

10. Il finanziamento e la spesa

10.1. La spesa pubblica

La spesa pubblica per l'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti (Long-Term Care, LTC) nel nostro Paese nel 2022 assorbe annualmente 1,28% del Pil (RGS, 2023) ⁽¹⁾. In valore assoluto si tratta di 25 miliardi di euro, così suddivisi tra le filiere istituzionali coinvolte: 9,2 per servizi sanitari; 11 per l'Indennità di accompagnamento; 4,9 per altre prestazioni erogate da enti locali (principalmente spesa comunale). Oltre il 50% di queste risorse sono destinate a prestazioni in denaro, mentre la restante quota servizi si divide tra circa il 20% per interventi al domicilio e il 30% per assistenza in strutture (dati 2022, cfr. tab. 10.1).

Tabella 10.1 - La spesa pubblica per LTC anziani in Italia, anno 2022

| Filiera | Pil (composizione) | Intervento | Pil (composizione) |
|--------------------------------|-----------------------|--------------|-----------------------|
| Componente sanitaria | 0,47 (37%) | Domiciliare | 0,25 (19%) |
| Indennità di accompagnamento | 0,56 (44%) | Residenziale | 0,38 (30%) |
| Altre prestazioni LTC (Comuni) | 0,25 (19%) | Cash | 0,65 (51%) |
| Totale | 1,28 (100%) | Totale | 1,28 (100%) |

Fonte: RGS, 2023.

A livello internazionale, la nostra spesa pubblica per servizi alla persona si rivela particolarmente limitata; le comparazioni europee – fattibili prevalentemente per la componente sanitaria – segnalano un ritardo del nostro

⁽¹⁾ RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (RGS) (2023), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Roma, RGS.

Paese sotto diversi profili: in termini pro-capite ⁽²⁾, in termini d'incidenza sul Pil e in termini di quota di spesa sanitaria dedicata alla LTC (tab. 10.2).

Tabella 10.2 - Spesa sanitaria per LTC pubblica, 2021

| | UE | Italia |
|---------------------------------|--------|--------|
| Pro capite | 457,69 | 210,15 |
| % sul Pil | 1,40 | 0,68 |
| Incidenza sulla spesa sanitaria | 15,9% | 9,8% |

Fonte: Eurostat, SHA.

Il gap italiano rispetto alla media europea non sembra giustificato dalla struttura per età della popolazione, che indurrebbe ad aspettarsi un investimento per la LTC più consistente nel nostro Paese che altrove. Eurostat (2024) evidenzia, infatti, che nel 2023 in Italia l'incidenza della fascia di età 65+ risulta pari al 24% rispetto alla media UE del 21,3%, mentre quella dei grandi anziani (over 80) è il 7,6% contro il 6%.

Nella recente fase storica, peraltro, si assiste una progressiva riduzione del ruolo dell'intervento pubblico, inevitabilmente compensata dalla spesa delle famiglie. Secondo i dati ISTAT (2023), infatti, nell'ultimo decennio la spesa sanitaria per LTC sostenuta con risorse pubbliche è aumentata del 12,2%, mentre quella dei nuclei di oltre il 22%. Tra i vari tipi di spesa sanitaria (cura e riabilitazione/farmaci/prevenzione/LTC) la LTC è la voce che ha conosciuto il maggior incremento a carico dei privati cittadini.

La crescita dei livelli delle compartecipazioni richieste agli assistiti per i servizi formali di LTC comporta una sempre maggior difficoltà nell'accedere ai servizi da parte dei ceti economici medio-bassi, con rischio d'impoverimento e perdita della capacità del welfare di essere universalistico. Si tratta di una criticità più presente nel nostro Paese rispetto agli altri: l'OCSE segnala che in Italia la quota di anziani con bisogni di LTC che non trova adeguata assistenza (*unmet LTC needs*) è pari al 56% di coloro che hanno almeno una limitazione e al 51% di coloro che ne hanno almeno 3 nelle attività ADL/IADL ⁽³⁾; nella tabella 10.3 sono indicati gli analoghi indicatori di altri Stati.

