

**“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti.
Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare**

*Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori*

Capitolo 4

Le esperienze internazionali: messaggi per l'Italia

di

Francesco Bertoni e Benedetta Riboldi

Luglio 2010

Introduzione

In questo capitolo vengono descritte le principali caratteristiche del sistema di assistenza agli anziani non autosufficienti del nostro Paese, attraverso una chiave di lettura comparativa rispetto agli altri Paesi europei. Attraverso questo confronto sarà possibile trarre dalle esperienze di altri Paesi alcune indicazioni e suggerimenti per potenziare e migliorare le politiche per la non autosufficienza in Italia.

Per agevolare il confronto sono stati individuati alcuni aspetti chiave attraverso i quali è stata condotta l'analisi delle diverse realtà nazionali. Questi aspetti sono stati raggruppati in due parti: la prima riguarda *I contenuti delle riforme* (indicatori da 1 a 4), e considera lo sforzo pubblico complessivo, le caratteristiche delle prestazioni monetarie, dei servizi domiciliari e dei servizi residenziali; la seconda riguarda, invece, *Modalità e strumenti per la realizzazione delle riforme* (indicatori da 5 a 8) e considera le riforme realizzate negli altri paesi, il ruolo delle politiche nazionali nei paesi federali, le modalità con cui si realizza il percorso attuativo e, infine, il ruolo delle assicurazioni private.

I contenuti delle riforme

1. Come si caratterizza l'Italia per lo sforzo pubblico complessivo?
2. Come si caratterizza l'Italia nell'erogazione delle prestazioni monetarie?
3. Come si caratterizza l'Italia nei servizi domiciliari?
4. Come si caratterizza l'Italia nei servizi residenziali?

Modalità e strumenti per la realizzazione delle riforme

1. Sono state realizzate riforme nazionali negli altri paesi ?
2. Quale è il ruolo delle politiche nazionali nei paesi federali/decentrati?
3. Come viene costruito il percorso attuativo?
4. Qual è il ruolo dell'assicurazione privata?

I quesiti sono stati scelti per la loro rilevanza all'interno del dibattito italiano sul tema della non autosufficienza. Alcuni di questi saranno poi sviluppati in modo più dettagliato nei capitoli successivi.

A livello puramente metodologico, non è agevole trovare dati che permettano di comparare il nostro paese con gli altri. Infatti, la spesa complessiva per long term care (cioè la spesa per le politiche a favore degli anziani non autosufficienti) è ottenuta attraverso l'aggregazione di dati che in parte afferiscono alla sanità ed in parte alle politiche sociali; tale aggregazione può comprendere interventi diversi a seconda dei contesti nazionali presi in esame, anche a causa delle differenti politiche che i paesi intraprendono in modo autonomo. In alcuni casi risulta difficile dare una collocazione precisa e netta degli interventi realizzati, e possono verificarsi casi di sottostima o di sovrastima dei dati raccolti. Sgomberato il campo dalle doverose precisazioni metodologiche, le informazioni presenti nei prossimi capitoli sono tuttavia estremamente utili per capire come si

colloca il nostro paese rispetto agli altri, in modo da poter cogliere quali messaggi gli altri paesi forniscono al nostro per il potenziamento delle politiche a favore della non autosufficienza.

1. I contenuti delle riforme

1.1. Come si caratterizza l'Italia per lo sforzo pubblico complessivo?

Considerate le premesse metodologiche, i dati che meglio permettono di confrontare la spesa per la non autosufficienza in Italia con quella degli altri paesi sono quelli di fonte OECD. Con riferimento ad uno studio pubblicato nel 2009, che considera i dati relativi al 2005 (OECD, 2009, p. 26), la situazione relativa alla spesa per i servizi sociali e sanitari può essere descritta come segue (tabella 1).

