

La sfida dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (Long-Term Care): il nodo ineludibile del finanziamento

Marcello Morciano
Università di Modena e Reggio Emilia

Sommario

Tutte le evidenze empiriche evidenziano come l'invecchiamento della popolazione, i cambiamenti delle strutture familiari e nella disponibilità di sostegno informale, i costi crescenti e le modificate aspettative sulla qualità rappresentano una sfida importante per i policymakers che cercano di preservare o espandere il sistema di assistenza agli anziani non autosufficienti (*Long-Term care*) - ovvero l'assistenza non medica fornita alle persone con una capacità funzionale ridotta (fisica o cognitiva) per aiutarle a svolgere le attività quotidiane.

Ad oggi, il sistema LTC italiano è diffusamente considerato sotto-finanziato, confuso e ingiusto, specie se confrontato con quello di altri paesi europei. La spesa pubblica per LTC è pari all'1,6% del PIL, circa 34 miliardi, un valore inferiore alla media europea che si attesta intorno al 2,5%. Esistono inoltre ampie variazioni geografiche e, in tutte le aree del paese, la minoranza di persone che hanno bisogno di cure costose sono spesso tenute a contribuire *out-of-pocket*. All'occhio di molti osservatori, oltre a spendere poco, il nostro paese spende anche male: solo il 57% della spesa è destinato direttamente all'offerta di servizi domiciliari e residenziali (componente sanitaria e socio-assistenziale), mentre il restante 43% è rappresentato da trasferimenti monetari, con prestazioni non graduate alle effettive esigenze del percettore e senza vincoli di utilizzo. In questo contesto e senza alcuna iniziativa di riforma, la spesa LTC è destinata ad aumentare in maniera progressiva del 46% nei prossimi cinque decenni. La legge 23 marzo 2023, n. 33 'Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane' ha l'obiettivo ambizioso di riformare il sistema di assistenza agli anziani, allineandolo alle migliori pratiche europee, ma non definisce chiaramente le modalità di finanziamento necessarie per la sua attuazione. I decreti attuativi successivi hanno, di fatto, ridotto considerevolmente la portata innovatrice. Una valutazione delle opzioni di finanziamento della LTC solleva tre aspetti chiave a cui questo rapporto intende focalizzarsi. In primo luogo, richiede una valutazione del bisogno attuale e futuro. In secondo luogo, è necessaria l'identificazione chiara di un ventaglio di opzioni disponibili, valutate criticamente i pro e i contro di ogni opzione alla luce delle esperienze maturate e degli ostacoli e facilitatori alla loro efficace attuazione. Infine, si pone la questione di identificare l'opzione (o il mix di opzioni) che massimizzano i vantaggi (minimizzano gli svantaggi) in termini di equità ed efficienza di breve e lungo periodo non solo del sistema LTC ma anche del sistema di protezione sociale nel suo complesso.

Introduzione

La storia recente ci ha regalato un grande successo a livello globale: l'aumento considerevole delle aspettative di vita, con molte persone che vivono più a lungo rispetto alle generazioni precedenti. Tuttavia, questo aumento non si traduce necessariamente in un aumento della qualità della vita, soprattutto tra le fasce della popolazione più anziana. Gli effetti di questo cambiamento si fanno sempre più evidenti a Modena come altrove, con un significativo aumento di anziani e grandi anziani che vivono in condizioni di fragilità. Per i prossimi due decenni si attende una crescita ancor più sostenuta, soprattutto della popolazione di 80 anni e più, che a breve comprenderà la folta generazione del *baby boom*.

Questo successo ci pone di fronte ad una sfida importante: come soddisfare al meglio le esigenze di cura e assistenza della popolazione non-autosufficiente, con un sistema di finanziamento equo, sostenibile e adatto alle crescenti esigenze dei prossimi decenni.

La Long-Term Care (LTC) è generalmente definita come un insieme di servizi richiesti da persone con una capacità funzionale ridotta (fisica o cognitiva) e che necessitano di significativo aiuto per soddisfare i loro bisogni personali di base come mangiare, deambulare, lavarsi, vestirsi, eccetera (Colombo et al., 2011). La LTC non è quindi cura medica: si tratta invece di assistenza di base che dura per tutta la durata della vita del beneficiario e coinvolge - nella maggior parte dei casi - il consumo di un prodotto di fine vita per un periodo altamente incerto. Rispetto alle cure sanitarie, la LTC è quindi più sensibile alle variazioni dell'aspettativa di vita, soprattutto tra gli anziani e se in cattiva salute. A differenza delle cure sanitarie però, trattasi di cure ad alta intensità ma di medio-basso livello di specializzazione.

In paesi come il nostro, le esigenze di LTC sono soddisfatte principalmente tramite **la cura informale (non retribuita)** di parenti e amici, soprattutto donne. La sostenibilità presente e futura di questo canale di supporto è però messa a dura prova dall'aumentata partecipazione femminile al mercato del lavoro e della trasformazione delle strutture familiari, con l'emergere di una struttura "4-2-1" - quattro nonni (due coppie di nonni), due genitori (che non hanno fratelli o sorelle) e un solo figlio - emblema di una transizione demografica che riflette la diminuzione del tasso di fertilità e l'aumento delle aspettative di vita in età anziana.

In questo quadro fatto di luci e ombre, la **cura formale** sembra essere l'unico canale espandibile per far fronte ai crescenti bisogni, che dovrà trovare finanziamento da programmi governativi nazionali o sub-nazionali finanziati dalla fiscalità generale o contributi obbligatori, di mercato come le assicurazioni LTC private e l'equity immobiliare, o da pagamenti diretti da parte degli individui. La scelta del canale (o del mix di canali) di finanziamento ha importanti implicazioni economiche di breve, medio e lungo periodo, ingenti effetti redistributivi intra- e inter-generazionali ed effetti spillover su altri settori, in primis quello sanitario e pensionistico.

In questo rapporto cerchiamo di fare il punto della situazione sulla base della letteratura internazionale specialistica sui principali meccanismi di finanziamento, vigenti o in discussione, in diversi paesi avanzati europei e non.

Il rapporto è strutturato come segue. La Sezione 1 offre una fotografia della pressione demografica ed epidemiologica nel contesto locale. La Sezione 2 descrive il sistema di

LTC italiano, utilizzando le principali fonti amministrative disponibili. Si passerà poi a quantificare la dimensione della lacuna di finanziamento necessaria per dare seguito alla legge 23 marzo 2023, n. 33 “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane” e la Prestazione Unica (Sezione 3). Nella Sezione 4 caratterizzeremo le differenti forme di finanziamento ex ante ed ex post della LTC fornendo una stilizzata esposizione di possibili scenari per l’Italia. Una sezione finale conclude.

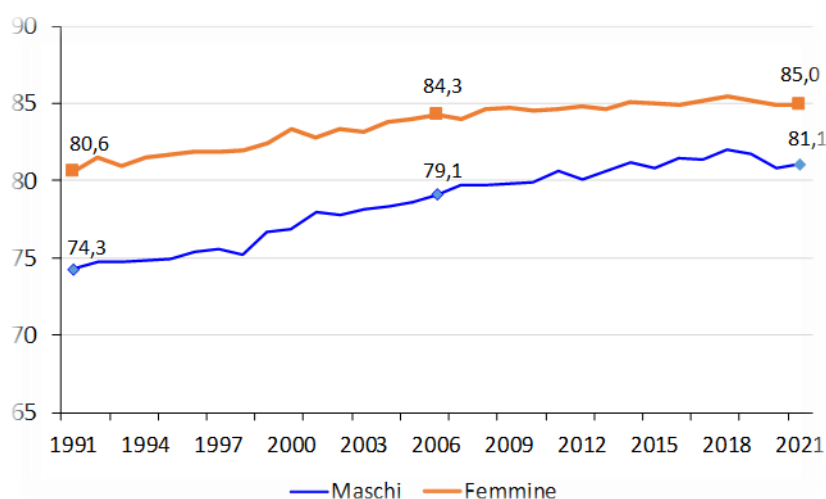
Sezione 1: Evoluzione Demografica, Epidemiologica ed Economica nella Provincia di Modena: Analisi e Tendenze

La provincia di Modena, come il resto d'Italia, sta vivendo un significativo cambiamento demografico, con un aumento della popolazione anziana e un allungamento della speranza di vita. Questo fenomeno è accompagnato da una serie di importanti tendenze epidemiologiche che richiederebbero un'analisi approfondita per comprendere le sfide e le opportunità che si presentano ma che qui di seguito sono solo brevemente riassunte.

Aumento della Speranza di Vita e Riduzione del Gender Gap

Negli ultimi 30 anni, la speranza di vita a Modena è aumentata di 5 anni, con una riduzione del gender gap. Ciò significa che le donne e gli uomini della provincia di Modena stanno vivendo più a lungo e con una maggiore parità di opportunità. Questo risultato è particolarmente significativo, poiché riflette un miglioramento generale della salute e del benessere della popolazione locale.

Evoluzione delle aspettative di vita della popolazione modenese



Una folta popolazione anziana che caratterizza il territorio Modenese

Attualmente, una persona su quattro (23% in Italia e 25% a Modena) ha più di 65 anni. Questo dato è destinato a crescere nei prossimi due decenni, soprattutto a causa della crescita della popolazione di 80+, che a breve comprenderà la folta generazione del baby boom. Ciò implica che la provincia di Modena dovrà affrontare le sfide legate alla gestione dell'età avanzata, alla prevenzione delle malattie e alla promozione del benessere dei suoi cittadini anziani.

Piramide dell'età per la popolazione modenese



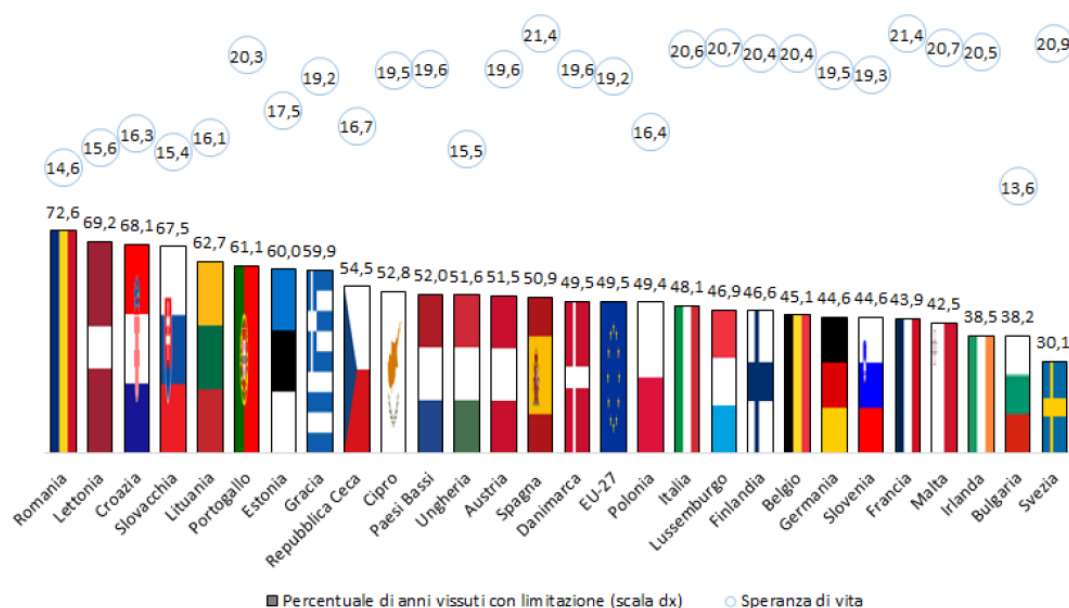
Incidenza degli anni vissuti con limitazioni funzionali

Abbiamo già sottolineato come l'aumento delle aspettative di vita rappresenti uno dei più significativi traguardi raggiunti dalle società moderne, frutto di progressi medici, tecnologici e miglioramenti nelle condizioni socioeconomiche. Tuttavia, questo traguardo non si traduce automaticamente in un miglioramento della qualità della vita, specialmente per le fasce più anziane della popolazione.

I dati Eurostat del 2021 evidenziano come l'Italia, con una speranza di vita a 65 anni pari a 20,6 anni, si collochi tra i paesi europei con le aspettative di vita più elevate, superata solo da Spagna e Francia (entrambe a 21,4 anni), Svezia, Lussemburgo e Malta. All'estremo opposto, paesi come Romania e Bulgaria registrano speranze di vita significativamente più basse, rispettivamente 14,6 e 13,6 anni, con un divario di circa 8 anni rispetto ai paesi più longevi.

