposta individua

3 criticità del modello attuale: frammentazione delle risposte; modalità di intervento inadeguate, inadeguatezza del finanziamento.

5 linee di intervento:

1. costruzione di un “sistema di governance della conoscenza” per l’assistenza agli anziani non autosufficienti;
2. riforma del sistema di governance istituzionale;
3. accesso unico alla rete degli interventi pubblici;
4. riforma dei servizi domiciliari seguendo il paradigma del care multidimensionale;
5. riqualificazione delle strutture residenziali.

Ogni linea di intervento è corredata dall’identificazione degli attori da coinvolgere (con valorizzazione di Regioni e Comuni), degli obiettivi da perseguire, delle azioni da realizzare, con relativo cronoprogramma e stima dei costi

La proposta del Network non Autosufficienza

1 - Costruzione di un sistema di governance della conoscenza

- Realizzazione sistema monitoraggio per la na valorizzando il patrimonio di conoscenza esistente;
- Piano nazionale di formazione per na;
- Catalogo delle esperienze locali;
- Catalogo degli interventi.
- Costo stimato: 30 mln € per il quinquennio 2022-2026

2 - Sistema di governance istituzionale

- Governo unitario del sistema
- Innovazione istituzionale a sostegno del welfare locale valorizzando l'esistente;
- 3 livelli di governance: nazionale, regionale e locale;
- Costo stimato: 130 mln € per il quinquennio 2022-2026

La proposta del Network non Autosufficienza

3 – Accesso unico alla rete degli interventi

- **Rafforzamento e qualificazione dei PUA, valorizzando le esperienze già esistenti a livello locale;**
- **Semplificazione e convergenza dei processi valutativi della na;**
- **Costo stimato: 257 mln € per il quinquennio 2022-2026**

4 – Riforma dei servizi domiciliari

- **Ricomporre e ampliare gli interventi in una risposta unitaria e più adatta alle caratteristiche del fenomeno della na => progetto personalizzato integrato definito secondo il principio del care multidimensionale e gestito dal case manager;**
- **Valorizzazione delle opportunità offerte dalla tecnologia;**
- **Istituzione di una centrale operativa per ogni distretto sanitario;**
- **Attenzione per i caregiver, familiari e formali: informazione e orientamento, formazione e supporto psicologico;**

La proposta del Network non Autosufficienza

5 – Riqualificazione strutture residenziali

- **Assicurare spazi di vita adeguati nel rispetto della dignità e privacy;**
- **Favorire le relazioni con i familiari, migliorando le condizioni per la loro permanenza nella struttura e potenziando la comunicazione quando sono all'esterno;**
- **Conciliare sicurezza e libertà di movimento al fine di evitare al massimo la contenzione fisica ;**
- **Adeguare la dimensione delle residenze con un max di 120 posti letto;**
- **Accrescere le relazioni con il territorio, promuovendo le strutture come nodo della rete socio-sanitaria favorendo l'utilizzo dei suoi servizi da parte di persone non residenti;**
- **Costo stimato: 1,75 mld € per il quinquennio 2022-2026**

Riflessioni finali

- La convenienza è tanto maggiore quanto prima si inizia a contribuire**
- Importanza della continuità della contribuzione, sia per evitare periodi di carenza che per assicurarsi una prestazione da pensionato**
- la base tecnica (e quindi il premio) vale solo se assicurazione COLLETTIVA (nuove esperienze presenti sul mercato ad adesione volontaria ma su popolazioni uniformi)**
- Qualsiasi assicurazione collettiva di LTC va attentamente monitorata nel tempo**
- Il problema della PORTABILITÀ: ricercare una soluzione tecnica condivisa per premettere la portabilità della posizione**
- Prestazione solo durante il periodo di attività o anche durante il pensionamento**
- Familiari**
- Gestire la non autosufficienza di gradi differenti: il legame fra fondi sanitari e LTC**
- Contributo contrattuale a fondo pensione?**

Saluti

Il seguito alle prossime puntate...