⁽²⁾ S'intende pro capite rispetto all'intera popolazione residente.

⁽³⁾ Le ADL sono le attività della vita quotidiana (Activities of Daily Living, appunto ADL) e riguardano igiene personale, gestione della continenza, vestirsi, alimentazione e deambulazione. Le IADL, a loro volta, permettono alle persone di vivere in maniera indi-

Tabella 10.3 - Percentuali di anziani a domicilio con bisogni non soddisfatti, 2019-2020

| | ADL/IADL | |
|------------|------------------------|----------------------|
| | almeno una limitazione | almeno 3 limitazioni |
| Italia | 56% | 51% |
| Francia | 42% | 13% |
| Spagna | 42% | 34% |
| Germania | 41% | 26% |
| Austria | 44% | 27% |
| Paesi OCSE | 50% | 37% |

Fonte: OCSE, 2023.

La questione del finanziamento della LTC in Italia è peraltro complicata dal coinvolgimento di diversi livelli istituzionali: in assenza di una cornice nazionale, la separazione dei canali di finanziamento secondo le differenti competenze istituzionali (INPS/Regioni per la sanità/Comuni per il sociale) genera squilibri territoriali e non favorisce la ricomposizione delle risorse di diversa origine. Il livello delle risorse pubbliche di cui beneficiano gli assistiti localmente è infatti il risultato della stratificazione casuale del diverso ricorso all'Indennità di accompagnamento da parte delle Regioni, delle loro scelte di allocazione della spesa sanitaria e degli sforzi finanziari dei Comuni singoli e associati in relazione a questo bisogno (per una panoramica delle differenze si rimanda a Casavecchia, Tondini e Pelliccia, 2023) ⁽⁴⁾.

In merito, è utile ricordare che in ambito sanitario, benché siano stati definiti i LEA, mancano standard nazionali sulle dotazioni di questi servizi e, pertanto, la percentuale di spesa regionale per la LTC anziani consegue al livello di priorità che le singole Regioni attribuiscono al settore nella gestione delle proprie quote del Fondo Sanitario Nazionale (non ci sono vincoli di destinazione all'area sociosanitaria).

In ambito sociale, inoltre, sono di fatto assenti LEP per gli interventi per la non autosufficienza degli anziani. È bene segnalare che, nonostante esista-

pendente all'interno di una comunità. Si tratta di compagnia e supporto sociale, trasporti e spesa, preparazione dei pasti, fare le pulizie e mantenere in ordine la casa, gestione dei farmaci, comunicare con gli altri, gestione delle finanze.

⁽⁴⁾ CASAVECCHIA M., TONDINI M., PELLICCIA L. (2023), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti: squilibri territoriali e prospettive di riforma*, in *La finanza territoriale, Rapporto 2023*, Venezia, Rubbettino, pp 137-182.

no alcune politiche nazionali di finanziamento, ad esempio l'incremento del Fondo Nazionale non Autosufficienza, non sono stati finora definiti meccanismi operativi per garantire che una quota adeguata di risorse vada a favore degli anziani e, soprattutto, per i servizi alla persona (l'area, come evidenziato, nella quale registriamo il maggior ritardo).

10.2. Programmazione e governance

In questo quadro una riforma avrebbe dovuto innanzitutto promuovere meccanismi per l'integrazione della spesa a livello territoriale: pur rispettando le diverse competenze istituzionali si sarebbero dovute creare occasioni di "cerniera" per fare sistema delle risorse di diversa origine. La governance delle risorse per la LTC anziani, infatti, non andrebbe lasciata al caso ma dovrebbe essere oggetto di una specifica programmazione d'insieme per valutarne l'adeguatezza rispetto all'evoluzione dei bisogni e promuoverne l'appropriatezza d'uso.