Nonostante l'Italia si distingua per la longevità della sua popolazione, un'analisi più approfondita rivela una situazione meno rosea quando si considerano gli anni vissuti in condizioni di salute compromessa. Infatti, quasi la metà della speranza di vita degli italiani over 65 (48,1%) è caratterizzata da limitazioni funzionali o di salute, un dato leggermente inferiore alla media europea (49,5%), ma superiore a quello di molti paesi con una speranza di vita simile. Ad esempio, in Svezia, dove la speranza di vita è tra le più alte d'Europa, solo il 30,1% degli anni vissuti dopo i 65 anni è accompagnato da limitazioni, indicando una migliore qualità della vita nella terza età. La Spagna, invece, presenta una situazione simile a quella italiana, con il 50,9% degli anni vissuti con limitazioni, suggerendo che la longevità non sempre va di pari passo con il benessere.

*Una comparazione europea:
aspettative di vita a 65 anni e anni vissuti con limitazioni funzionali*



Fonte: UPB (2024) Rapporto sulla politica di bilancio, Roma su dati Eurostat (Fig 6.1).

L'evidenza empirica sui trend temporali mostra come a fronte dell'aumento costante della speranza di vita a 65 anni in Italia, gli anni vissuti con limitazioni funzionali sono rimasti sostanzialmente invariati. Questo fenomeno suggerisce che gli anni di vita guadagnati non sono necessariamente anni vissuti in buona salute. Tuttavia, emerge anche una tendenza che potrebbe essere interpretata in modo ottimistico: l'aggravamento delle condizioni di salute legato all'invecchiamento sembra essere posticipato nella stessa misura degli anni di vita aggiuntivi.¹

L'Italia si trova di fronte ad una sfida complessa: da un lato, celebra i successi che hanno portato a una delle più alte speranze di vita al mondo; dall'altro, deve affrontare il problema di garantire una qualità della vita dignitosa alle folte coorti che entrano nella terza età, nel rispetto della sostenibilità del sistema.

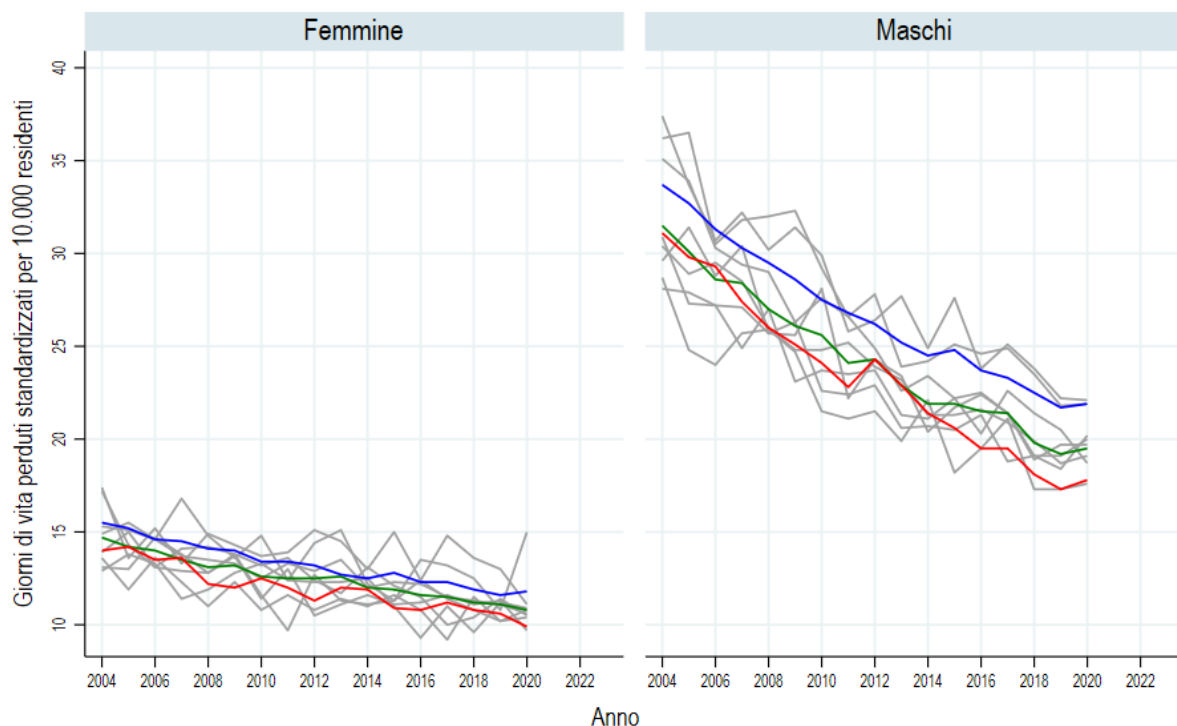
Mortalità Evitabile ed efficacia delle Azioni di Prevenzione

L'analisi della mortalità evitabile permette di valutare l'efficacia delle azioni di contrasto dei decessi prematuri dovuti a cause prevenibili e/o trattabili. La provincia di Modena registra valori tra i più bassi d'Italia in questo ambito, il che indica un buon livello di efficacia delle politiche di prevenzione e di cura. Tuttavia, è importante monitorare il divario rispetto al

¹ Questo fenomeno, noto nella letteratura come "dynamic equilibrium" (Manton KG. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. Milbank Q 1982;60:183-244) implicherebbe che i miglioramenti delle condizioni di salute possano compensare, almeno in parte, l'aumento dei bisogni di cura associati all'invecchiamento della popolazione. Questa teoria si interpone tra le teorie di compressione (Fries JF. Aging, natural death and the compression of morbidity. N Engl J Med 1980;303:130-5.) ed espansione (Gruenberg EM. The failure of success. Milbank Q 1977;55:3-24.) della morbidità.

resto d'Italia e alla media regionale, soprattutto per i guadagni di giorni di vita a favore degli uomini residenti in provincia di Modena

La Mortalità evitabile (0-74 anni) nel territorio modenese



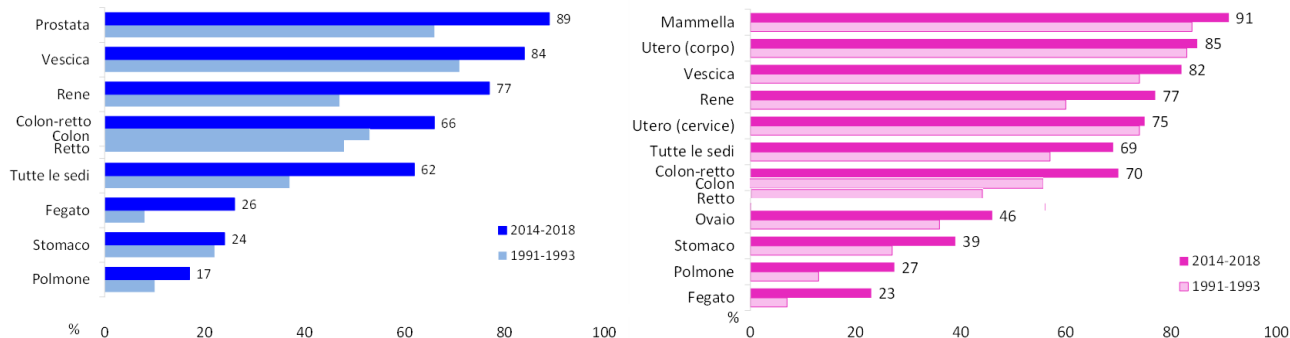
Aumento della Sopravvivenza a 5 anni dei Principali Tumori

In Emilia-Romagna, secondo il Registro tumori regionale, ogni anno si registrano circa 15.800 nuovi casi di cancro tra gli uomini e 14.800 tra le donne, con rispettivamente 7.200 e 6.100 decessi annui. La sopravvivenza a 5 anni è tra le più alte in Italia, con il 60% per gli uomini e il 66,5% per le donne, grazie a nuove terapie e campagne di screening che hanno migliorato la qualità e la durata della vita dei pazienti oncologici.² Specificatamente, i tassi di sopravvivenza sono particolarmente elevati rispetto al contesto nazionale per tutte le tipologie di tumore: il 69% per il tumore al colon-retto, l'89% per quello alla mammella e il 18% per il tumore al polmone. La prevalenza di persone con diagnosi di tumore nei 5 anni precedenti è stimata in oltre 4.358 casi per 100.000 abitanti, pari a circa 199.160 persone, rappresentando circa il 4% della popolazione regionale. L'analisi dei trend temporali, dal 2006 al 2024, evidenziano un quadro positivo. L'incidenza è rimasta stabile, con circa 650-700 nuovi casi annui per 100.000 abitanti, mentre la mortalità è

² A livello nazionale, nel 2020, la prevalenza di persone con diagnosi di tumore era di circa 3,6 milioni (il 6% della popolazione), con un aumento del 36% rispetto al 2010. In Italia, il 52% delle donne e il 39% degli uomini con tumore possono guarire, una differenza legata alla maggiore incidenza di tumori a prognosi più grave negli uomini. Tra i tumori più comuni, negli uomini prevalgono quelli alla prostata, polmone, colon-retto, vescica e melanoma, mentre nelle donne sono più frequenti quelli alla mammella, colon-retto, polmone, corpo dell'utero e melanoma.

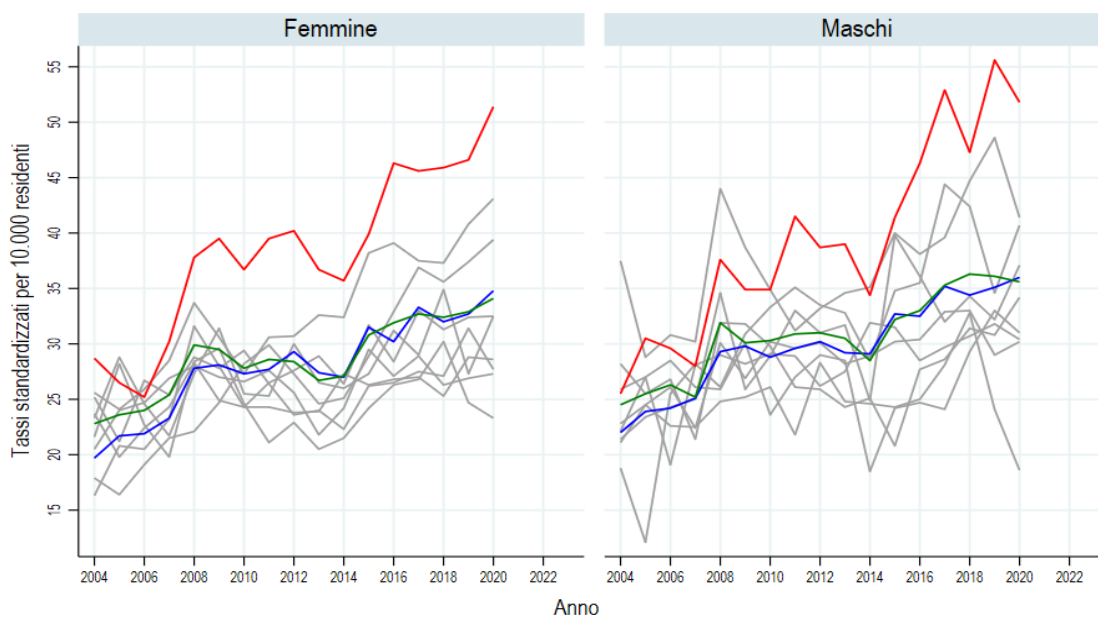
diminuita significativamente, passando da circa 250 a poco più di 200 decessi per 100.000 abitanti previsti per il 2024. Questo progresso è attribuibile ai miglioramenti nella diagnosi precoce, nelle terapie e nella gestione dei tumori.

Sopravvivenza per tumori nel territorio modenese



La popolazione modenese è caratterizzata da una aspettativa di vita molto elevata, che si traduce in una percentuale elevata di "grandi anziani". Tra questi risultano molto diffuse patologie come le demenze e le malattie del sistema nervoso. La mortalità per demenze è in significativo aumento a Modena, con livelli più alti di quelli registrati a livello nazionale e nelle altre province dell'Emilia-Romagna. Non si rilevano differenze significative nei livelli e nei tassi di crescita standardizzati tra genere.

Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più)



Note: Elaborazioni proprie su dati BES territori 2023.
Modena in rosso. Altre province ER in grigio. Media ER in verde. Media Italia in blu.

Sezione 2: La situazione attuale e prospettica del sistema LTC italiano

Una quantificazione della spesa per LTC è fornita nel Rapporto della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) sulle tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario³. L'aggregato di spesa LTC è definito in coerenza con le indicazioni metodologiche contenute nelle linee guida elaborate dall'OCSE, utilizzando la classificazione del System of Health Accounts (SHA). La spesa pubblica per LTC viene quindi suddivisa nelle seguenti tre componenti: **la spesa sanitaria per LTC** (40.5% del totale della spesa), **le indennità di accompagnamento** (43%) e le **altre prestazioni socioassistenziali** (16.5%) erogate a livello locale, rivolte ai disabili e agli anziani non autosufficienti. Si noti come le prestazioni monetarie, complessivamente, arrivano a circa metà della spesa.

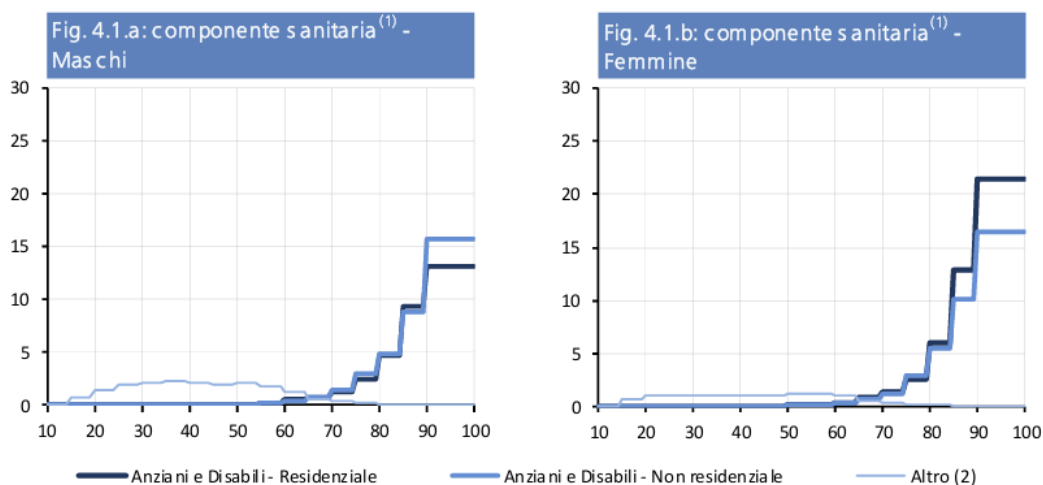
Il dato sulla componente sanitaria LTC evidenzia un importante aspetto: il consumo di servizi sanitari, in particolare quelli di LTC, aumenta significativamente con l'età. In altri termini, mentre l'utilizzo di servizi sanitari in generale (acute care) cresce con l'età, l'incremento per i servizi LTC è ancora più marcato, mostrando un gradiente più ripido. Questo significa che la popolazione anziana, e in particolare la fascia di età più avanzata, necessita di un'assistenza di lunga durata più intensa e prolungata rispetto alle cure per patologie acute. Il documento evidenzia anche una differenziazione significativa tra maschi e femmine, nonché tra differenti tipologie di assistenza, in contesti residenziali e non residenziali.⁴

³https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2024/Ltdmlpdspess-2024.pdf

⁴ Diversamente, la terza componente "Altro", relativa alle dipendenze e ai malati psichiatrici, evidenzia un consumo più elevato da parte dei più giovani rispetto agli anziani.

Profilo per età delle componenti di spesa sanitaria pubblica per LTC rispetto alla componente sanitaria

Fig. 4.1: profilo per età delle componenti di spesa sanitaria pubblica per LTC

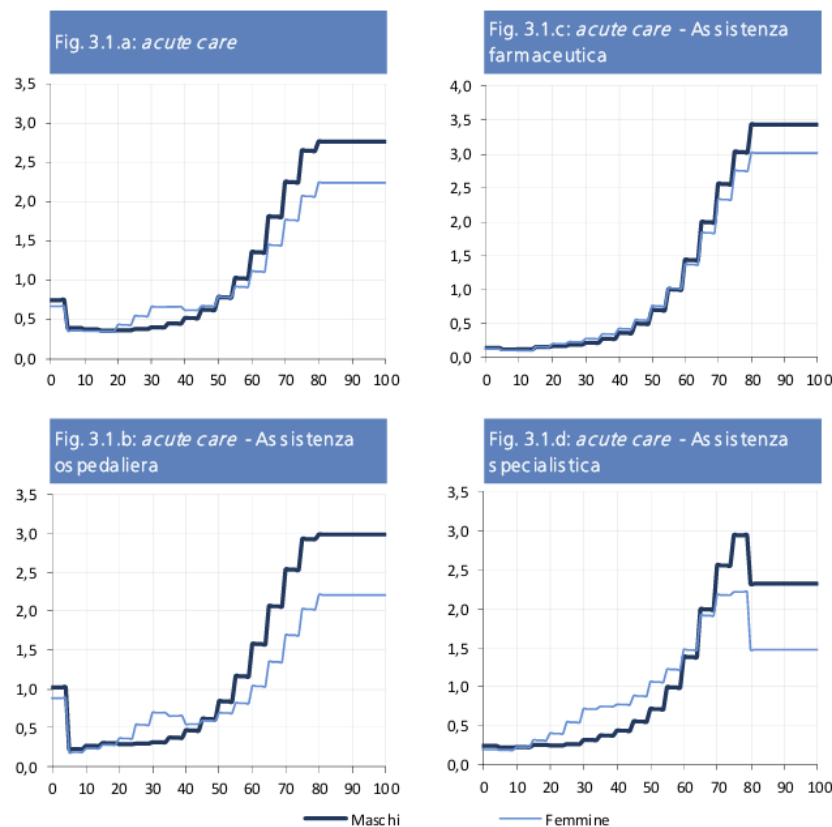


(1) Spesa pro capite per età in rapporto alla spesa pro capite complessiva.

(2) Assistenza rivolta ad acolitisti, tossicodipendenti e malati psichiatrici, in qualunque forma erogata.

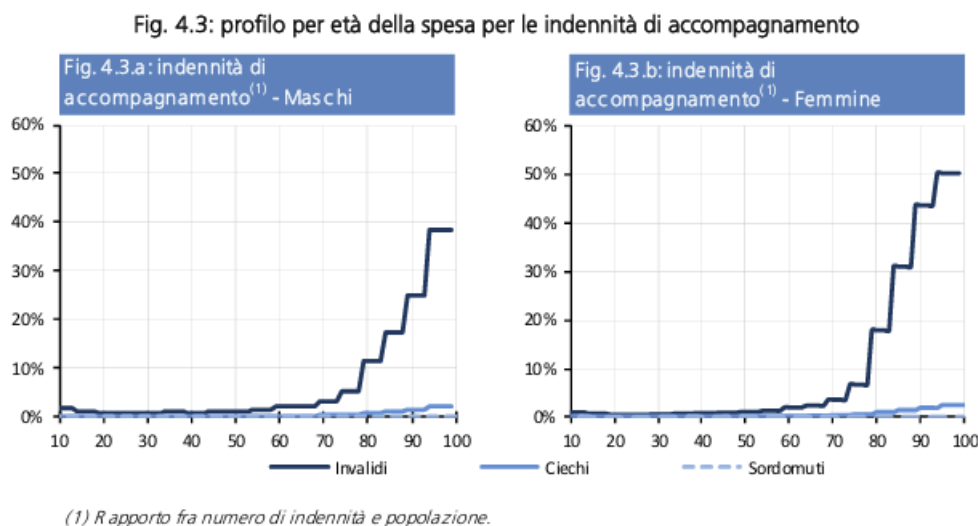
Fig. 3.1: profili del consumo sanitario per età, sesso e tipologia di prestazione

Spesa pro capite per età e sesso in rapporto alla spesa pro capite complessiva



Fonte: Le Tendenze Di Medio-Lungo Periodo Del Sistema Pensionistico e Socio-Sanitario, Rapporto n.25.

L'altra componente all'interno della spesa pubblica per LTC è data dalle componenti cash. In questa componente figurano le indennità erogate a invalidi civili, ciechi e persone con disabilità gravi. Anche questa componente è fortemente correlata con l'età, con la quasi totalità concentrata tra gli invalidi civili. Come vedremo in seguito, la principale prestazione disponibile in termini di copertura e spesa, è l'Indennità di Accompagnamento, prestazione monetaria erogata ad invalidi civili totali in grave condizioni psico-fisiche. Queste coprono la quasi totalità della spesa complessiva, e sono fortemente correlate con l'età.⁵

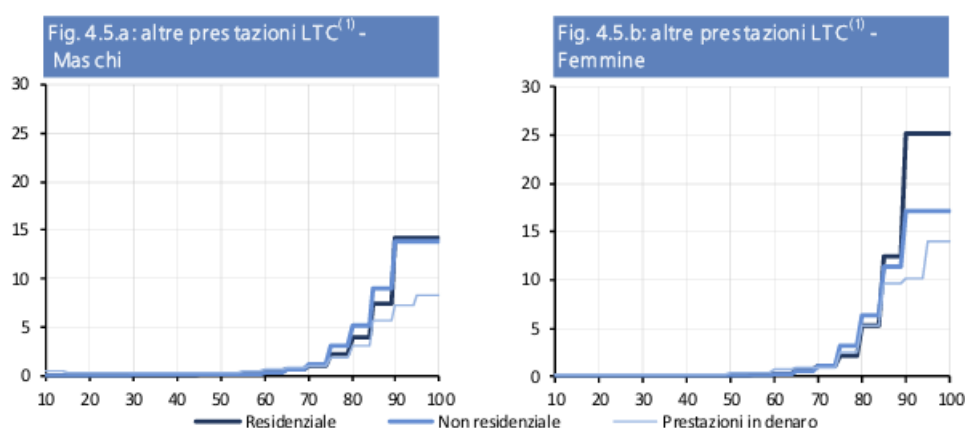


Fonte: Le Tendenze Di Medio-Lungo Periodo Del Sistema Pensionistico e Socio-Sanitario, Rapporto n.25.

L'aggregato "Altre prestazioni LTC" raccoglie un insieme prevalente di prestazioni in natura eterogenee, erogate a livello locale per finalità socio-assistenziali in forma residenziale e semi-residenziale. I profili per età stimati sono illustrati nella figura seguente per uomini e donne, espressi in termini del valore medio riferito all'intera popolazione. E' evidente che questo genere di prestazioni è rivolto prevalentemente ai grandi anziani. Le donne presentano un consumo maggiore dei maschi, soprattutto in relazione all'assistenza residenziale.

⁵ Diverso è, invece, il caso delle indennità di ciechi e sordomuti, per le quali il legame con l'età è quasi assente.

Fig. 4.5: profilo per età della spesa per le "Altre prestazioni LTC"



(1) Spesa pro capite per età in rapporto alla spesa pro capite complessiva.

(2) Assistenza rivolta ad alcolisti, tossicodipendenti e malati psichiatrici, in qualunque forma erogata.

(3) Rapporto fra numero di indennità e popolazione.

Fonte: *Le Tendenze Di Medio-Lungo Periodo Del Sistema Pensionistico e Socio-Sanitario, Rapporto n.25.*

L'aspetto evidente da queste analisi è che anche assumendo costanza nel gradiente delle varie componenti di spesa LTC con età, l'aumento della speranza di vita e della numerosità degli anziani previste per i prossimi anni comporterà una crescente domanda di servizi LTC che pone importanti sfide al nostro sistema di welfare in termini di sostenibilità economica e organizzativa, richiedendo una pianificazione attenta delle risorse e lo sviluppo di modelli assistenziali adeguati alle esigenze di una popolazione sempre più longeva. A "bocce ferme", assumendo quindi nessuna variazione nelle politiche LTC, la spesa per LTC è destinata ad aumentare significativamente.