Tab. 1. Spesa per sanità pubblica e servizi sociali, valori percentuali rispetto al PIL, 2005

	Sanità (A)	Servizi sociali (B)	Di cui: servizi per anziani (C)	Totale (A+B)
Italia	6,8	0,9	0,1	7,7
Spagna	5,8	1,5	0,4	7,3
Portogallo	7,2	0,6	0,1	7,8
Germania	7,7	2,2	0,2	9,9
Regno Unito	7,0	3,5	0,6	10,5
Francia	7,8	2,9	0,3	10,7
Norvegia	5,8	4,3	1,8	10,1
Danimarca	5,9	5,7	1,8	11,6
Svezia	6,8	6,9	2,5	13,7
OECD-30	6,2	2,2	Nd	8,4

Fonte: OECD (2009), OECD Stat Extracts <http://stats.oecd.org/Index.aspx>

La spesa per la sanità, considerata in rapporto al PIL, nel nostro paese è pari al 6,8%, in linea con la media dei paesi OECD. La spesa per i servizi sociali, in Italia, risulta invece estremamente bassa, in particolare con riferimento all'area della non autosufficienza: la spesa per servizi agli anziani, che dall'OECD sono identificati con *home help and residential services for the elderly* (OECD, 2009, p.10), rappresenta lo 0,1% del PIL. Tutti gli altri paesi considerati, fatta eccezione per il Portogallo, presentano un livello di spesa per i servizi agli anziani non autosufficienti più elevato. Senza arrivare ai livelli elevati di spesa che contraddistinguono i paesi scandinavi, si può evidenziare che, per i servizi agli anziani non autosufficienti, in rapporto al PIL la Germania spende il doppio dell'Italia, la Francia il triplo e la Spagna quattro volte tanto¹.

¹ Altrove si riporta una spesa per LTC in Italia pari all'1,6% del PIL, a fronte di una media UE pari allo 0,9% del PIL. Tali dati sovrastimano la spesa del nostro Paese in quanto includono impropriamente anche spese sanitarie che qui, correttamente, non vengono computate.

Il dato sulla spesa complessiva per la non autosufficienza può essere ottenuto sommando alla spesa per servizi, indicata nella colonna (c) della tabella 1, la spesa per trasferimenti monetari diretti agli anziani non autosufficienti. In questo modo si ottiene la spesa complessiva per gli anziani non autosufficienti, che in Italia è pari a poco meno dell'1% del PIL: peggio del nostro paese fanno solo Polonia, Portogallo, Spagna; Norvegia, Austria e Finlandia spendono risorse tra l'1% e il 2% del PIL; Regno Unito e Danimarca spendono fra il 2% e il 3% e la Svezia oltre il 4% del PIL (NNA, 2009, p. 32; Huber, Rodrigues, 2008).

1.2. Come si caratterizza l'Italia nell'erogazione delle prestazioni monetarie?

I dati a disposizione mostrano che il sistema di sostegno ai non autosufficienti in Italia è eccessivamente sbilanciato verso le prestazioni monetarie. Diversi autori hanno considerato questo aspetto, evidenziando le risorse cospicue che nel nostro paese vengono spese per l'indennità di accompagnamento (Da Roit, 2008). In Italia, la percentuale della spesa per trasferimenti monetari sul totale della spesa per long term care è pari al 42%. Pochi sono i paesi europei che mostrano una tale propensione all'utilizzo dei trasferimenti monetari (tabella 2).

Tabella 2. Spesa per trasferimenti monetari, in percentuale sulla spesa complessiva per long term care

Paese	Spesa per trasferimenti monetari
Austria	57%
Belgio	0
Danimarca	0
Finlandia	7%
Francia	0
Germania	24%
Norvegia	8%
Spagna	14%
Svezia	3%
Svizzera	20%
Italia	42%

Fonte: Huber, Rodrigues, 2008

All'interno dell'EU-15 (escludendo, quindi, i paesi che più recentemente sono entrati a far parte dell'Unione Europea), solo in Austria (con il 57% sul totale della spesa per long term care) la spesa per la non autosufficienza è più sbilanciata verso i trasferimenti monetari rispetto all'Italia; ciò ha determinato alcune critiche, mosse a livello internazionale². In tutti gli altri paesi, siano essi quelli più generosi del Nord Europa o quelli in cui il sistema di welfare è residuale, come quelli del

² Lundsgaard J., "Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care", OECD (2005).

