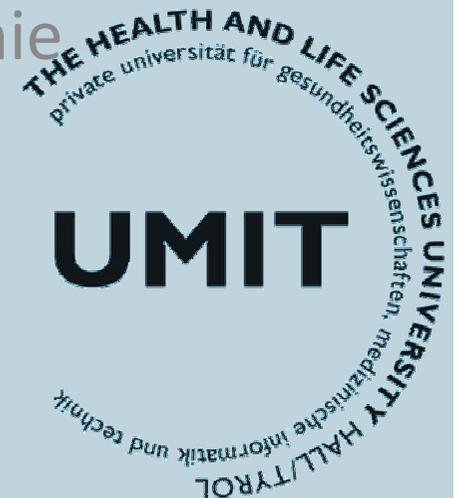


Interventi per la non autosufficienza e relativa finanziabilità in Europa?

Prof. Bernhard Güntert
Institut für Management und Ökonomie
im Gesundheitswesen (IMÖG)
UMIT, Hall in Tirol



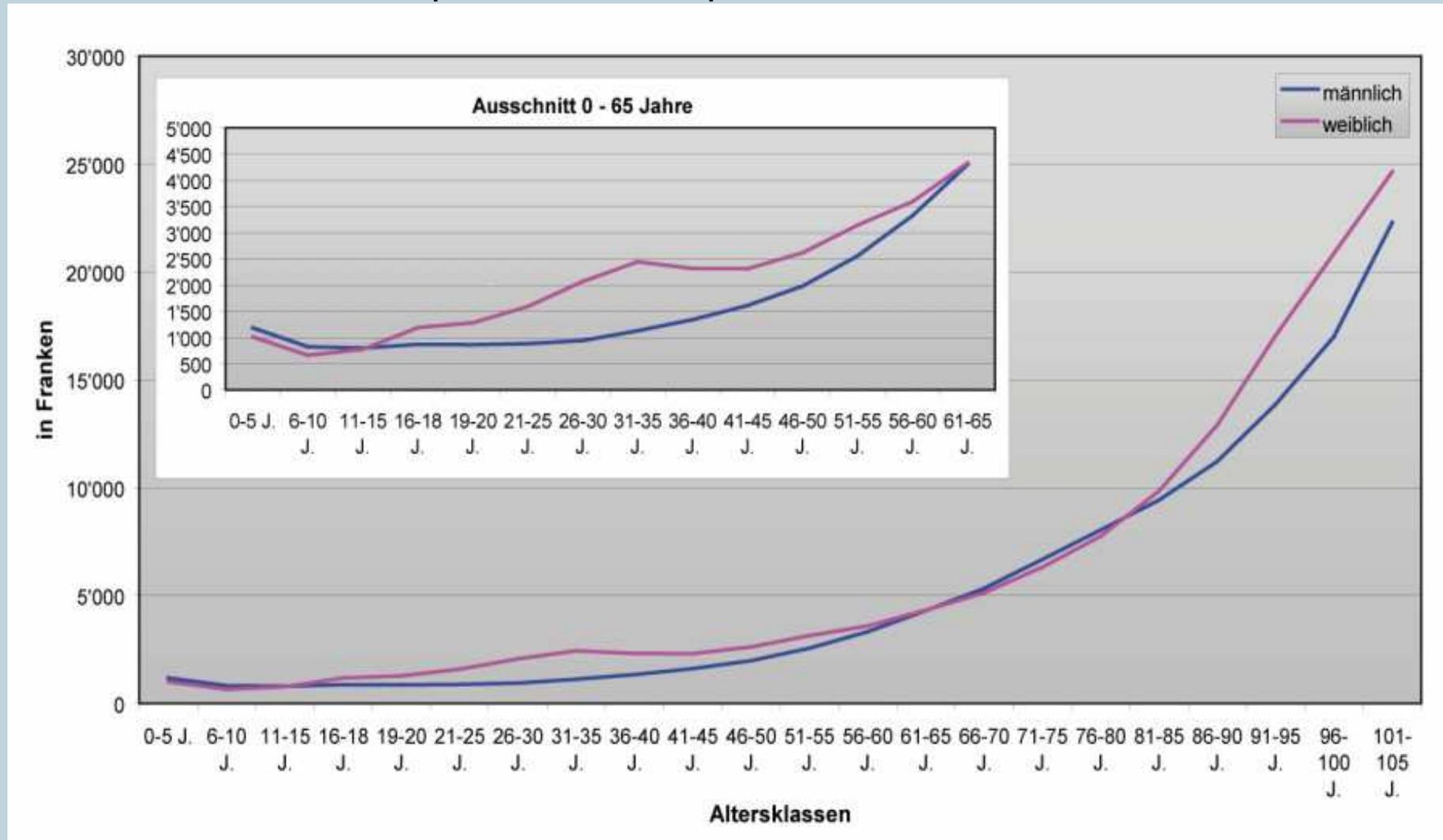
Indice dei contenuti

- Alcuni fatti
- Andamento dei costi in funzione dell'età
- Determinanti della domanda
- Determinanti dell'offerta
- Prognosi dei costi per la sanità e l'assistenza
- Possibili strategie di finanziamento
- Conclusione