Un dato rilevante che emerge dalle proiezioni ufficiali è la crescita esponenziale della spesa (LTC) rispetto a quella, pur in crescita, per pensioni e sanità. Si prevede che la quota di PIL destinata alla LTC aumenterà in modo significativo, passando dall'1,63% del 2023 al 2,38% nel 2070. L'aumento, secondo RGS, sarà costante e uniforme fino al 2060. Questa diversa dinamica di spesa, combinata con l'evoluzione demografica, determinerà modesti spostamenti di risorse tra le componenti di spesa (Fig. 4.8.b), ma soprattutto una redistribuzione più marcata tra le fasce d'età (Fig. 4.8.c). In futuro, una porzione sempre maggiore della spesa per LTC sarà indirizzata agli individui con più di 80 anni, a scapito delle fasce d'età inferiori.

Fig. 4.8: spesa pubblica per *long-term care* - Scenario nazionale base

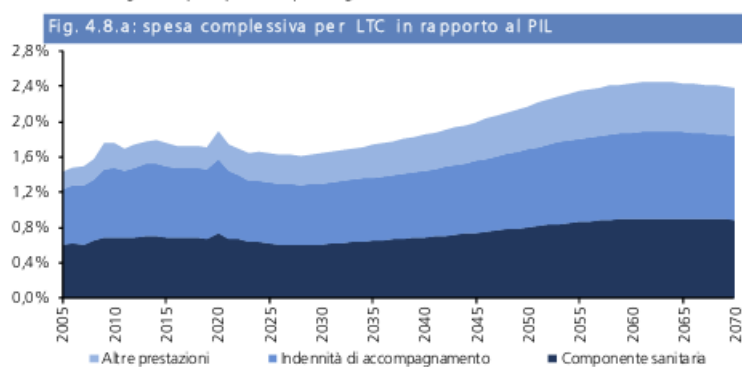
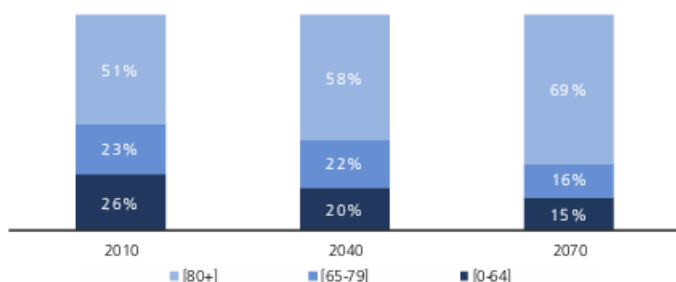


Fig. 4.8.b: distribuzione per componente ⁽¹⁾



Fig. 4.8.c: distribuzione per fascia di età ⁽¹⁾



(1) La somma dei valori relativi alle singole componenti può non corrispondere con il totale per effetto degli arrotondamenti

Fonte: *Le Tendenze Di Medio-Lungo Periodo Del Sistema Pensionistico e Socio-Sanitario, Rapporto n.25.*

Finanziare l'assistenza a lungo termine (LTC) è una sfida cruciale per l'Italia, soprattutto considerando l'aumento previsto della spesa del 46%. La proposta di assorbire una crescita dello 0,75% del PIL spalmata sul periodo in previsione è un punto di partenza, ma è necessario considerare una serie di aspetti importanti.

La stima di crescita RGS potrebbe essere sottostimata per diverse ragioni, legate sia a fattori economici sia a dinamiche demografiche e strutturali. Il legame tra aumento dell'aspettativa di vita e morbidità richiamato in precedenza è senza dubbio un aspetto rilevante. L'età in sé è quindi considerata solo un "red herring".⁶ L'aumento delle malattie croniche e degenerative, come l'Alzheimer e altre forme di demenza, potrebbe richiedere

6 Zweifel, P., Felder, S., Meiers, M.: Ageing of population and health care expenditure: a red herring? Health Econ. 8, 485–496 (1999) ; Werblow, A., Felder, S., Zweifel, P.: Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings'? Health Econ. 16, 1109–1126 (2007)

un'assistenza più intensiva e prolungata. Inoltre, Il rapporto tra popolazione anziana e popolazione attiva è destinato a peggiorare, riducendo la capacità di autofinanziamento del sistema attraverso i contributi dei lavoratori e il relativo aumento del peso di altre componenti della spesa pubblica, in primis sanità e pensioni. Ulteriori aspetti che potrebbero modificare (aumentare) considerevolmente le stime di spesa LTC riguardano, ad esempio, la riduzione delle possibilità dei figli di fornire cure informali ai genitori da controbilanciare con cure formali, la riduzione prospettica dei redditi dei futuri pensionati (per effetto del peso crescente della regola contributiva nel metodo di calcolo delle pensioni) che riduce la loro disponibilità a fronteggiare i costi privati della LTC e l'aumento delle aspettative sulla qualità delle cure. Un numero crescente di persone potrebbe ad esempio preferire l'assistenza domiciliare rispetto alle strutture residenziali, il che potrebbe ridurre ma anche comportare costi aggiuntivi. Stessa incertezza sull'effetto sui costi riguarda l'introduzione di nuove tecnologie assistive per anziani non-autosufficienti. Meno ambigui sono gli effetti di aumento del costo del lavoro, in un settore molto orientato alla cura personale; l'Inflazione che erodendo il potere d'acquisto, comporterebbe un aumento dei costi reali dei servizi LTC.

Un fattore cruciale, finora non considerato, riguarda l'efficacia e la sostenibilità dell'attuale modello di LTC italiano. Approfondiremo questo aspetto nel seguito della trattazione.

In Italia, il sistema di LTC presenta ancora notevoli criticità, essendo considerato da molti come sotto-finanziato, confuso e ingiusto. L'assenza di una riforma nazionale organica ha determinato un quadro frammentato e disomogeneo, caratterizzato da significative differenze tra le Regioni. Questa frammentazione è dovuta anche al coinvolgimento di diversi livelli di governo e istituzioni, ciascuno con un proprio ruolo nel finanziamento, nella programmazione e nella gestione dei servizi.

A livello centrale, l'INPS eroga principalmente prestazioni monetarie, mentre l'INAIL interviene in caso di infortuni sul lavoro o malattie professionali. L'assistenza sanitaria è garantita dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), mentre l'assistenza sociale, a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione (Legge 3/2001), è di esclusiva competenza legislativa delle Regioni. Nonostante ciò, lo Stato ha il compito di definire i Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), che tutelano i diritti civili e sociali su tutto il territorio nazionale, e di assicurare il relativo finanziamento e la perequazione delle risorse. Lo Stato, inoltre, detiene poteri sostitutivi da attivare qualora sia necessario garantire il rispetto dei LEP. La progettazione e la gestione del sistema locale dei servizi sociali, nonché l'erogazione delle prestazioni, sono di competenza dei Comuni e degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), forme associative tra Comuni autorizzate dalle Regioni.

Come evidenziato in precedenza, un ruolo significativo è svolto dalla **cura informale**, garantita dalle famiglie e dalle reti di comunità, come amici e vicini. La famiglia continua a rappresentare il principale punto di riferimento per l'assistenza, ma il livello di supporto fornito dal nucleo familiare varia in base alla situazione economica. In particolare, dalle elaborazioni fornite da UPB, la dipendenza dal sostegno familiare è più elevata tra le persone con redditi più bassi (88% nel primo quintile di reddito) e diminuisce all'aumentare delle risorse finanziarie, attestandosi al 78,9% per coloro che appartengono al quintile di reddito più alto. Il **mercato privato** comprende diversificati mercati locali di cura

residenziale e semi-residenziale e un'alta percentuale di assistenti personali (badanti), spesso immigrate e prevalentemente donne, non sempre assunte con regolare contratto. Nel delicato trade-off tra cure al domicilio e ricovero in istituti per anziani⁷, gli assistenti personali giocano un ruolo rilevante. Il soggetto che per sé o per altri opta per la prima soluzione si trova poi di fronte ad un ulteriore complesso bivio: quello tra l'assunzione regolare o in nero del caregiver. Sebbene quest'ultimo genere di discrezionalità non dovrebbe sussistere, evidenze empiriche rivelano che non è così. Secondo i dati ISTAT relativi al 2019, il tasso di irregolarità nel settore composto da colf e badanti è pari al 57%, ben al di sopra rispetto alla media di tutti i settori, che si assesta al 12,6%.⁸ Sempre nel 2019, il numero di badanti regolarmente censito dall'INPS ammontava a circa 407 mila lavoratori. Questi rappresentano tuttavia solo il 41% degli assistenti familiari effettivamente impiegati nelle case degli italiani⁹, che pertanto sarebbero quasi un milione. Un segnale positivo è *probabilmente* rappresentato dall'incremento delle assunzioni di badanti registrato nel 2022, anno in cui si è arrivati a contare 429.426 caregivers regolari, di cui il 91% donne¹⁰.

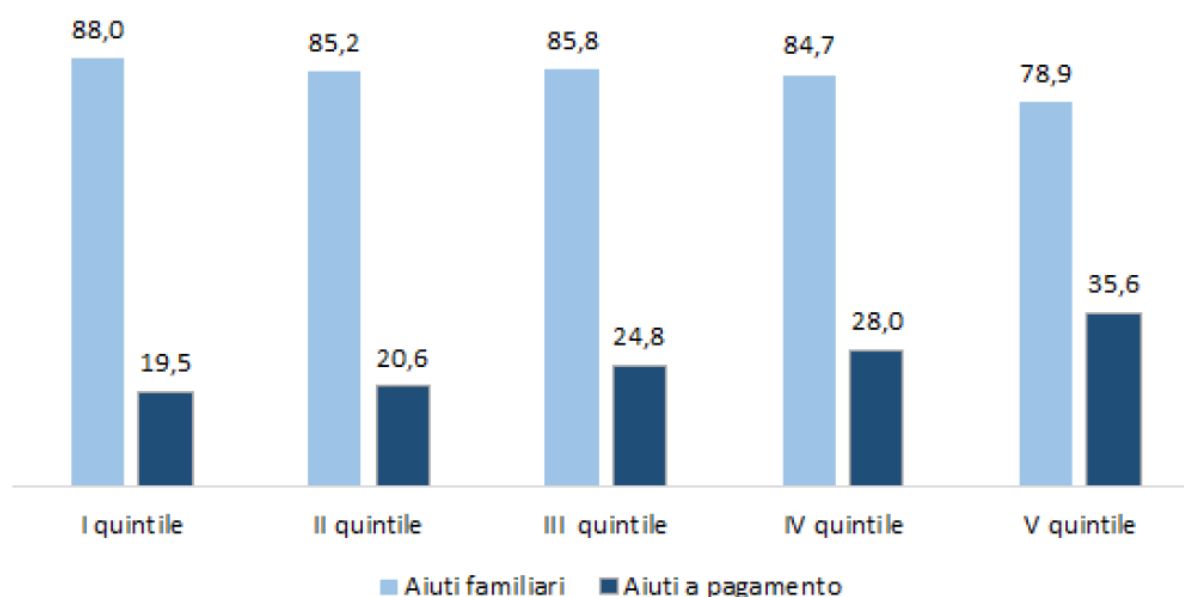
7 Stando a quanto emerge dalla seconda indagine Censis sulle famiglie associate ad Assindat-colf, il 58,5% di esse preferisce assumere una badante per assistere un parente anziano piuttosto che ricorrere a una RSA (Residenza sanitaria assistenziale). Solo il 41,5% delle famiglie prende in considerazione l'opzione ricovero, e di queste, il 21,3% si rivolgerebbe a una struttura convenzionata, il 14,2% a una privata, mentre solo il 6% al pubblico [Fonte: Il Sole 24 ore, Luglio 2022].