mediterraneo, la quota della spesa per trasferimenti monetari sul totale della spesa per la non autosufficienza è inferiore rispetto al nostro paese. In Germania è pari al 24%, in Spagna al 14%, in Norvegia all'8%, in Finlandia al 7%. Rispetto agli altri paesi, nel nostro il grado di copertura delle prestazioni economiche nazionali è più elevato: raggiunge il 9,5% della popolazione anziana, rispetto al 5-7% di Germania e Spagna. Fino a pochi anni fa, tuttavia, il tasso di copertura italiano risultava su livelli simili a quelli degli altri paesi: l'attuale valore è probabilmente il risultato di un'applicazione meno restrittiva dei criteri di eleggibilità da parte delle Commissioni di valutazione operanti sul territorio nazionale, anche a causa dell'aumento della domanda (NNA, 2009).

Le critiche ai trasferimenti monetari sono determinate dai limiti che essi presentano. Un primo, rilevante, limite (nel caso del nostro paese, dell'indennità di accompagnamento) è dato dal fatto che una quota non trascurabile di anziani in condizione di non autosufficienza grave o gravissima, risulta esclusa dal beneficio (Da Roit, 2008). Inoltre, l'importo dell'indennità di accompagnamento, che nel 2009 era pari a 472 €, risulta di entità inferiore se paragonato ai trasferimenti monetari presenti negli altri paesi: nel 2006, in Francia, l'APA aveva un valore mensile massimo pari a 1169 €; nello stesso anno, in Germania il trasferimento monetario massimo era pari a 665 €; in Austria, pari a 1562 € (Simonazzi, 2008).

L'indennità di accompagnamento, infine, si differenzia nettamente dai trasferimenti monetari di Francia, Germania e Spagna per la mancata differenziazione dell'importo della prestazione rispetto al livello di non autosufficienza del beneficiario. Mentre in Italia l'indennità di accompagnamento è di importo fisso, a prescindere del livello di non autosufficienza del beneficiario, in Germania sono previsti tre diversi livelli del trasferimento, in Francia ne sono previsti quattro, ed in Spagna sei (NNA, 2009).

1.3. Come si caratterizza l'Italia nei servizi domiciliari?

Il SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) assiste a domicilio gli anziani non autosufficienti, soddisfacendo una parte del lavoro di cura complessivo domandato dalle famiglie. Di norma, il SAD è gestito dai comuni (direttamente o attraverso esternalizzazioni) e svolge prestazioni di ausilio nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. Riveste un'importanza cruciale per quelle famiglie che non sono in grado di soddisfare la domanda di cura dell'anziano, ma anche per gli anziani soli. Nel nostro paese risulta poco sviluppato: in Italia l'assistenza domiciliare erogata dai servizi sociali serve un'utenza pari al 2,4% della popolazione con più di 65 anni. Negli altri Paesi OECD la percentuale di anziani che ricevono il servizio a domicilio è molto più elevata: considerando i dati relativi alla metà degli anni 2000 in Germania la quota di persone assistite a domicilio è pari al 7%, e in Francia al 8%. Nei paesi del nord Europa (Danimarca, in particolare) la quota di anziani assistiti al proprio domicilio è di gran lunga più elevata rispetto a tutti gli altri Paesi considerati, come evidenziato dai dati (tabella 3).

Tab. 3. Utenti anziani assistiti a domicilio nei paesi industrializzati, valori percentuali rispetto alla popolazione con più di 65 anni

Paese	Utenti / popolazione > 65 anni
Italia	4,9
Danimarca	21
Francia	8
Germania	7
Svezia	9
Spagna	4
EU (15)	10

Fonte: NNA (2009)

Per completare il quadro, si può considerare, accanto all'utenza del SAD, l'utenza dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata). Quest'ultimo servizio soddisfa utenti con un bisogno di carattere socio-sanitario, che non necessariamente sono anziani non autosufficienti. E' un servizio gestito, di norma, dall'Azienda USL, la cui componente sanitaria è di solito prevalente. In Italia la quota di utenti, calcolata con riferimento alla popolazione con più di 65 anni, è pari al 3,3%.