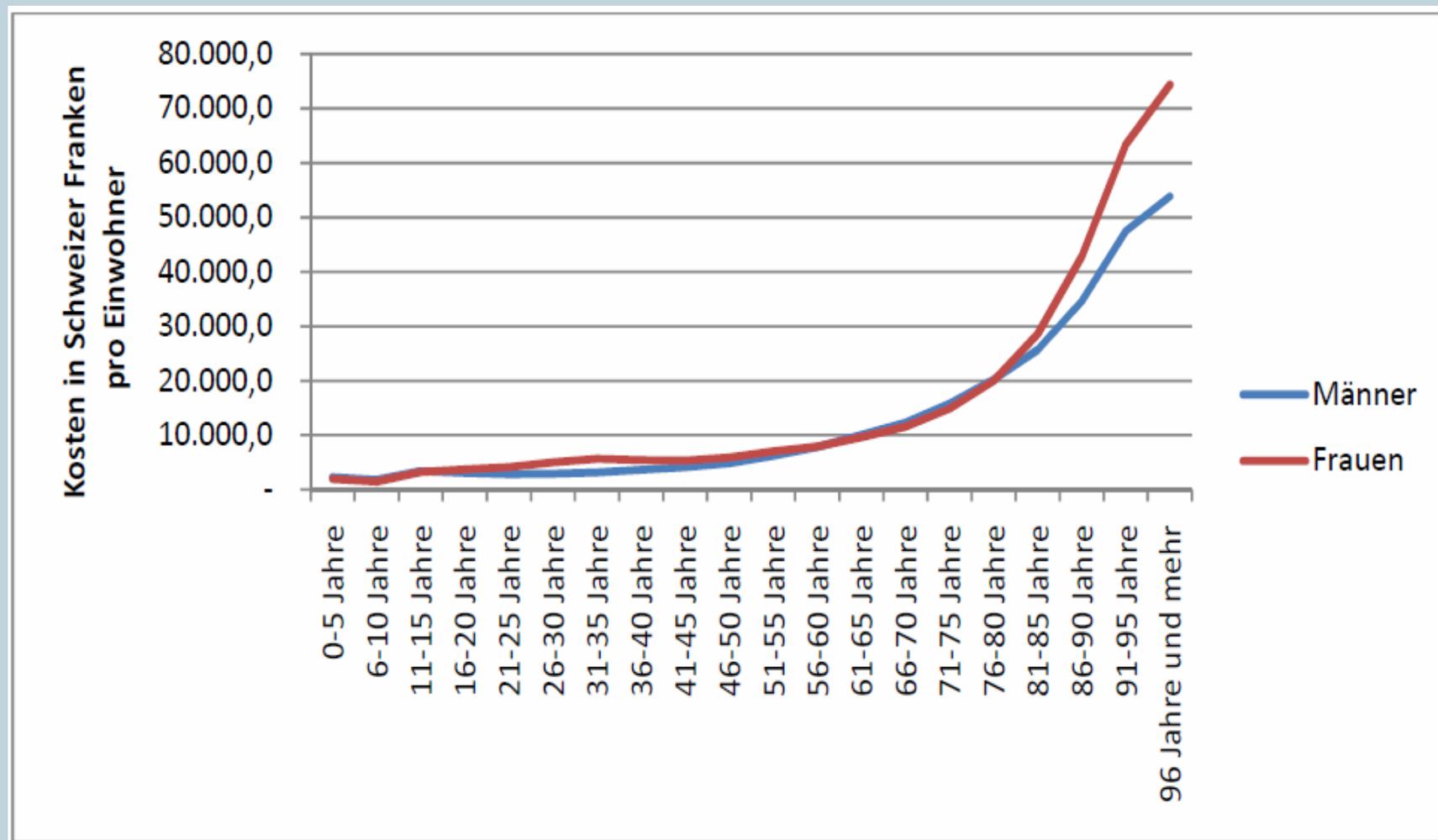
Alcuni fatti

- L'aumento della domanda è destinato a durare.
- Le risorse, già scarse, lo diventeranno ancora di più.
- Il finanziamento a lungo termine è ancora poco chiaro.
- Esistono poche evidenze di efficienza delle strutture sociosanitarie e dell'allocazione delle risorse.