8 Le famiglie preferiscono le badanti alle case di riposo. Ma la metà è pagata ancora in nero - Info Data (ilsole24ore.com)

9 Fonte: stime DOMINA/FLM su dati ISTAT

10 Prime esplorazioni tabella voucher (inps.it)

Fig. 6.7 – Persone con più di 64 anni con gravi difficoltà nelle attività quotidiane distinte per tipologia di aiuti ricevuti e quintili di reddito (valori percentuali)



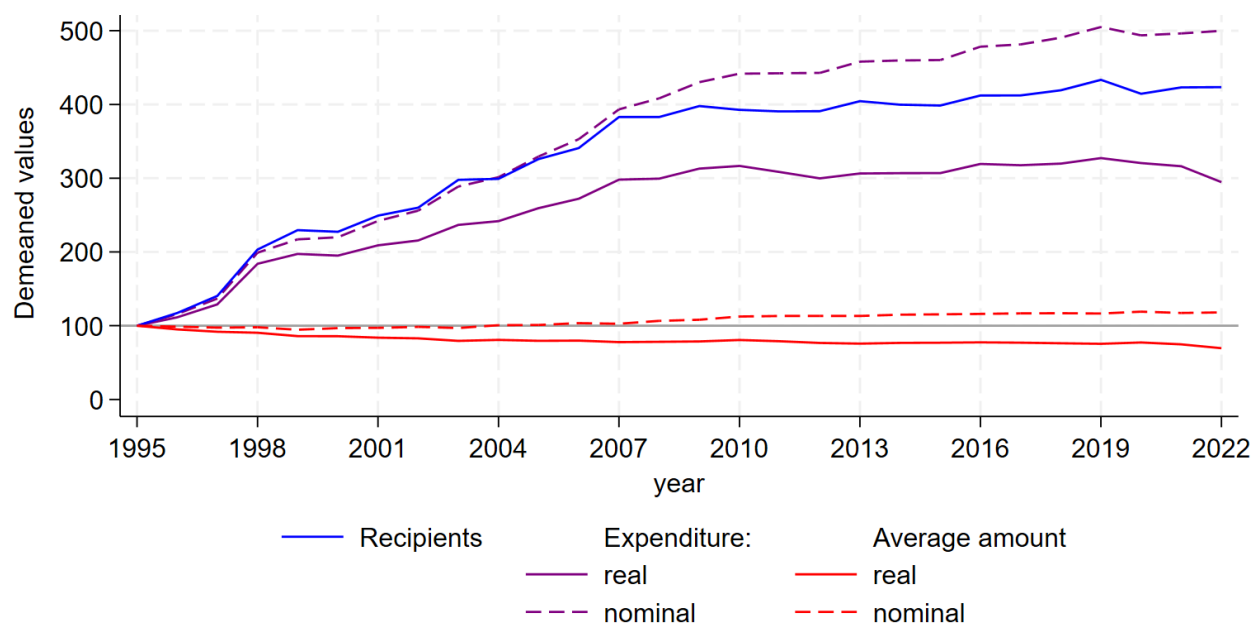
Fonte: elaborazioni su dati EHIS riferita al 2019.

Nota: Figura tratta dal rapporto UPB op. cit.

Nel complesso quindi, L'Italia spende poco e male in materia di LTC. Una parte significativa della spesa pubblica è destinata a prestazioni monetarie, che, allo stato attuale, non sono calibrate sui reali bisogni assistenziali dei percettori e non creano sufficienti disincentivi al lavoro nero di cura.

Una riforma complessiva delle politiche di LTC è quindi attesa da tempo, anche per adeguare il nostro sistema alle nuove dinamiche demografiche, sociali ed economiche. Già alla fine degli anni Novanta, la Commissione Onofri aveva individuato alcuni passaggi fondamentali per una riforma, proponendo la creazione di un Fondo per la Non-Autosufficienza basata sul modello tedesco, con copertura assicurativa estesa a tutta la popolazione. Nonostante le numerose analisi e proposte di esperti, la riforma non è mai stata attuata. Tra le principali ragioni di questo ritardo vi sono i vincoli di bilancio legati agli squilibri della finanza pubblica e le resistenze a modificare il principale strumento di sostegno esistente, ossia l'Indennità di Accompagnamento. Quest'ultima è quindi diventata una sorta di tampone che seppure con relativa alta copertura nazionale, garantisce un sostegno minimo ad anziani non-autosufficienti di fronte alla carenza cronica di servizi pubblici, non solo legati alla LTC, soprattutto in alcune realtà del sud Italia, dove la percentuale di percettori di Indennità di Accompagnamento è tra le più alte del Paese.

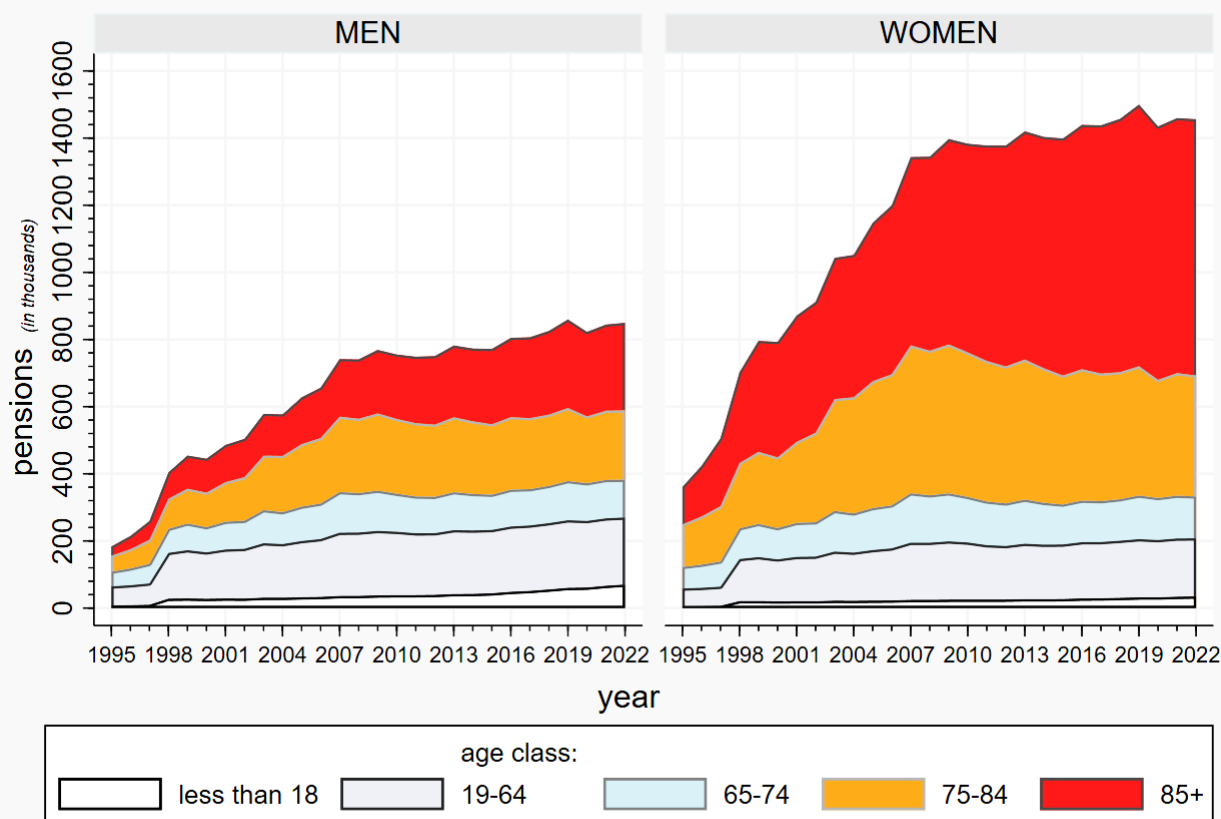
Spesa, percettori e ammontare medio dell'Indennità di Accompagnamento (IdA) negli ultimi 25-30 anni



Notes: Demeaned values w.r.t. 1995

Note: Elaborazioni proprie su dati INPS.

Composizione dei percettori IdA per età e genere



Note: Elaborazioni proprie su dati INPS.

Un ulteriore ostacolo è rappresentato dal processo incompleto di attuazione del federalismo fiscale. Sebbene la riforma del Titolo V della Costituzione e la legge delega sul federalismo fiscale (Legge 42/2009) abbiano abolito i vincoli di destinazione dei finanziamenti centrali alle Regioni, l'ancoraggio ai Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) ha creato nuove difficoltà. La definizione dei LEP nelle aree della disabilità e della non autosufficienza è rimasta incerta, con il Governo preoccupato di doverli finanziare e le Regioni che lamentano la mancanza di risorse per garantirli. Di conseguenza, il Fondo nazionale per le non autosufficienze (istituito con la Legge 296/2006) e altri fondi per la disabilità sono rimasti sottofinanziati, nonostante un progressivo aumento delle risorse negli anni. L'incertezza sui ruoli e sui rapporti tra i diversi livelli di governo ha ulteriormente complicato l'attuazione della riforma.

In attesa di una riforma nazionale, i Comuni e le Regioni hanno adottato iniziative locali, sviluppando modelli di assistenza che variano da contributi economici e assegni di cura a servizi domiciliari e residenziali. Tuttavia, questi interventi risultano frammentati e disomogenei sul territorio, con modalità diverse di integrazione tra assistenza sociale e sanitaria.

In questi 26 anni, si sono alternati periodi di attenzione e disattenzione verso la tematica LTC. Oggi siamo forse verso la fine di una fase che era carica di aspettative, favorita da diversi fattori: l'impatto del COVID, che ha acceso i riflettori dell'opinione pubblica sulla fragilità del sistema di assistenza, la disponibilità di risorse straordinarie grazie al PNRR e una nuova finestra di opportunità che poteva allineare il nostro sistema agli standard europei, già riformati da tempo.

Il percorso che ha portato alla recente riforma del governo Meloni, culminato con la promulgazione del decreto attuativo, affonda le sue radici in un processo gestionale avviato prima dell'attuale esecutivo. Probabilmente grazie ai finanziamenti del PNRR, ma soprattutto grazie alla spinta propulsiva di un "lobbismo buono" promosso dal prof. Gori e al Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza¹¹, il governo Draghi, il 12 ottobre 2021, già in fase di transizione verso una maggioranza di destra dopo le elezioni di settembre, ha recepito molte delle proposte elaborate dal Patto.

Il Patto prevedeva la creazione di un settore unitario, il Sistema Nazionale di Assistenza agli Anziani, un nuovo processo di valutazione della disabilità e l'ampliamento dell'offerta di servizi, condizionato però dalla disponibilità di finanziamenti aggiuntivi. Inoltre, proponeva l'introduzione di una Prestazione Universale e la riforma dell'Indennità di Accompagnamento.¹² A gennaio 2023, il governo Meloni ha approvato il disegno di legge delega (Legge 33/2023), sostanzialmente ereditato dalla legislatura precedente, rinviando ai successivi decreti attuativi l'attuazione concreta delle norme. A marzo 2024, il Decreto 29/2024 è stato pubblicato, ma non contiene indicazioni attuative chiare. Anzi, riscrive in parte la legge delega, modificandone alcuni contenuti. La Conferenza delle Regioni ha espresso un parere negativo, le commissioni parlamentari hanno sollevato obiezioni e il Patto per un Nuovo Welfare ha formulato diverse critiche.

Di recente, è stato introdotto un «bonus anziani» in via sperimentale per il biennio 2025-26, con requisiti di accesso molto stringenti. Si tratta di una *prestazione aggiuntiva* all'IdA, destinata a sostenere l'acquisto di servizi domiciliari di cura formale, con un importo mensile di 850 euro. Per accedere al bonus, i beneficiari devono soddisfare tre condizioni: 1. Avere un'età superiore agli 80 anni; 2. Trovarsi in una condizione di gravissima disabilità; 3. Presentare un ISEE inferiore a 6.000 euro. La misura è quindi rivolta a un numero limitato di beneficiari: l'UPB stima che possano accedervi circa 25 mila persone su tutto il territorio nazionale, corrispondenti all'1,3% degli attuali percettori dell'IdA. Questa sperimentazione, se da un lato mira a testare l'efficacia di un sostegno mirato per le fasce più vulnerabili, dall'altro solleva dubbi sulla sua effettiva capacità di rispondere ai bisogni più diffusi della popolazione anziana non autosufficiente data la ristrettezza dei suoi criteri di accesso.

Abbiamo quindi visto come la "socializzazione" della LTC, ovvero l'assunzione di una responsabilità pubblica (almeno parziale) nella copertura di questo rischio attraverso strumenti integrati, rappresenta un processo complesso e pieno di ostacoli. Tra le difficoltà principali vi sono la frammentazione degli attori coinvolti (diversi livelli di governo,

11 Patto non autosufficienza - Una risposta concreta per gli anziani

12 Per dettagli si rimanda a https://iris.unimore.it/retrieve/92c67492-46a9-4245-9717-0210b4fc069d/DASU_WorkingPapers_Ranci_LPS.23.pdf

assicurazioni private, erogatori di servizi a scopo di lucro e non, famiglie e comunità) e l'intreccio tra i diversi sistemi di protezione sociale (sanitario, assistenziale e previdenziale). Inoltre, la necessità di reperire risorse per finanziare un nuovo programma di welfare costituisce una sfida significativa. Per superare queste barriere, sarà necessario un impegno coordinato per ridefinire i ruoli, ottimizzare le risorse e creare un quadro sostenibile per l'assistenza a lungo termine in Italia.