1.4. Come si caratterizza l'Italia nei servizi residenziali?

La grande disomogeneità, sia terminologica che di tipologia dei servizi, fa sì che risulti difficoltoso effettuare confronti completamente attendibili (Spillman, Black, 2005). In Italia, i dati a disposizione evidenziano, al 2005, un numero di posti in case protette pari al 2,3% rispetto alla popolazione con più di 65 anni. Rispetto al 2002, i posti risultano aumentati in valore assoluto, passando da poco più di 242.000 a circa 265.000, ma sostanzialmente costanti rispetto alla popolazione con più di 65 anni. Le differenziazioni territoriali sono evidenti: il nord presenta un livello di offerta elevato e superiore rispetto alla media nazionale; viceversa, il sud presenta una evidente carenza di strutture, come si evidenzierà in dettaglio successivamente, nel capitolo a cura di Brizioli e Pesaresi.

Se confrontato al resto d'europa, il livello dell'offerta del nostro paese appare insufficiente: molti paesi, infatti, possiedono un'offerta di servizi residenziali meglio strutturata. I dati evidenziano che solo la Grecia, tra i paesi dell'Unione Europea, presenta un'offerta di servizi residenziali inferiore, se calcolata rispetto alla popolazione con più di 65 anni, rispetto al nostro paese. In tutti gli altri paesi l'offerta di servizi residenziali è più elevata (tabella 4): in Germania viene assistito in strutture residenziali il 3,9% delle persone con 65 anni o più; in Spagna il 4%, nel Regno Unito il 5,1% fino ad arrivare a valori molto elevati, come quelli dell'Olanda (6,9%), della Svezia (7,5%) e del Belgio (8,1%) (NNA, 2009).

Tab. 4. Utenti anziani assistiti in strutture residenziali, valori percentuali rispetto alla popolazione di riferimento, annate varie

Nazione	% anziani assistiti in strutture residenziali
Belgio	8,1
Svezia	7,5
Olanda	6,9
Portogallo	6,7
Francia	6,3
Austria	5,5
Regno Unito	5,1
Finlandia	4,9
Irlanda	4,6
Danimarca	4,4
Spagna	4
Lussemburgo	3,9
Germania	3,9
Italia	3
Grecia	1

Fonte: Rapporto NNA (2009)

1.4.1 Alloggi protetti e domotica

Nei paesi scandinavi è diffusa la tendenza a potenziare la dotazione di strutture di accoglienza che erogano assistenza meno intensiva. La Danimarca, ad esempio, ha smesso nel 1987 di costruire strutture socio-sanitarie ed ha sviluppato un sistema di assistenza basato sull'edilizia sociale, che unisce l'adattamento dell'abitazione alle esigenze dell'anziano, anche attraverso l'utilizzo di ausili tecnologici e della domotica, all'inserimento dell'anziano stesso all'interno di un contesto sociale in cui può ricevere assistenza in modo agevole, attraverso il servizio di portierato sociale o attraverso i servizi erogati a domanda. Le case per anziani non autosufficienti possono essere sia indipendenti che organizzate in gruppi. I dati mostrano che, in Danimarca, gli appartamenti attrezzati (*nursing dwellings, housing for the elderly*) ospitano un numero di anziani pari a quello delle strutture socio-sanitarie (*nursing homes*) (Solinas, Bertoni, 2006). Anche in altri paesi è evidente lo sviluppo di servizi diversi rispetto a quelli socio-sanitari: negli Stati Uniti, nel corso del periodo 1995-2002, si è verificato un aumento cospicuo degli *alternative residential care settings*, (passati da 16.000 a 36.000 nel periodo considerato) a fronte di un andamento stabile delle *nursing homes*.

Un segmento in forte espansione è quello relativo alla domotica. Essa nasce negli anni '80 come visione di futuro tecnologizzato; solo in un secondo tempo viene utilizzata per mettere a punto alcuni prototipi mirati a soddisfare i bisogni di assistenza delle persone non autosufficienti e il bisogno di supporto delle loro famiglie. I primi esempi sono stati realizzati nei Paesi scandinavi:

SmartBo in Svezia, Sophia House in Danimarca e il progetto BESTA in Norvegia (Morini, Biocca, 2004).