Prestazioni lorde per assicurato per classe di età, CH, 2007

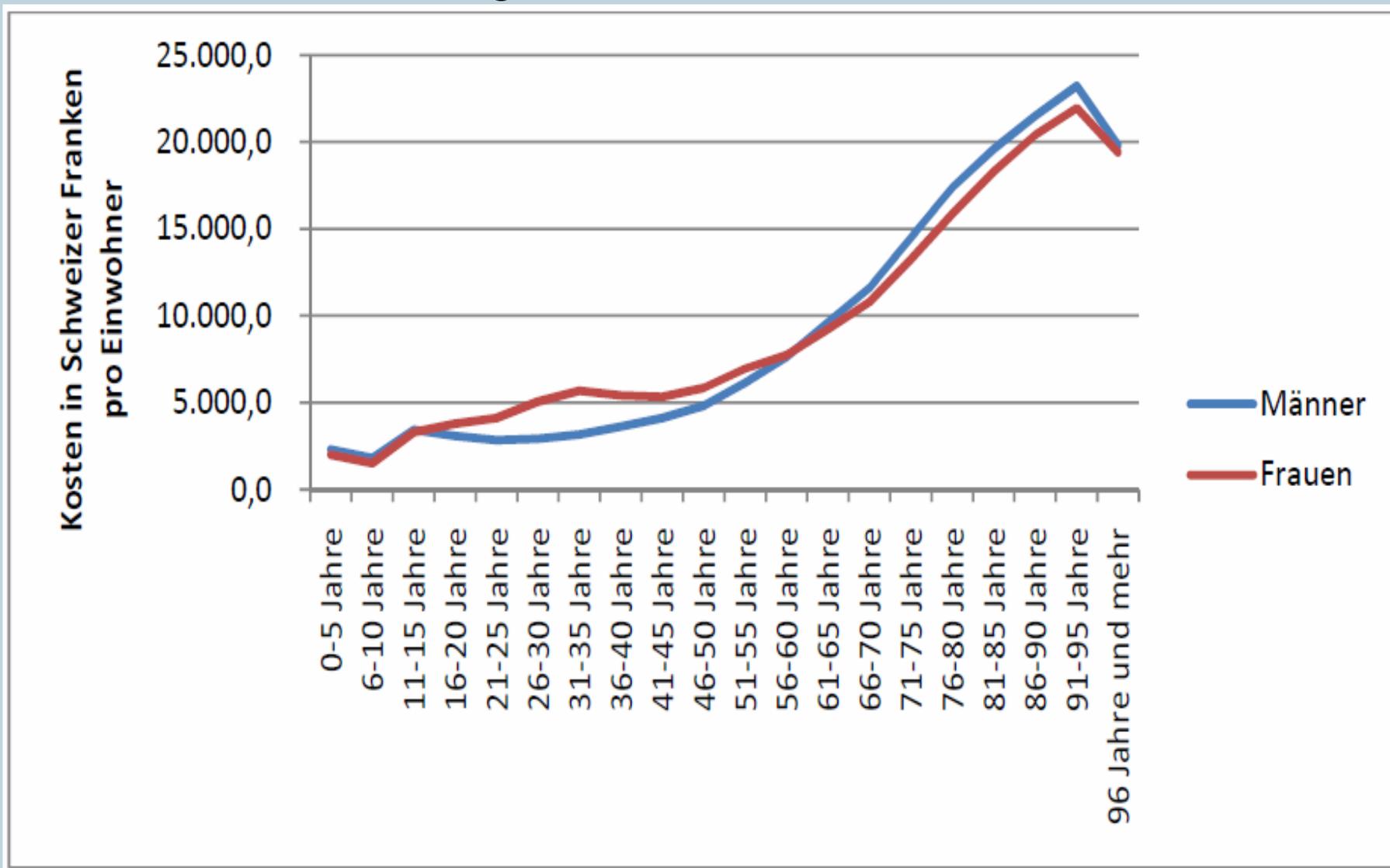


Totale dei costi sanitari pro capite per età e sesso, CH, 2007



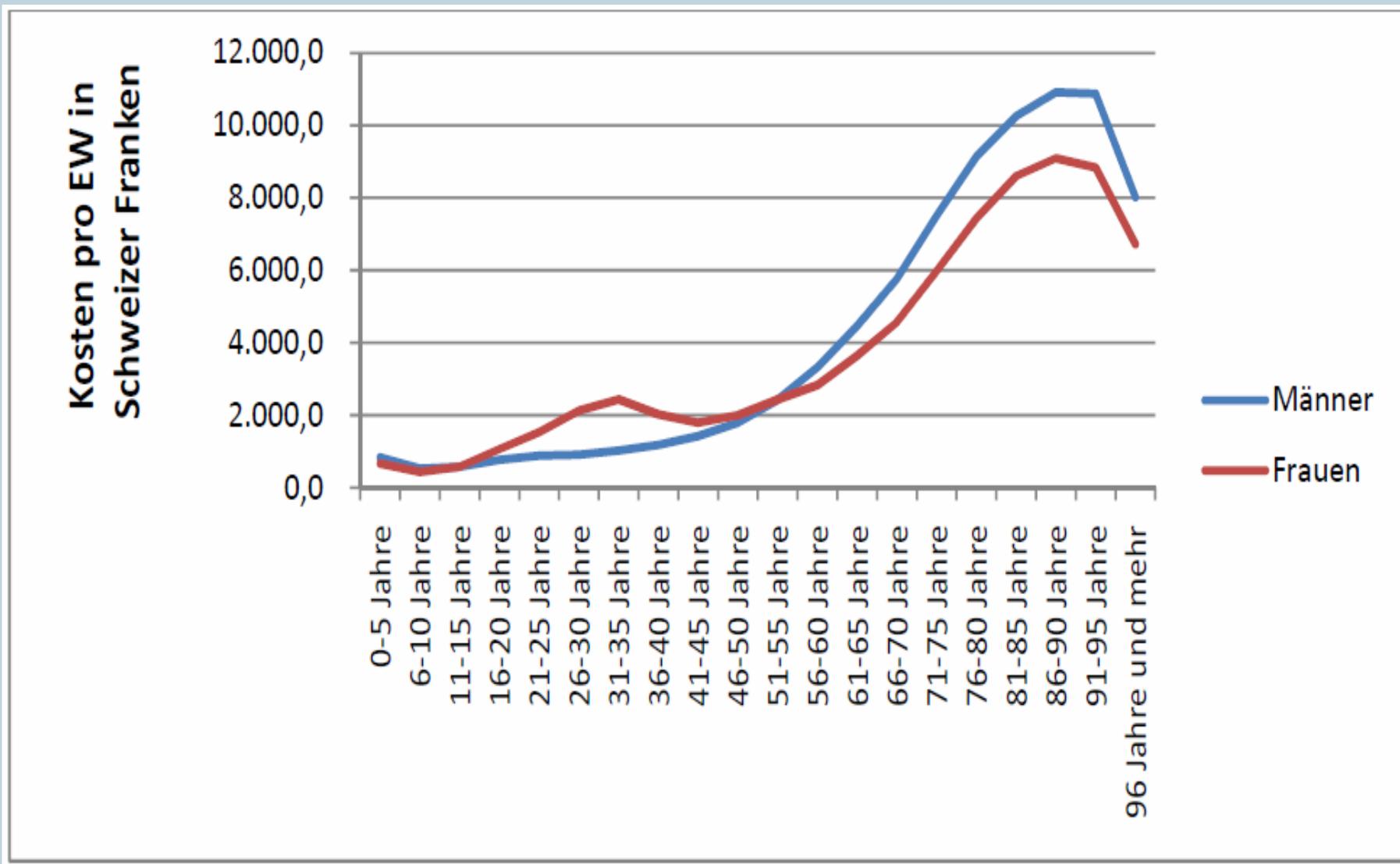
Elaborazione propria sulla base di dati dell'UST svizzero, 2010