Sezione 3: Quante risorse servirebbero per modernizzare il sistema LTC italiano

Come lucidamente osservato nell'ultimo libro edito dal Patto¹³, guardando al futuro, le opzioni disponibili sono tre: rammendare il sistema, intervenendo con correttivi puntuali per risolvere le criticità più urgenti; riordinare il sistema, riorganizzando le competenze e le risorse per migliorarne l'efficienza; o ricomporre il sistema, delineando una nuova architettura equa e sostenibile nel medio-lungo periodo, ispirandosi anche alle esperienze di altri paesi europei che hanno già riformato con successo i loro sistemi di assistenza a lungo termine.

Nel seguito descriviamo la proposta di riforma presentata dal Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza focalizzandoci sulla sostituzione dell'IdA con la Prestazione Universale, con graduazione del bisogno assistenziale e degli importi erogati (dagli attuali 527 euro fino a 1.500 euro), con la possibilità di scegliere tra prestazioni in denaro o servizi.

Membri del CAPP¹⁴ (Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche, UNImore) e di OCIS (Osservatorio Internazionale per la Coesione e l'Inclusione Sociale)¹⁵ hanno stimato la spesa della riforma, adottando un approccio articolato in più fasi. Innanzitutto, è stato calcolato il numero di beneficiari over 65 per ciascuna fascia di gravità del bisogno assistenziale, assumendo che il totale coincida con quello dei beneficiari dell'IdA al 1° gennaio 2023, inclusi sia coloro che risiedono a domicilio sia quelli in strutture residenziali. Successivamente, è stata stimata la quota di beneficiari che, per ciascuna fascia, opterà per l'erogazione di servizi anziché di prestazioni monetarie. Questa scelta (il take up), è stata modellata sulla base di esperienze internazionali, in particolare quella tedesca: per le fasce di gravità 1 e 2, si è ipotizzato un take up rispettivamente del 20% e del 30%, mentre per le fasce 3 e 4, caratterizzate da bisogni più complessi, si è stimato un take up del 40% e del 70%, considerando anche l'elevata presenza di utenti in RSA che già fruiscono di servizi.

13 Il nuovo volume del Patto: una guida sulla riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti - Patto non autosufficienza Una risposta concreta per gli anziani

14 CAPP - Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche | Dipartimento di Economia Marco Biagi

15 Osservatorio Coesione Sociale – Sito Osservatorio Coesione Sociale

Tabella 1. Distribuzione percentuale dei beneficiari PU per fascia di gravità e importi relativi alle due opzioni (trasferimento monetario o servizi).

Fascia di gravità	Distribuzione percentuale dei beneficiari	Opzione trasferimento monetario (euro mensili)	Opzione servizi (euro mensili)
1 (minima)	59,3	527	750
2 (media)	26,3	550	850
3 (elevata)	10,6	600	1.200
4 (molto elevata)	3,8	700	1.500

Nota: La suddivisione in fasce di gravità è stata ricavata imputando un punteggio di disabilità ad un campione rappresentativo della popolazione italiana over 65. Il punteggio ha tenuto conto di: funzioni ADL e IADL svolte non in modo autonomo, ridotta mobilità intra ed extra domestica, presenza di deficit sensoriali, presenza di almeno tre malattie croniche, Alzheimer o demenza senile. Si veda il capitolo 3 per un'analisi di dettaglio.

Fonte: Ranci, C., Audino F., Mazzaferro C. e Morciano M. (2024) "Stima del fabbisogno e della spesa long term-care in Italia: valutazioni ex-ante di una proposta di riforma" Working paper, DASTU WORKING PAPERS, DASTU, Dipartimento di Architettura e Studi Urbani, 2024.

https://iris.unimore.it/retrieve/92c67492-46a9-4245-9717-0210b4fc069d/DASTU_WorkingPapers_Ranci_LPS.23.pdf

Sulla base di queste stime, è stato calcolato il costo lordo complessivo della riforma, tenendo conto anche dei risparmi derivanti dalla maggiore regolarizzazione dei rapporti di lavoro delle assistenti familiari, che genererebbe un aumento del gettito contributivo e fiscale (effetto emersione). La spesa è stata poi proiettata a partire dal secondo semestre del 2024, con una previsione di implementazione graduale nell'arco dei quattro anni successivi.

I risultati delle stime, presentati di seguito, si basano su evidenze empiriche recenti e su assunzioni tratte da esperienze internazionali per gli aspetti privi di dati consolidati. Questo approccio ha permesso di delineare un quadro realistico del fabbisogno finanziario della riforma, considerando sia i costi diretti sia i potenziali risparmi legati alla regolarizzazione del lavoro di cura. Su un totale di 1.474.000 beneficiari della Prestazione Universale, si stima che 425.000 (circa il 30% degli attuali beneficiari IdA) opteranno per l'opzione servizi. Di questi, circa la metà sono già utenti di servizi residenziali, il che implica che solo il 15% degli attuali beneficiari IdA passerebbe effettivamente ai servizi. Questa ipotesi, considerata cauta e ragionevole, tiene conto delle attuali carenze infrastrutturali del sistema LTC italiano, in particolare per i servizi domiciliari.

La stima indica che l'introduzione della nuova Prestazione Universale richiederebbe una spesa aggiuntiva di circa 2,5 miliardi di euro a pieno regime, con una spesa complessiva di circa 12 miliardi di euro all'anno. Tuttavia, considerando i risparmi derivanti dalla regolarizzazione dei contributi e dal flusso contributivo generato dall'opzione servizi, la spesa netta si ridurrebbe a circa 2 miliardi di euro. L'implementazione graduale della riforma comporterebbe un incremento annuo di spesa pari a circa 570 milioni di euro per i prossimi 4-5 anni, con un aumento complessivo del 27% rispetto alla spesa attuale per l'IdA. Tenendo conto dei maggiori gettiti contributivi e fiscali, l'aumento netto si attesterebbe intorno al 20%. La stima si basa su diverse assunzioni, tra cui la più incerta riguarda il take up dell'opzione servizi, ovvero quanti beneficiari sceglieranno di usufruire

dei servizi anziché delle prestazioni monetarie. Sulla base dell'esperienza internazionale, è plausibile che questa quota aumenti nel tempo, anche in conseguenza della riforma così come il potenziale numero di domande di PU (rispetto a IdA) anche per via della sua aumentata generosità. Secondo la Ragioneria Generale dello Stato, la spesa potrebbe anche raggiungere i 29 miliardi, con un incremento netto di circa 20 miliardi. Da notare come la stima ufficiale RGS faccia notare, almeno implicitamente, una platea di anziani non-autosufficienti e i loro bisogni di cura di gran lunga maggiori rispetto all'attuale spesa pubblica per LTC.

Tabella 2. Distribuzione dei beneficiari PU secondo la fascia di gravità e le due opzioni, e stima della spesa complessiva.

Fascia di gravità	Totale beneficiari PU	Take up opzione servizi	Beneficiari che scelgono opzione servizi	Beneficiari che scelgono opzione cash	Stima della spesa complessiva (mln €)
1 (minima)	814.352	0,20	162.870	651.482	5.586
2 (media)	360.688	0,30	108.207	252.482	2.607
3 (elevata)	186.153	0,40	74.461	111.692	2.000
4 (molto elevata)	112.915	0,70	79.041	33.875	1.842
TOTALE	1.474.108	---	424.579	1.049.530	12.036

Fonte: Op. Cit.

Tabella 3. Stima della spesa complessiva annua per la PU (in milioni di euro), al lordo e al netto dei risparmi previsti.

	Spesa totale	Costo diretto riforma	Risparmio emersione badanti	Spesa complessiva al netto del risparmio	Costo netto riforma
IdA	9.324	---	---	9.324	---
PU	11.940	+2.616	-661	11.279	+1.955

Nota: L'importo di IdA presentato nella tabella è calcolato sulla base del numero di beneficiari stimato nel campione EHIS e utilizzato per stimare i costi della riforma. Esso si discosta in piccola misura per eccesso rispetto al numero di percettori dichiarato da Inps.

Fonte: Op. Cit.

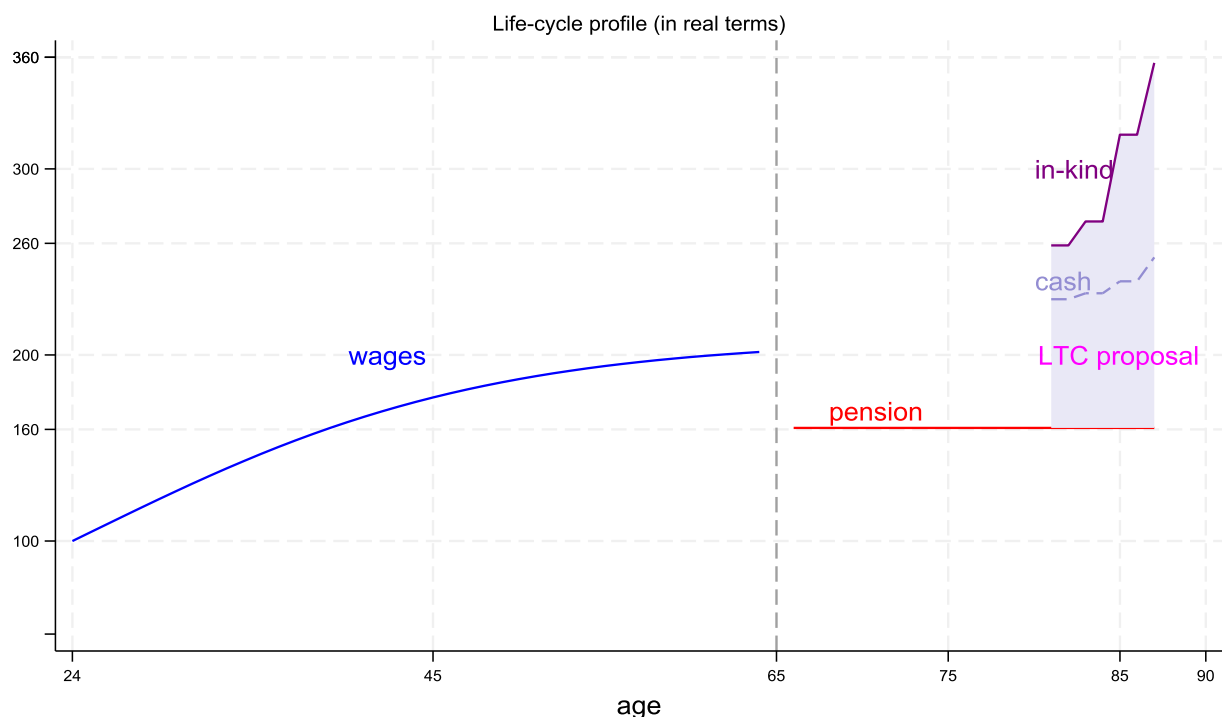
Sezione 4: Possibili strategie di reperimento delle risorse

L'implementazione della Prestazione Universale (PU) richiede il reperimento di risorse aggiuntive per coprire i costi stimati. La domanda centrale è: da dove attingere tali risorse? Una prima opzione potrebbe essere il **riallocaimento di fondi esistenti**, ridistribuendo una parte delle risorse attualmente destinate ad altre voci di spesa, ad esempio quella sociale, pensionistica o sanitaria. Questa opzione presenta alcuni punti critici da considerare. Innanzitutto, il rischio di penalizzare altri settori già sotto pressione: ridurre le risorse destinate alla sanità o alle pensioni potrebbe peggiorare le condizioni dei cittadini, già manifestatamente influenzati da interventi normativi passati e presenti. In un contesto in cui la spesa pensionistica è già elevata e il sistema sanitario affronta sfide strutturali,

eventuali riallocazioni potrebbero risultare controproducente. Anche volendo identificare dei tagli di spesa improduttiva, questi potrebbero non risultare sufficienti per coprire il fabbisogno stimato per la PU, che richiede un incremento significativo di spesa. Questo approccio rischia quindi di essere solo una soluzione parziale, che non affronta il problema strutturale della mancanza di risorse dedicate. Senza un meccanismo di finanziamento dedicato e autonomo, la riforma potrebbe rimanere vulnerabile a futuri tagli o ricalibrature in base alle priorità politiche del momento. Inoltre, potrebbe generare effetti negativi su altri ambiti già fragili.