2. Modalità e strumenti per la realizzazione delle riforme

2.1. Sono state realizzate riforme nazionali negli altri paesi ?

Dall'inizio degli anni '90, numerosi paesi hanno realizzato riforme significative nel campo dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, che hanno inciso fortemente sulla revisione del sistema dei servizi agli anziani non autosufficienti, incrementando in modo cospicuo le risorse disponibili. Lo sforzo riformatore si è finora principalmente concentrato nell'Europa centrale: sono state realizzate riforme in Austria nel 1993, in Germania nel 1995, in Francia nel 1997 e nel 2002, in Belgio (Comunità Fiamminga), nel 1999. Anche al di fuori dell'Europa sono state realizzate riforme: è il caso del Giappone, che ha potenziato le politiche per gli anziani non autosufficienti nel 2000. Le riforme non hanno toccato i paesi dove i servizi risultano fortemente sviluppati – i paesi scandinavi – e quelli dove le politiche per i non autosufficienti non sono tradizionalmente un argomento di interesse pubblico, come il nostro paese.

Anche in questi ultimi, tuttavia, l'atteggiamento è cambiato. Recentemente, infatti, la spinta all'innovazione ha raggiunto l'Europa meridionale: in Spagna nel 2007 è stata approvata una riforma delle politiche per i non autosufficienti, la *ley de dependencia* (tabella 5).

Tab. 5. Le riforme nazionali nel campo della non autosufficienza

Paese	Anno di realizzazione della riforma
Austria	1993
Germania	1995
Lussemburgo	1998
Belgio	1999
Giappone	2000
Francia	1997, 2002
Scozia	2002
Spagna	2007

Fonte: Rapporto NNA (2009), Gori, Casanova (2008)

Il filo conduttore delle riforme realizzate nell'Europa Centrale ed in Spagna consiste in un incremento delle risorse pubbliche dedicate dal Governo centrale alle politiche per i non autosufficienti. Il maggiore finanziamento viene abitualmente accompagnato dalla definizione di un pacchetto di diritti validi per tutti i cittadini che vivono in una stessa condizione di bisogno in qualunque parte del Paese si trovino. In Spagna, in particolare, il “*Sistema Nacional de Dependencia*” (SND) disegna un nuovo diritto soggettivo della persona non autosufficiente ad usufruire di un modello pubblico integrato di assistenza.

Inoltre, l'introduzione delle suddette riforme nazionali è stata accompagnata da un crescente interesse verso gli interventi per la qualità: l'introduzione di una riforma nazionale ha portato abitualmente il Governo centrale ad assumere maggiore responsabilità dell'assistenza ai non autosufficienti non solo nel finanziamento, ma anche nella definizione di criteri di qualità e nella loro verifica.

2.2 Quale è il ruolo delle politiche nazionali nei paesi federali/decentrati?

Nella definizione di una riforma nazionale – ed in particolare nell'ambito di cui si tratta – risulta cruciale definire le modalità di coordinamento tra Stato ed Enti decentrati – nel caso italiano, le Regioni. La collaborazione ed il coordinamento tra i diversi livelli di governo si sostanzia sia dal punto di vista prettamente attuativo, con una precisa suddivisione dei compiti, sia dal punto di vista del finanziamento.

Per quanto riguarda i compiti degli enti coinvolti, in Gran Bretagna, ad esempio, al governo centrale spetta la produzione normativa di indirizzo, mentre alle Autorità Locali la gestione operativa, che comprende l'erogazione dell'offerta, la valutazione del bisogno e del singolo caso, la definizione dei propri obiettivi territoriali, dei criteri di eleggibilità e degli eventuali strumenti di copertura finanziaria.

In Spagna, Stato e Comunità Autonome (assimilabili alle Regioni italiane) concorrono alla definizione delle politiche. Lo Stato controlla e verifica la realizzazione della riforma, e le Comunità Autonome si scambiano le rispettive esperienze. Sempre in Spagna, è prevista la costituzione del Comitato Consultivo, che permette una partecipazione permanente alla discussione sulla riforma da parte di sindacati ed altre organizzazioni.