In questa direzione va la proposta dello SNAA (Sistema Nazionale Assistenza Anziani), avanzata dal Patto e fatta propria dalla Legge Delega 33/2023 (cap. 3). Infatti, pur mantenendo la competenza istituzionale delle filiere di provenienza, si prevede la ricomposizione dei vari canali di finanziamento attraverso i meccanismi di programmazione integrata e governance unitaria di tutti gli interventi a titolarità pubblica per la non autosufficienza – sociali, sanitari e indennità di accompagnamento – a ogni livello di governo. In pratica, tutti gli attori pubblici coinvolti programmano congiuntamente l'insieme delle risorse pubbliche dedicate, in ambito statale, regionale e locale, ognuno tenendo conto delle indicazioni del livello di governo superiore. L'obiettivo di ricomporre la frammentazione viene perseguito cercando la massima organicità raggiungibile dati i vincoli del contesto italiano, senza operare modifiche nelle distinte competenze istituzionali di sociale e sanità (si vedano i principi di ambizione e realismo presentati nel capitolo 3). Nel passaggio dalla Legge Delega al Decreto Attuativo, tuttavia, il nuovo sistema è stato sostanzialmente cancellato, pur essendo mantenuto in vita nominalmente.

10.3. Una contraddizione apparente

Quanto affermato sin qui sulla necessità di maggiori risorse, pare – a prima vista – in stridente contraddizione con l'assenza di stanziamenti nella Legge Delega 33/2023. Vediamo la ragione di questa mancanza. Come antici-

pato, la riforma è stata inserita nel PNRR grazie alla pressione delle organizzazioni del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza. Quando i suoi componenti decisero di impegnarsi a tal fine, era ben chiaro che la riforma inizialmente sarebbe partita senza fondi aggiuntivi. Infatti, il PNRR non può prevedere incrementi strutturali di spesa corrente; in altre parole, si trattava di collocare una riforma che richiede robusti incrementi di spesa corrente in un involucro istituzionale che li vieta. Ciononostante, si è puntato a perseguire quest'obiettivo perché gli impegni vincolanti del PNRR e i tempi per la sua realizzazione, prestabiliti a livello europeo, parevano rappresentare una possibilità unica per riformare – dopo un'attesa di almeno 25 anni – un settore molto debole politicamente. Il ragionamento è stato: miriamo a includere la riforma nel PNRR in modo da avere la certezza che si farà, poi lavoriamo perché questa diventi l'occasione per incrementare l'attenzione verso il tema e, di conseguenza, anche i relativi fondi. Il prossimo futuro dirà se questa è stata la strategia giusta. La prima risposta, quella fornita dal Decreto Attuativo 29/2024, in verità non è stata positiva ma è necessario più tempo per comprenderne gli sviluppi ⁽⁵⁾.

10.4. Primo e secondo pilastro

Per cercare di ridurre il divario tra le risorse pubbliche che l'Italia dedica ai servizi di LTC e i livelli medi europei servirebbero investimenti aggiuntivi e politiche mirate. Costruire un pacchetto di azioni di riforma che rappresenti un incisivo miglioramento dell'intervento pubblico richiederebbe stanziamenti che gli esperti stimano dell'ordine di 0,3/0,4 punti di PIL (tra i 6 e gli 8 miliardi) (Patto, 2022) ⁽⁶⁾. Si tratta di una cifra significativa ma raggiungibile a condizione che il tema diventi una priorità politica, dato l'inscindibile legame tra risorse economiche e scelte politiche. L'interrogativo cruciale, pertanto, è se e in quale misura la politica deciderà di dare rilievo alla non autosufficienza, tra i tanti settori in competizione per ottenere maggiori finanziamenti pubblici. In ogni modo, l'ammontare del budget necessario suggerisce che

⁽⁵⁾ Il Decreto Attuativo è privo di nuove risorse strutturali. Contiene esclusivamente un finanziamento temporaneo di 500 milioni di euro per il biennio 2025-2026, finalizzato alla sperimentazione della prestazione universale (cap. 7).