Costi sanitari pro capite per età e sesso, esclusi i "centri di degenza", CH



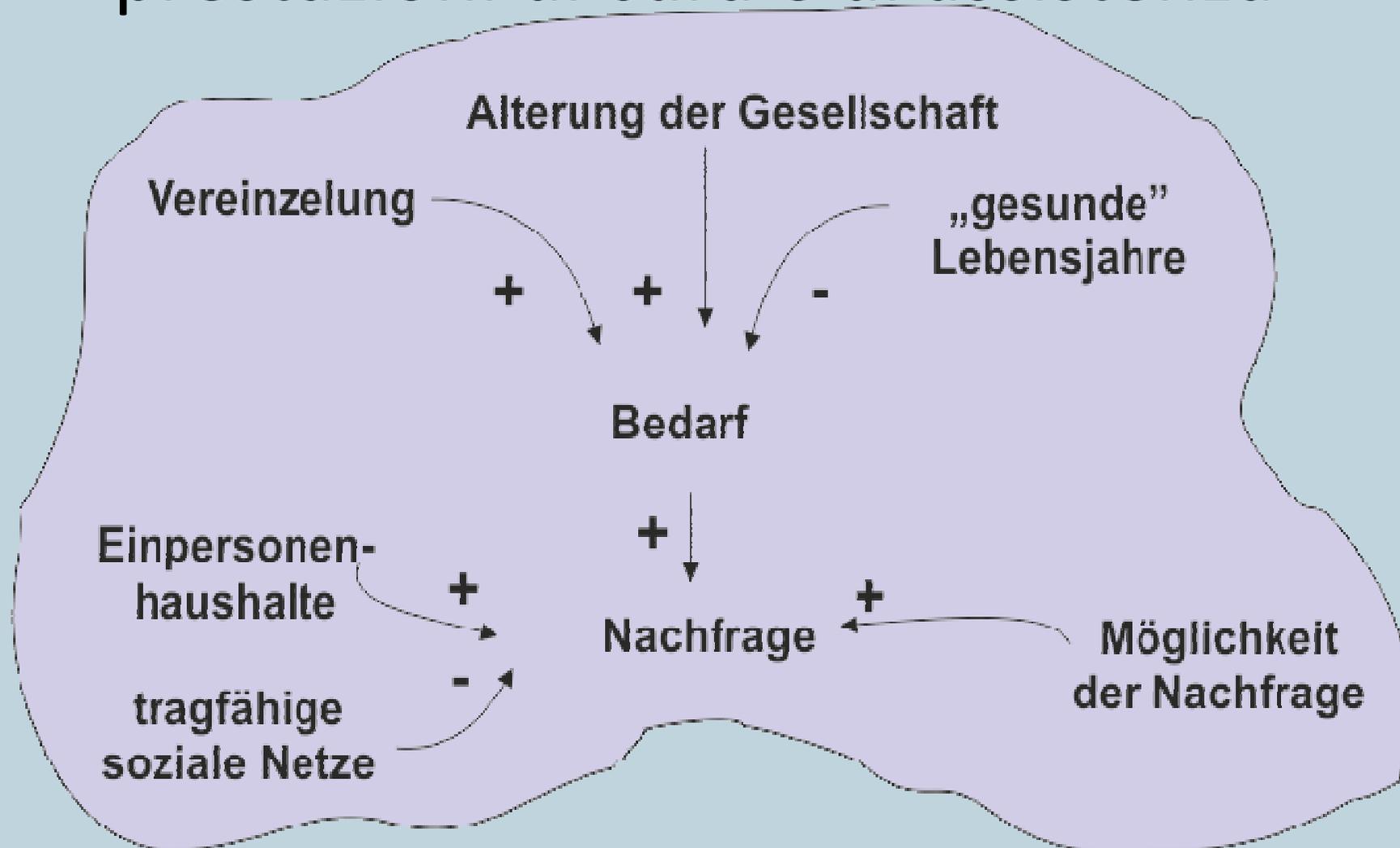
Elaborazione propria sulla base dei dati dell'UST svizzero, 2010

Costi sanitari pro capite per trattamenti ospedalieri (residenziali e non) per età e sesso, CH, 2007