Per quanto riguarda il finanziamento, l'incremento delle risorse dedicate al potenziamento dei servizi di sostegno alla non autosufficienza è spesso suddiviso tra più soggetti: Stato, Regioni ed utenti. Questa modalità di finanziamento è presente in Giappone ed in Lussemburgo. Anche in Spagna, con l'introduzione della nuova riforma, lo Stato assume una maggiore responsabilità, attraverso un incremento del finanziamento, accanto ad un meccanismo che prevede che le Comunità Autonome (l'equivalente delle nostre Regioni) debbano contribuire all'aumento delle risorse stanziare con una somma pari a quella erogata dallo Stato. Il governo spagnolo si è impegnato a spendere per il *long term care* più di 12 milioni di euro in meno di un decennio e le Comunità Autonome si impegnano a garantire l'altra metà delle risorse.

Negli ultimi 20 anni, l'intervento pubblico in Italia è cresciuto ma non abbastanza da colmare il gap con il centro-Europa. A differenza del nostro Paese, infatti, negli ultimi 15 anni la maggior parte dei paesi dell'Europa centro-meridionale ha realizzato riforme nazionali con contenuti diversi ma logica comune: una revisione delle regole nazionali del sistema – o loro introduzione quando mancavano – accompagnata da un incremento delle risorse statali dedicate. In Italia è nota la necessità di una riforma nazionale che definisca poche regole chiave per tutto il paese, elimini le storture esistenti e incrementi le risorse destinate ai servizi.

2.3. Come viene costruito il percorso attuativo?

Il percorso attuativo può essere realizzato attraverso due modalità. La prima, che contraddistingue il nostro paese – ed ha caratterizzato anche altri paesi in passato – consiste nella redazione di piani pluriennali che delineano grandi obiettivi da raggiungere, ma senza identificare gli strumenti per raggiungerli.

Un caso è dato dal Gold Plan del Giappone: introdotto nel 1989, delineava una strategia decennale per promuovere la salute e il benessere degli anziani, attraverso la fissazione di numerosi obiettivi (raddoppiare il numero di posti in strutture residenziali, triplicare il numero di assistenti domiciliari, e così via). Analogamente, in Spagna, fino al 2007, le politiche a favore della non autosufficienza erano basate sul Plan Gerontologico, di otto anni. Il documento delineava uno spettro ampio di obiettivi da raggiungere, relativi ai servizi sociali, sanitari, alle politiche abitative e così via.

In entrambi i casi, gli obiettivi sono stati raggiunti in minima parte, a causa della natura di indirizzo dei documenti: in essi, si indicano gli interventi da realizzare ma non vi sono le azioni concrete da mettere in atto.

La seconda modalità prevede la definizione di obiettivi chiari, la precisa scansione temporale della riforma (di solito più lunga di una legislatura), ed una stretta collaborazione tra i diversi livelli di governo – di cui si è discusso nel punto precedente.

Sia la Spagna che il Giappone hanno effettuato una svolta rilevante, passando dalla prima alla seconda modalità, vale a dire dalla definizione di vaghi piani pluriennali alla realizzazione di riforme basate su pochi obiettivi accompagnati dagli strumenti necessari. Quella di realizzare riforme con obiettivi precisi e ben definiti è una tendenza riscontrata, in realtà, in tutti gli altri paesi che negli ultimi quindici anni hanno introdotto innovazioni nel sistema di assistenza agli anziani non autosufficienti, ed è la modalità di realizzazione delle politiche che caratterizza i paesi con sistemi di welfare più solidi. Spagna e Giappone, partendo da una situazione di arretratezza delle politiche per la non autosufficienza simile a quella in cui attualmente si trova il nostro paese, hanno realizzato innovazioni di rilievo che li hanno portati ad avvicinarsi ai sistemi di welfare più avanzati.

2.4. Qual è il ruolo dell'assicurazione privata?

Nei paesi che hanno realizzato riforme delle politiche a favore della non autosufficienza, il ruolo di maggior peso è giocato dallo stato. Il settore privato, ove sviluppato, ha sempre un ruolo integrativo e, attraverso polizze assicurative private contro il rischio della non autosufficienza, rappresenta il cosiddetto “secondo pilastro” dell’assistenza agli anziani non autosufficienti.