⁽⁶⁾ Patto-Proposte-introduzione-SNA-testo-definitivo-COMPLETO-01.03.2022.pdf (pattononautosufficienza.it).

l'unica strada praticabile consista in un incremento dei finanziamenti graduale nel tempo, spalmato su più anni.

Secondo il Patto, il Sistema Nazionale Assistenza Anziani dovrebbe configurarsi come un sistema a due livelli. Il primo pilastro, finanziato dal pubblico attraverso la fiscalità generale, punta alla razionalizzazione di una normativa oggi frammentata e incompleta e definisce le risorse necessarie per sostenere prestazioni universali descritte nella nostra proposta. Qui, come spiegato nei capitoli precedenti, la tutela della non autosufficienza viene riconosciuta come una responsabilità pubblica imperniata sulla garanzia di un insieme di diritti. Lo SNAA, dunque, si basa sul finanziamento pubblico dei livelli essenziali – sociali (LEP) e sanitari (LEA) – rivolti agli anziani non autosufficienti, definiti ed erogati in forma congiunta.

Attenzione, però. La definizione dei livelli essenziali non può limitarsi a essere puramente nominale ma dev'essere sostanziale, vale a dire conforme alle esigenze di anziani e famiglie. Questo significa rispondere ai criteri di adeguatezza, appropriatezza e continuità degli interventi a cui si ispirano le finalità dello SNAA. L'approccio delineato è in linea con i risultati del vivace dibattito internazionale – stimolato negli ultimi tre decenni dall'invecchiamento della popolazione – su come finanziare l'assistenza ai non autosufficienti. Tutti gli esperti, infatti, condividono la necessità di un primario e incisivo impegno pubblico, al quale occorre che si affianchi un secondo pilastro integrativo: l'argomento viene approfondito di seguito.

Il secondo pilastro

Alla luce del futuro incremento di spesa pubblica e privata per prestazioni legate alla non autosufficienza, dovuto all'invecchiamento della popolazione, si deve prevedere un secondo pilastro da integrare al sistema pubblico, anche se nella Legge Delega 33/2023 e nel successivo Decreto 29/2024 quest'ipotesi non viene presa in considerazione.

Con il secondo pilastro si prevede di accantonare fondi, da usare per la copertura dei bisogni che scaturiscono dallo stato di non autosufficienza, con una logica solidaristica e senza fini di lucro che lo differenzia dal terzo pilastro, basato su una logica assicurativa legata al rischio. Il Patto non propone una copertura assicurativa di natura individuale ⁽⁷⁾ bensì collettiva, grazie

(7) Una copertura assicurativa individuale è un contratto stipulato tra un singolo individuo e una compagnia di assicurazioni, in cui l'assicuratore si impegna a fornire una protezione finanziaria contro specifici rischi o eventi in cambio del pagamento di un premio.

alla costituzione di fondi integrativi alimentati dai contributi versati da una platea il più possibile vasta, da restituire sotto forma di rendita e/o servizi dal momento in cui sarà accertato lo stato di non autosufficienza. A questo scopo si prevede l'attivazione della copertura collettiva attraverso la contrattazione tra le parti sociali e il versamento, in maniera continuativa, di contributi in età lavorativa, così da trarre il massimo vantaggio da una solidarietà ampia, condivisa e generalizzata tra le diverse categorie lavorative e le generazioni.

Il secondo pilastro condivide la definizione di non autosufficienza utilizzata nella nuova valutazione nazionale unitaria (cfr. cap. 3). Finanzia prestazioni complementari, non rientranti nei LEA e nei LEP, e integrative, come ad esempio le quote residuali dei costi dei servizi (ticket) o prestazioni aggiuntive a quelle già erogate da LEA e LEP (ad esempio ampliando il numero delle ore di ADI), volte al miglioramento delle condizioni di vita dei soggetti dal punto di vista sanitario, sociosanitario e sociale.