Elaborazione propria sulla base dei dati dell'UST svizzero, 2010

Determinanti della domanda di prestazioni di cura e di assistenza



Attuale struttura della popolazione nella Provincia di Bolzano

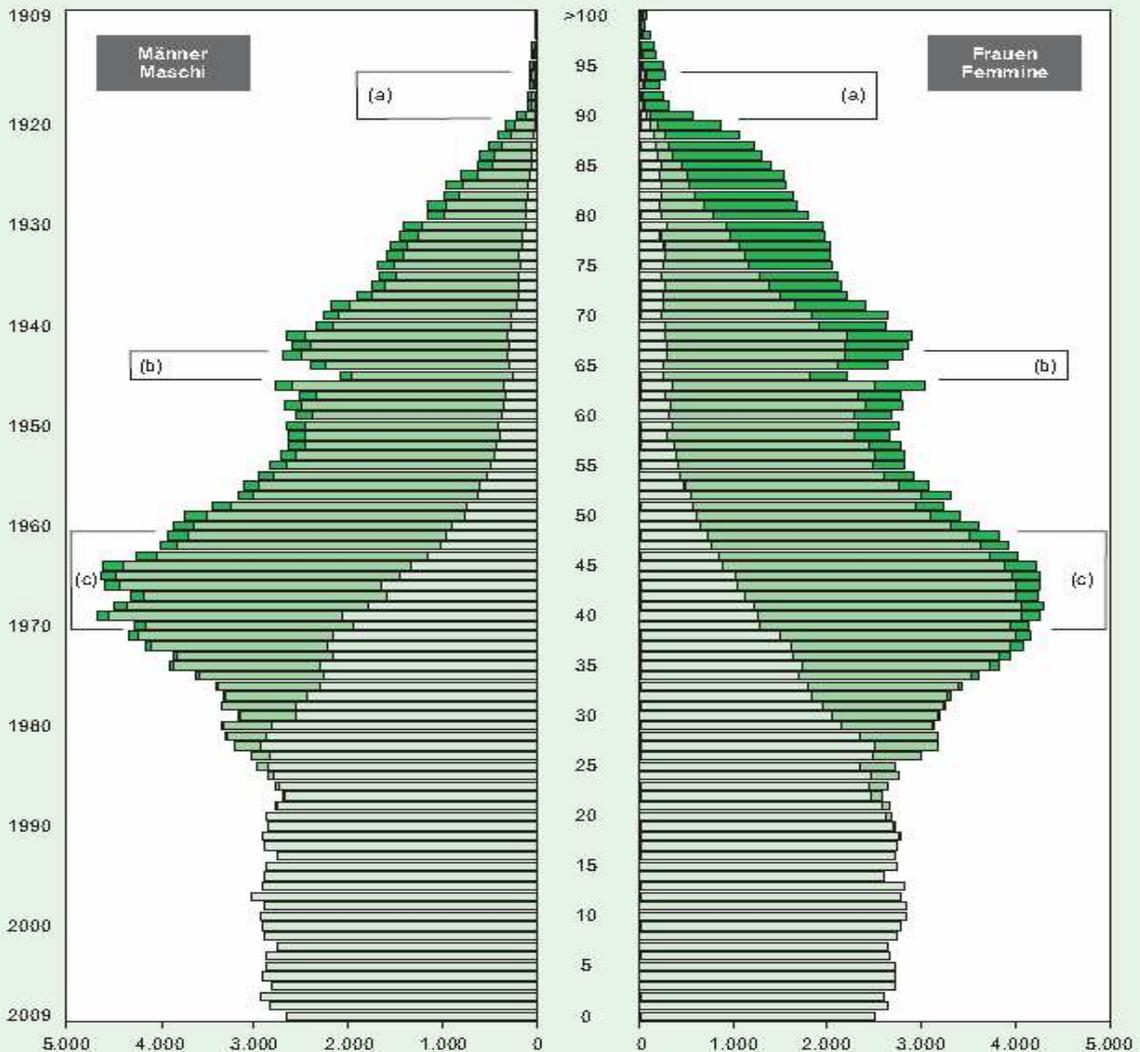
Graf. 3.b

Wohnbevölkerung nach Geschlecht, Alter und Familienstand - 2009
Stand am 31.12.

Popolazione residente per sesso, età e stato civile - 2009
Situazione al 31.12.

- ledig
celibi/nubili
- verheiratet oder gesetzlich getrennt
coniugati o separati legalmente
- verwitwet oder geschieden
vedovi o divorziati

Geburtsjahr
Anno di nascita

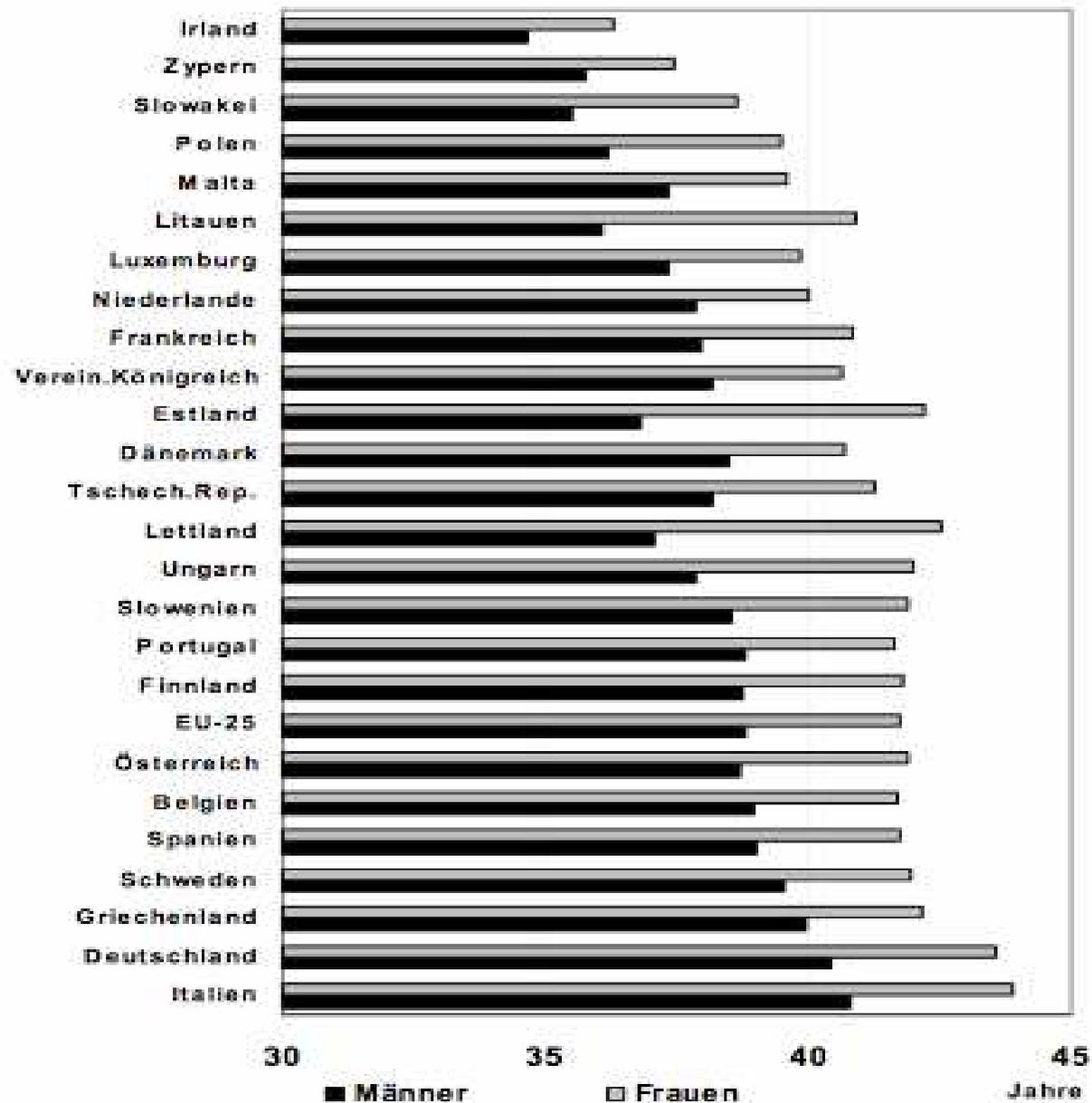


(a) Geburtenausfall im und nach dem 1. Weltkrieg
Calo delle nascite durante e dopo la 1^a Guerra mondiale

(b) Geburtenausfall am Ende des 2. Weltkrieges
Calo delle nascite alla fine della 2^a Guerra mondiale