I problemi più evidenti dei prodotti proposti dalle assicurazioni private, infatti, riguardano, da un lato, la complessità; dall’altro, il livello elevato dei premi. Questi ultimi possono variare in modo significativo in base alle caratteristiche individuali e non sempre permettono al consumatore di percepire i costi del rischio di non autosufficienza. La situazione è complicata dal fatto che le polizze private, per essere convenienti, dovrebbero essere sottoscritte in giovane età, ma difficilmente le persone sentono l'esigenza di acquistare un'assicurazione di questo tipo e, una volta

in età avanzata, spesso non sono in grado di acquistarle perché il premio richiesto dall'assicurazione è troppo elevato.

A causa di queste caratteristiche intrinseche delle polizze private, non stupisce che la diffusione delle assicurazioni private di long term care assente o molto limitata in tutti i paesi, sia quelli in cui i sistemi pubblici di LTC molto generosi (come quelli dei paesi scandinavi), sia negli altri paesi OECD, in cui la copertura pubblica per LTC risulta limitata.

I prodotti offerti dalle assicurazioni private possono avere diverse forme. In Francia, ad esempio, la maggior parte dei prodotti offrono una rendita forfettaria al verificarsi dello stato di non autosufficienza; negli Stati Uniti, invece, le assicurazioni offrono prevalentemente prodotti che risarciscono le spese sostenute per l'assistenza legata allo stato di non autosufficienza.

Al di là delle differenze tra i paesi, in generale il livello della domanda di polizze private per LTC è molto basso: negli Stati Uniti, ad esempio, ove pure sono state realizzate politiche di incentivo alla sottoscrizione di polizze assicurative private, la percentuale di popolazione coperta è molto bassa, intorno al 7%.

Bibliografia di riferimento

- Adema W. (2009), Ladaïque M., “*How expensive is the welfare state? Gross and net indicators in the OECD social expenditure database*”, *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, n.92, OECD.
- Huber M., Rodrigues R. (2008), “*A framework for measuring long-term care expenditure in Europe*”, Paper presentato alla 30a Conferenza della International Association for Research in Income and Wealth, Portoroz, Slovenia, 24-30 agosto, www.iariw.org
- Network Non Autosufficienza (2009), *L’assistenza agli anziani non autosufficienti. Rapporto 2009*, IRCCS-INRCA per l’Agenzia nazionale per l’invecchiamento, Rimini, Maggioli.
- Da Roit B. (2006), “*La riforma dell’indennità di accompagnamento*”, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell’assistenza ai non autosufficienti*, Fondazione SmithKline, Bologna, Il Mulino.
- Lundsgaard J. (2005), “*Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care*”, *OECD Health working papers*, n.20.
- Simonazzi A. (2008), “*Care regimes and national employment models*”, Working paper n.113, Dipartimento di Economia Pubblica, Università di Roma “La Sapienza”.
- Spillman B. (2005), Black K., “*The size of the long term care population in residential care: a review of estimates and methodology*”, U.S. Department of Health and Human Services (HHS), Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy (DALTCP), <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/ltcpopsz.htm>
- Solinas G. (2006), Bertoni F., “*Un modello di integrazione pubblico-privato: le tecnologie assistive*”, Progetto EQUAL “Fuori Orario”, Dipartimento di economia politica, <http://www.equalfuoriorario.it/efqpolitichesoc.html>
- Morini A., Biocca L. (2004), “*Il contributo della domotica*”, in Micheli G.A., *La questione anziana. Ridisegnare le coordinate di una società che invecchia*, Milano, Franco Angeli.
- Gori C., Casanova G., “*Esperienze estere e indicazioni per l’Italia*”, in ... , 2008
- Gori C. (2009), Casanova G., “*La riforma dell’assistenza ai non autosufficienti in Spagna*”, *Tendenze nuove*, Gennaio-Febbraio
- Campbell J.C. (2000), Ikegami N., “*Long-term care insurance comes to Japan*”, *Health affairs*, vol.19, n.3, Maggio-Giugno.
- Cutler D. (1993), “*Why doesn’t the market fully insure long-term care?*”, NBER working paper, 4301.
- AA.VV. (2003), “*Private LTC insurance. International comparisons*”, SCOR technical newsletter, http://scor.com/www/fileadmin/uploads/publics/NT2003_09_en_NTS9en.pdf