Il sistema sociosanitario attuale si caratterizza per la separazione tra i pochi servizi finanziati tramite risorse pubbliche (erogati da strutture del settore pubblico o da gestori privati di servizi accreditati) e quelli del mercato privato in senso stretto, pagati per intero dagli interessati e/o dai loro parenti. Una simile situazione, oltre ad alimentare una crescente disegualianza sociale e territoriale, ha vari esiti negativi: l'impossibilità di ottenere risposte complete e integrate a bisogni complessi e multidimensionali come la non autosufficienza, con il conseguente peggioramento della qualità di vita di anziani e famiglie; l'erosione dei risparmi familiari; un sistema privato di assistenza sociosanitaria fruibile soltanto dai pochi in grado di sostenerne i costi, talvolta estremamente elevati.

L'ampliamento e l'integrazione di risorse e prestazioni (queste ultime in una prospettiva che sia coerente con il Progetto assistenziale personalizzato, PAI, responsabilità dall'ente pubblico) grazie al secondo pilastro mirano a superare queste criticità e potrebbero generare ricadute positive in tre direzioni. In primo luogo, la costruzione di un simile pilastro rappresenta un'occasione per creare e consolidare nuova occupazione in servizi altamente professionalizzati nel settore sanitario, sociosanitario e socioassistenziale. In quest'ottica, le risorse accantonate nei fondi integrativi verranno trasferite prevalentemente sotto forma di servizi anziché di contributi monetari, migliorando la qualità dell'offerta complessiva degli interventi professionali e producendo risvolti positivi sull'occupazione qualificata.

In secondo luogo, senza un approccio integrativo e solidaristico – basato su una logica mutualistica ampia, tra categorie e generazioni, e condivisa

(esito della contrattazione tra le parti) – esiste il pericolo che i soggetti più deboli sul mercato del lavoro (come i lavoratori con salari più bassi o con carriere professionali discontinue e, quindi, scarse tutele) rimangano esclusi da forme d'intervento complementari e integrative. In assenza di un secondo pilastro, infatti, questi soggetti hanno soltanto due opzioni: decidere, nell'indisponibilità di risorse proprie o risparmi, di non accantonare nulla per la non autosufficienza o di rivolgersi individualmente agli intermediari assicurativi (terzo pilastro). In entrambi i casi, le persone economicamente vulnerabili corrono il rischio di restare prive di copertura per la non autosufficienza, con un aumento delle disegualianze sociali.

In terzo luogo, spingere le persone – fin dal loro ingresso nel mercato del lavoro – a destinare una parte delle risorse alla copertura del rischio di non autosufficienza consente di attirare l'attenzione su una fase cruciale del ciclo di vita, la vecchiaia, spesso sottostimata poiché percepita come "distante", promuovendo anche la consapevolezza del fatto che la progressiva perdita dell'autonomia psicofisica, al crescere dell'età, è pressoché certa. In questo modo la scelta di destinare contributi al secondo pilastro contribuisce a rendere i cittadini consapevoli delle sfide e dei costi derivanti dall'invecchiamento della popolazione e a tenere alta l'attenzione sulle risorse pubbliche necessarie, favorendo anche processi di responsabilizzazione rispetto ai temi della prevenzione e delle determinanti di salute.

Bibliografia

- CASAVECCHIA M., TONDINI. M., PELLICCIA L. (2023), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti: squilibri territoriali e prospettive di riforma*, in *La finanza territoriale, Rapporto 2023*, Venezia, Rubbettino, pp. 137-182.
- EUROSTAT (2024), *Data base Systems of health Accounts e Demographic Indicators*.
- ISTAT (2023), *Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute*, Memoria per il Senato della Repubblica, 5 maggio.
- OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Parigi, OECD Publishing.
- PATTO PER UN NUOVO WELFARE SULLA NON AUTOSUFFICIENZA (2022), *Proposte per l'introduzione del Sistema Nazionale Assistenza Anziani*, Roma, Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (RGS) (2023), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Roma, RGS.