(c) Babyboom-Generation
Generazione baby boom

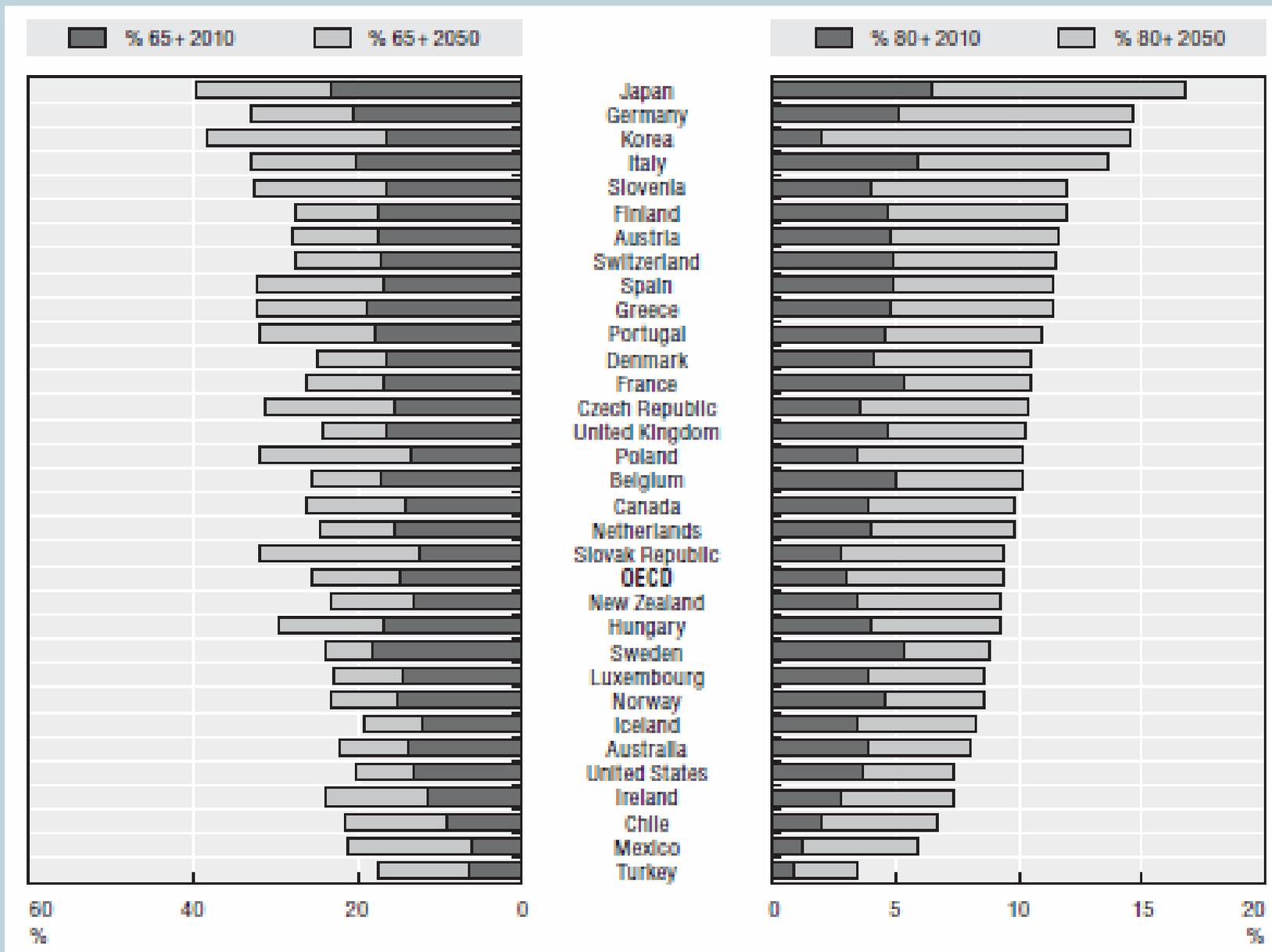
C-3: Durchschnittsalter in den EU Ländern nach Geschlecht, 1. Januar 2005