Un'altra possibilità è rappresentata dall'introduzione di nuove forme di finanziamento, come una contribuzione specifica dedicata alla non autosufficienza, magari attraverso un sistema di copertura assicurativa esteso a tutta la popolazione, sul modello di quanto già avviene in alcuni Paesi europei. Oppure limitata tra gli anziani (pensionati) che facendo sharing del rischio (longevità e non-autosufficienza) ne sostengono i relativi costi.

Per comprendere meglio i vantaggi e gli svantaggi di questi approcci alternativi, ci avvaliamo di un modello basato su un agente rappresentativo. Questo agente lavora nel primo periodo della sua vita (curva blu), va in pensione nel secondo periodo (curva rossa) e affronta il rischio di non autosufficienza, che viene coperto dalla Prestazione Universale (PU). Il modello è rappresentato nella figura che segue, che evidenzia come la PU possa aumentare considerevolmente l'importo percepito per far fronte, almeno parzialmente, ai significativi costi che la non-autosufficienza impone.



Fonte: *Elaborazione propria su dati INPS e dati contenuti in Ranci, C., Audino F., Mazzaferro C. e Morciano M. (2024).*

Uno dei metodi di finanziamento più diffusi in Europa per l'assistenza a lungo termine (LTC) è il ricorso alla **fiscalità generale**, che può essere utilizzata come fonte unica o combinata con altre. Questo approccio presenta diversi potenziali vantaggi. Innanzitutto, la fiscalità generale si basa su un'ampia base imponibile, che non si limita ai redditi da lavoro o pensionistici, ma include anche i redditi da capitale, garantendo una distribuzione più equa del carico fiscale. Inoltre, offre una maggiore flessibilità nella generazione di entrate e nell'allocazione delle risorse, permettendo ai governi di adattare la spesa in base alle esigenze del sistema di welfare e alle priorità sociali. Tuttavia, questo metodo di finanziamento non è privo di svantaggi. Uno dei principali è la minore trasparenza nell'allocazione delle entrate: i cittadini potrebbero non percepire chiaramente come le tasse pagate siano destinate a finanziare specifici servizi di assistenza, riducendo così la fiducia nel sistema. Un altro problema è la possibile resistenza dei contribuenti a sostenere aumenti delle tasse, soprattutto in contesti di pressione fiscale già elevata. Infine, la fiscalità generale rende il sistema più vulnerabile a tagli discrezionali durante le crisi economiche, quando i governi sono costretti a ridurre la spesa pubblica per risanare i bilanci, mettendo a rischio la stabilità del finanziamento della LTC.

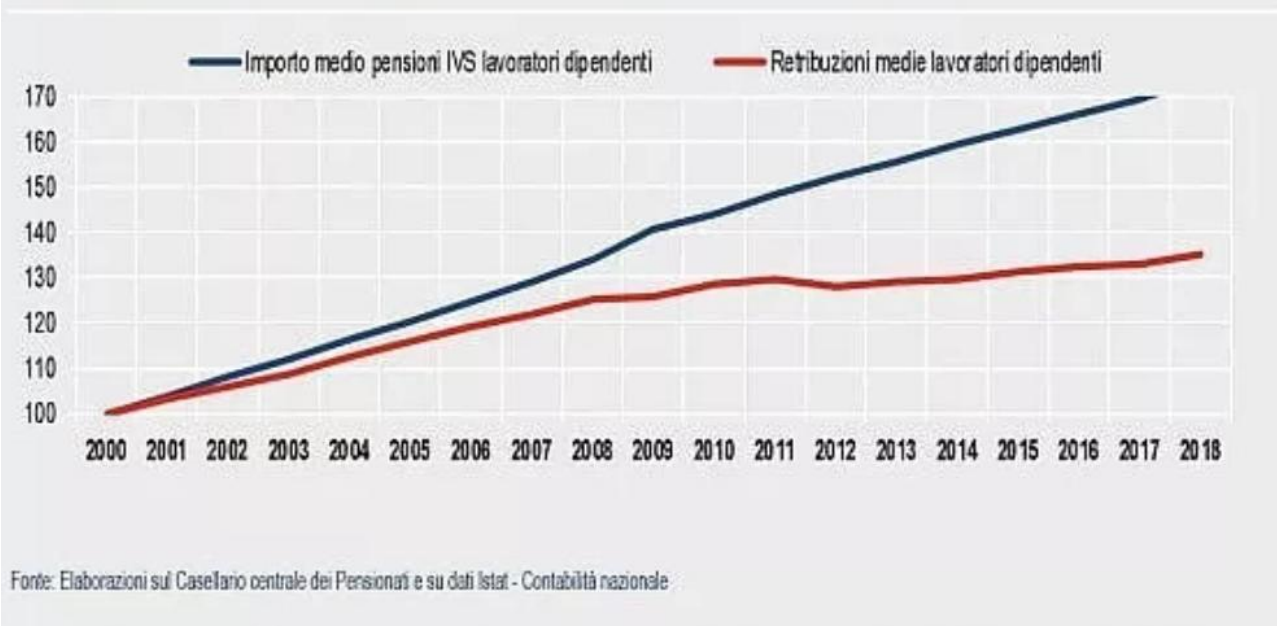
Un'alternativa al finanziamento tramite fiscalità generale è rappresentata dall'**Enhanced Pension Annuity (EPA)**, un sistema di assicurazione sociale LTC finanziato tramite contribuzioni durante la fase lavorativa. Questo modello, già adottato in Paesi come Germania, Lussemburgo e Paesi Bassi, si basa su un meccanismo contributivo che nel caso italiano potrebbe anche essere implementato all'interno del nostro sistema pensionistico NDC, con limitati costi amministrativi. Altri potenziali vantaggi di questo approccio includono, in primo luogo, la solidarietà: il sistema si basa sul principio di mutualità, per cui i contributi versati dai lavoratori attivi finanziano le prestazioni per coloro che ne hanno bisogno, creando un meccanismo di sostegno reciproco. In secondo luogo, la trasparenza: ogni persona assicurata paga una percentuale fissa del proprio reddito, stabilendo un legame chiaro tra i contributi versati e i benefici ricevuti. Infine, la stabilità: le regole del sistema sono più difficili da modificare rispetto a quelle basate sulla fiscalità generale, offrendo maggiore certezza e protezione contro tagli discrezionali durante periodi di crisi economica. Tuttavia, l'EPA presenta anche alcuni potenziali svantaggi. Innanzitutto, l'impatto sulla competitività: i contributi obbligatori aumenterebbe il costo del lavoro, penalizzando maggiormente i settori ad alta intensità di manodopera e riducendo la competitività delle imprese. In secondo luogo, la copertura di EPA potrebbe risultare sub-ottimale: alcuni gruppi, come lavoratori autonomi, contratti atipici o lavoratori delle piattaforme, potrebbero rimanere esclusi o non adeguatamente coperti, creando disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni. Infine, gli effetti redistributivi dell'EPA potrebbero essere limitati: la presenza di tetti contributivi e il focus esclusivo sui redditi da lavoro riducono la capacità redistributiva del sistema, lasciando meno spazio per sostenere i gruppi più vulnerabili.

Se l'EPA rappresenta una soluzione solida e trasparente per finanziare l'assistenza a lungo termine, richiede un'attenta progettazione per evitare squilibri nel mercato del lavoro e garantire una copertura universale ed equa. D'altra parte, il finanziamento tramite fiscalità generale offre un modello flessibile e potenzialmente equo per finanziare la LTC,

ma necessita di una gestione attenta per assicurare trasparenza, consenso sociale e resilienza alle crisi economiche.

Una terza alternativa, è rappresentata dalla **Life Care Annuity (LCA)**. Questa si basa su un prelievo effettuato sui pensionati, mentre sono ancora autosufficienti. Questo modello presenta diversi potenziali vantaggi. Innanzitutto, ha un limitato impatto sulla competitività, poiché i prelievi sono concentrati sui pensionati e non sui lavoratori attivi, evitando così di gravare sul costo del lavoro e preservando la competitività delle imprese. In secondo luogo, si fonda sul principio di solidarietà intra-generazionale, per cui i pensionati contribuiscono a finanziare le prestazioni per chi, tra di loro, diventa non autosufficiente, creando un meccanismo di sostegno reciproco tra coetanei e di sharing del rischio. Infine, la LCA permette aggiustamenti più agili e una maggiore stabilità sul rischio longevità, adattando le risorse in modo flessibile alle esigenze emergenti legate a variazioni demografiche ed epidemiologiche. Tuttavia, focalizzare l'aumento delle entrate sugli anziani piuttosto che sulla popolazione in età lavorativa può sembrare controintuitivo. Da un lato, i redditi pensionistici sono generalmente più bassi rispetto a quelli dei lavoratori attivi, il che potrebbe rendere più difficile sostenere contributi significativi. Dall'altro, però, le aliquote reali potrebbero risultare più basse grazie alle deduzioni fiscali e all'assenza di ulteriori contributi previdenziali, rendendo il carico più sostenibile per i pensionati. I dati relativi all'Italia evidenziano infatti che le condizioni economiche reali dei pensionati sono migliorate in termini relativi nel tempo, a differenza delle retribuzioni dei lavoratori, che sono rimaste sostanzialmente stabili a partire dal 2008. Questo divario crescente tra pensioni e salari suggerisce che i pensionati, in media, abbiano visto un mantenimento/aumento del loro potere d'acquisto rispetto ai lavoratori attivi, i cui redditi non hanno registrato alcuna crescita significativa. Questo trend potrebbe avere implicazioni rilevanti per la sostenibilità dei sistemi di welfare e per la distribuzione delle risorse tra le diverse fasce della popolazione attuali e future.

FIGURA 2. IMPORTO MEDIO PENSIONI IVS E RETRIBUZIONI MEDIE DEI LAVORATORI DIPENDENTI. Anni 2000-2018, numeri indice base=2000



Fonte: UPB *op. cit.*

In sintesi quindi, la LCA offre un approccio innovativo che riduce l'impatto sul mercato del lavoro e promuove la solidarietà all'interno della popolazione pensionata che come abbiamo notato in precedenza è più soggetta al rischio LTC. Tuttavia, la sua attuazione richiede un'attenta valutazione della capacità contributiva dei pensionati (attuali e futuri) e delle modalità per garantire equità e sostenibilità nel lungo periodo.

Esistono poi altre possibili forme di finanziamento per l'assistenza a lungo termine (LTC) che potrebbero essere esplorate, oltre ai tradizionali meccanismi di fiscalità generale o contributiva. Una di queste è la **lotta all'evasione fiscale**. Secondo le stime del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) per il periodo 2016-2021, l'evasione fiscale in Italia ammonta a 83,6 miliardi di euro annui, di cui circa 73,2 miliardi rappresentano mancate entrate tributarie e 10,4 miliardi mancate entrate contributive. Sebbene si sia registrata una diminuzione di 2,7 miliardi (-3,1%) rispetto al 2020, si tratta di una cifra significativa: basterebbe recuperare poco meno del 2,5% dell'evaso annuo per finanziare interamente l'aumento di spesa necessario per la *Prestazione Universale* (PU).

Un'altra opzione è rappresentata dalla **lotta alle mafie**. Ad esempio, secondo una stima ISTAT del 2022, in Italia vengono spesi circa 6,6 miliardi di euro annui per l'acquisto di cannabis da fonti illecite. Se questa attività fosse regolamentata e tassata, l'applicazione dell'IVA potrebbe generare un gettito significativo, sufficiente a coprire metà dell'aumento di spesa per la PU. Tuttavia, è da segnalare che questo gettito aggiuntivo dovrebbe essere destinato ad altre priorità, come il contrasto alla criminalità organizzata o il rafforzamento dei servizi pubblici sanitari, anche per contrastare gli effetti indotti da prolungato utilizzo e abusi.