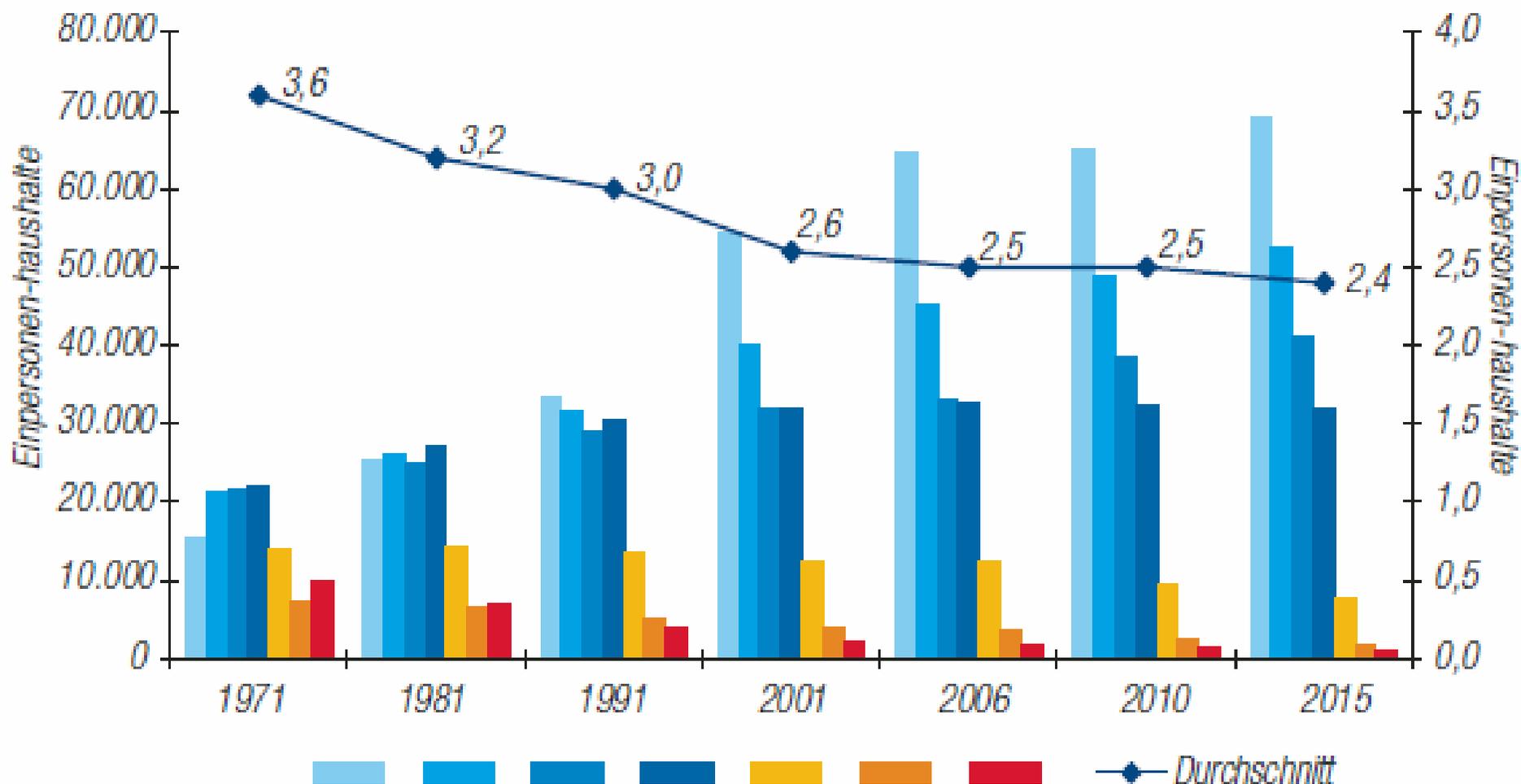
% di ultrasessantacinquenni

% di ultraottantenni

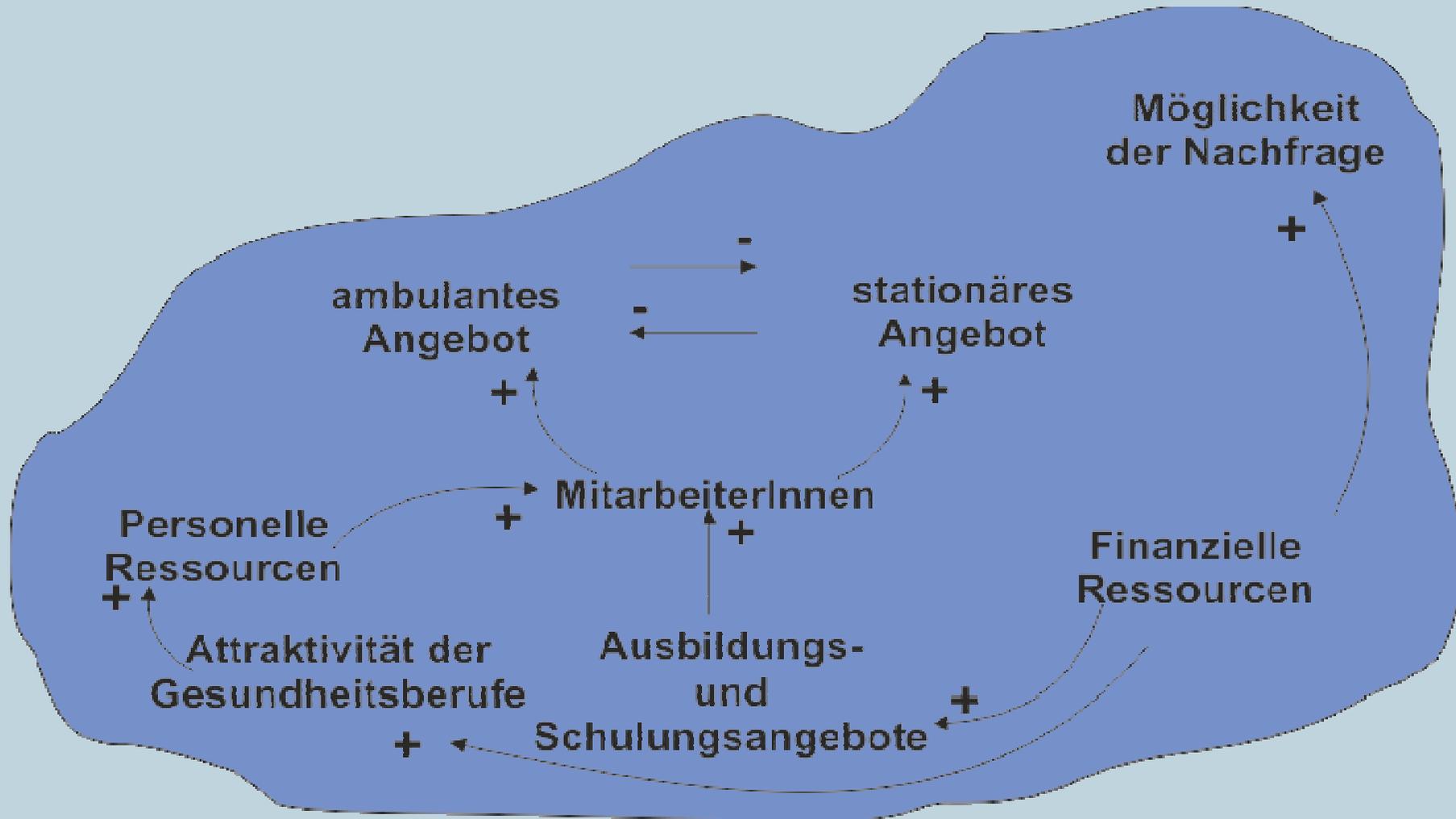
nella popolazione



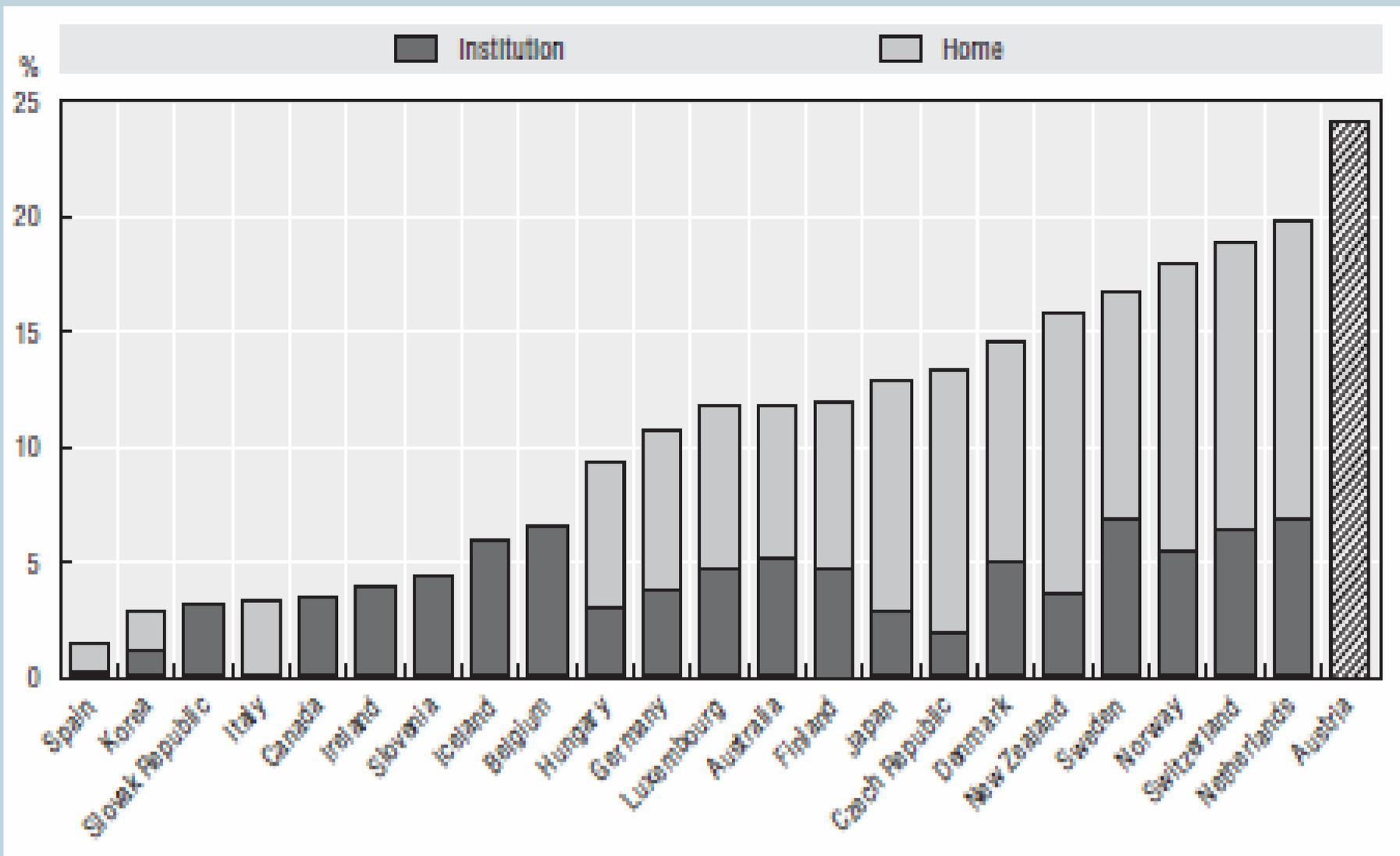