La soluzione privata al «puzzle» del finanziamento della LTC

Esiste poi un altro modo di affrontare il «puzzle» del finanziamento della LTC che considera in maniera più dettagliata i costi privati della LTC che gli individui devono sostenere. Prendendo come esempio un 65enne, è possibile stimare i costi che dovrà affrontare per coprire le proprie esigenze di assistenza LTC nel suo intero corso della vita. Questi costi variano notevolmente tra individui appartenenti alla stessa coorte, in funzione della durata e severità della non autosufficienza. Ad esempio, per chi necessita di assistenza residenziale, i costi possono raggiungere diverse decine di migliaia di euro all'anno, mentre l'assistenza domiciliare può comportare spese significative, seppur inferiori.

In molti Paesi sviluppati, l'accesso alla LTC finanziata dallo Stato è determinato da una valutazione dei bisogni assistenziali e da un test dei mezzi che valuta sia il reddito che il patrimonio, con il patrimonio immobiliare che spesso rappresenta una componente critica.¹⁶ Il patrimonio immobiliare, principale asset per molte famiglie anziane nei Paesi sviluppati, può fungere da ammortizzatore finanziario in caso di shock economico, specialmente come mezzo per finanziare la LTC, ma la sua conversione in liquidità è spesso ostacolata dalla sua illiquidità e limitata divisibilità, elevati costi di transazione e barriere emotive.¹⁷ La correlazione imperfetta tra patrimonio e reddito introduce problemi di liquidità per individui con un patrimonio consistente ma con scarse disponibilità liquide, in particolare per gli anziani proprietari di casa in sistemi LTC con test patrimoniali stringenti.¹⁸ Questa “problema di liquidità” per gli anziani proprietari di casa si interseca con la loro generale scarsa alfabetizzazione economico-finanziaria, che dovrebbe invece responsabilizzarli nel prendere scelte oculate nel finanziamento dei costi LTC. I cosiddetti bias cognitivi, l'asimmetria informativa e la loro riluttanza a disinvestire il patrimonio immobiliare, uniti all'opacità o assenza di soluzioni di mercato private, sottolineano la necessità di interventi mirati, assolutamente carenti nel nostro Paese. Esempio di ingegneria finanziaria di questo tipo è il *reverse mortgage*, noto anche come ipoteca inversa o prestito vitalizio ipotecario. Questo è uno strumento finanziario rivolto a individui che, pur possedendo un immobile di proprietà, necessitano di liquidità per far fronte a bisogni finanziari. Questo strumento permette di ottenere un prestito utilizzando l'immobile come garanzia, senza doverne perdere la proprietà o il diritto di abitazione. Tra i vantaggi ricordiamo che l'individuo ha la possibilità di continuare a vivere nell'immobile senza doverlo vendere, offrendo un'alternativa valida alla vendita della nuda proprietà. Inoltre, la distribuzione del capitale residuo passa agli eredi dopo la vendita dell'immobile, una volta estinto il debito. Tuttavia, questo strumento presenta anche alcune limitazioni. Ad esempio, si ricorda l'impossibilità di modificare l'immobile dopo la stipula dell'ipoteca, poiché qualsiasi alterazione potrebbe compromettere il valore della garanzia; la necessità di una

16 Oliveira Hashiguchi, T, and A Llana-Nozal. 2020. 117 The Effectiveness of Social Protection for Long-Term Care in Old Age: Is Social Protection Reducing the Risk of Poverty Associated with Care Needs? . OECD Health Working Papers. doi:10.1787/2592f06e-en.

17 Suari-Andreu, Eduard, Rob Alessie, and Viola Angelini. 2019. 'The Retirement-Savings Puzzle Reviewed: The Role of Housing and Bequests'. *Journal of Economic Surveys* 33(1): 195–225. doi:10.1111/joes.12257.

18 Marcinkiewicz, Edyta, and Filip Chybalski. 2024. 'Income-Poor, Asset-Rich? The Role of Homeownership in Shaping the Welfare Position of the Elderly'. *International Journal of Social Welfare* 33(2): 531–45. doi:10.1111/ijsw.12623.

perizia tecnica annuale per verificare che l'immobile sia mantenuto in buono stato; il divieto di locazione o affitto dell'immobile, che deve rimanere la residenza principale del titolare. Il mercato privato del prestito vitalizio ipotecario è sviluppato in alcuni Paesi (es. USA e UK), ma spesso è caratterizzato da alti costi di gestione e clausole contrattuali sfavorevoli per il consumatore. In alcuni Paesi, tuttavia, esistono esperienze positive con offerte provenienti dal settore no-profit o pubblico, che garantiscono condizioni più eque e trasparenti.

In questo contesto di vincoli dal lato della domanda e di offerta, anche le assicurazioni LTC “falliscono”. Nell’analisi comparativa di alcuni prodotti assicurativi di LTC disponibili sul mercato italiano che abbiamo condotto, emerge come i principali providers italiani offrano soluzioni variegate. Un aspetto cruciale per il potenziale sottoscrittore di una polizza LTC è l'*ammontare del premio*, ovvero la somma che il contraente si impegna a versare alla compagnia assicurativa in cambio delle prestazioni future ed incerte previste. Il pricing di questi prodotti non è standardizzato, ma varia in base a fattori come l’età, lo stato di salute e la professione del contraente. Alcune compagnie offrono strumenti online per calcolare un premio indicativo in funzione dell’età di sottoscrizione, utile per avere un’idea di quanto incida questo parametro sui costi. Ad esempio, per una rendita mensile di € 2000, Allianz Longevity Care richiede un premio mensile di € 80 per una persona di 30-40 anni, € 140 per chi ha 51-60 anni e € 220 per chi ha 61-70 anni. Generali, con il prodotto “Scegli per una Lungavita”, prevede invece un pagamento mensile di € 101,84 per 25 anni per un trentenne, € 125,25 per 24 anni per un cinquantenne e € 213,87 per 14 anni per un sessantenne. “Mediolanum Capitale Autonomia”, invece, richiede un premio mensile di € 71 per un ventiseienne, € 126,42 per un quarantanovenne e € 184,42 per un sessantenne. Sebbene questi valori siano puramente indicativi e non tengano conto delle opzioni accessorie o delle peculiarità di ciascun prodotto, evidenziano come l’età del contraente influenzi significativamente il costo della polizza. Oltre una certa età, 70 ed oltre, appare difficile (impossibile) contrarre una assicurazione LTC. Questo contrasta con l’osservazione precedente riguardo i bias cognitivi e l’alfabetizzazione finanziaria dei potenziali sottoscrittori.

In sintesi, considerare i costi e le prospettive private alla LTC offre una visione più completa delle sfide finanziarie e comportamentali che gli individui e le famiglie devono affrontare, sottolineando l’importanza di un sistema LTC pubblico che bilanci equità, sostenibilità e responsabilità individuale.

La «socializzazione» della LTC, con responsabilità (almeno) parzialmente pubblica potrebbe essere finanziata tramite una **tassazione sulle successioni**. Questo approccio terrebbe conto del fatto prima richiamato che la distribuzione della ricchezza è molto più concentrata rispetto a quella del reddito, il che significa che una tassazione sulle successioni potrebbe colpire principalmente una fascia ristretta di individui con patrimoni elevati. Tuttavia, questo approccio è spesso percepito come ingiusto, poiché verrebbe tassato un patrimonio che potrebbe essere già stato soggetto a tassazione passata. Un bias cognitivo comune tra gli anziani è quello di creare un incentivo alla procrastinazione della spesa per la LTC o di sotto-utilizzo delle risorse disponibili nella speranza di

preservare il patrimonio per le generazioni future e passarlo agli eredi, che non hanno contribuito a generarlo. Una tassa sulle successioni per finanziare un sistema LTC pubblico potrebbe quindi migliorare l'efficacia del sistema, garantendo esiti distributivi intra-generazionali e limitando la concentrazione di ricchezza nella sua fase di passaggio tra generazioni. Come recentemente stimato da Leonardi e Rizzo, l'equiparazione della tassazione su donazioni e successioni ai livelli di altri paesi europei realizzata tramite una semplice modifica delle aliquote, comporterebbe un gettito annuo di 3,5 miliardi, sufficiente a finanziare l'aggravio di spesa indotto dall'introduzione della Prestazione Universale.

Conclusioni

In definitiva, il sistema italiano di Assistenza a Lungo Termine (LTC) si trova in una situazione critica, segnata da sottofinanziamento, iniquità e rischi di insostenibilità. Diversamente da molti paesi europei che hanno già riformato i loro sistemi per rispondere alle evoluzioni sociali e demografiche, l'Italia fatica a trovare una soluzione strutturale, nonostante la crescente consapevolezza della necessità di un cambiamento e le proposte avanzate, ad esempio, dal Patto per un Nuovo Welfare.

La "socializzazione" della LTC, che implica una maggiore responsabilità pubblica nel finanziamento e nella gestione del sistema, incontra resistenze dovute alla frammentazione degli attori coinvolti e alle difficoltà nel reperire risorse aggiuntive. Il dibattito politico tende a concentrarsi più sulla gestione della spesa che sulla ricerca di fonti di finanziamento sostenibili ed eque.

Le diverse opzioni di finanziamento presentano impatti eterogenei su efficienza, equità e sostenibilità. La scelta richiede un'attenta valutazione degli effetti redistributivi tra le generazioni e all'interno di esse, con un'attenzione particolare alla protezione dei gruppi più vulnerabili. È inoltre fondamentale considerare come il sistema pubblico di LTC possa influenzare l'offerta di coperture complementari, come le assicurazioni private, e se possa stimolare un mercato del lavoro più regolare e di qualità nel settore dell'assistenza.

La configurazione ottimale del finanziamento della LTC potrebbe richiedere approcci innovativi, come l'utilizzo di basi imponibili differenti e aliquote di contribuzione differenziate per alcune categorie di cittadini, al fine di garantire equità e sostenibilità. L'esperienza di altri paesi europei, come la Germania, con contributi aggiuntivi per le persone senza figli, o il Giappone, con aliquote crescenti in base al reddito, offre spunti interessanti. Inoltre, si potrebbero prevedere forme di verifica dei mezzi e/o compartecipazione alla spesa da parte dei beneficiari, e un sistema di contribuzione più elevato per i prossimi beneficiari che non hanno finanziato il sistema in precedenza, evitando così il cosiddetto «free lunch», ovvero la possibilità di usufruire delle prestazioni senza aver contribuito adeguatamente.

Le tendenze osservate nei paesi con sistemi LTC avanzati suggeriscono un duplice approccio: nei sistemi universalistici, si rivisita la ripartizione del rischio tra famiglia, Stato e mercato, con un maggiore cofinanziamento da parte dei beneficiari; nei sistemi safety-net, si estende la copertura ai ceti medi e alti, per proteggere il risparmio e le eredità. Il futuro del sistema LTC italiano dipenderà dalla capacità di trovare un equilibrio tra questi modelli, in un contesto di crescente consapevolezza della necessità di garantire una protezione adeguata e sostenibile a tutti i cittadini. Le raccomandazioni formulate riguardano lo sviluppo delle cure domiciliari, accompagnato da misure di prevenzione e riabilitazione, evitando di ridurre l'offerta residenziale, almeno prima di garantire un'adeguata espansione dei servizi a domicilio. In secondo luogo, si sottolinea l'importanza della standardizzazione e del monitoraggio della qualità, attraverso l'adozione di indicatori comuni, anche a livello europeo, per valutare la qualità dei servizi LTC forniti. Un aspetto chiave per il focus di questo rapporto è la condizionalità dei trasferimenti monetari, che

dovrebbero essere vincolati all'acquisto di cure formali o alla regolarizzazione dei lavoratori domestici, definendo un ruolo chiaro per i caregiver informali e rafforzando i loro diritti sociali e la formazione. Infine, si raccomanda la raccolta di dati e investimenti per sostenere la programmazione delle politiche LTC, promuovendo la riabilitazione, la prevenzione, le tecnologie assistive e l'integrazione dei servizi.

Il cammino futuro per l'Italia si colloca quindi tra possibili rammendi, riordini, ricomposizioni e rivoluzioni. La scelta politica su come finanziare e organizzare l'assistenza a lungo termine è complessa e non può prescindere da giudizi di valore sulla ripartizione ottimale del rischio tra famiglia, Stato, settore no-profit e for-profit, sulla sostenibilità di medio-lungo periodo e sugli effetti distributivi inter- e intra- generazionali realizzati sia dal lato del finanziamento che dal lato della spesa.