Nuclei familiari per numero di componenti dal 1971 al 2015 nella Provincia di Bolzano



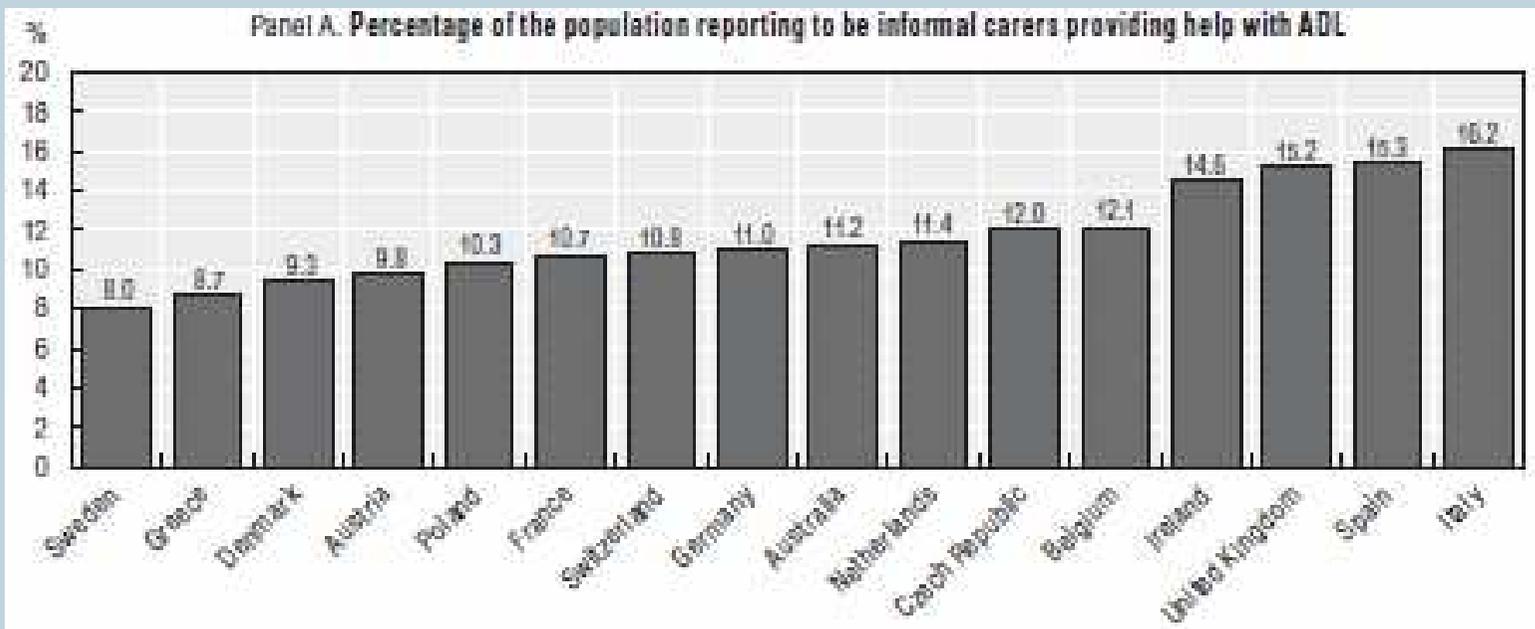
Determinanti dell'**offerta** di prestazioni di cura e di assistenza



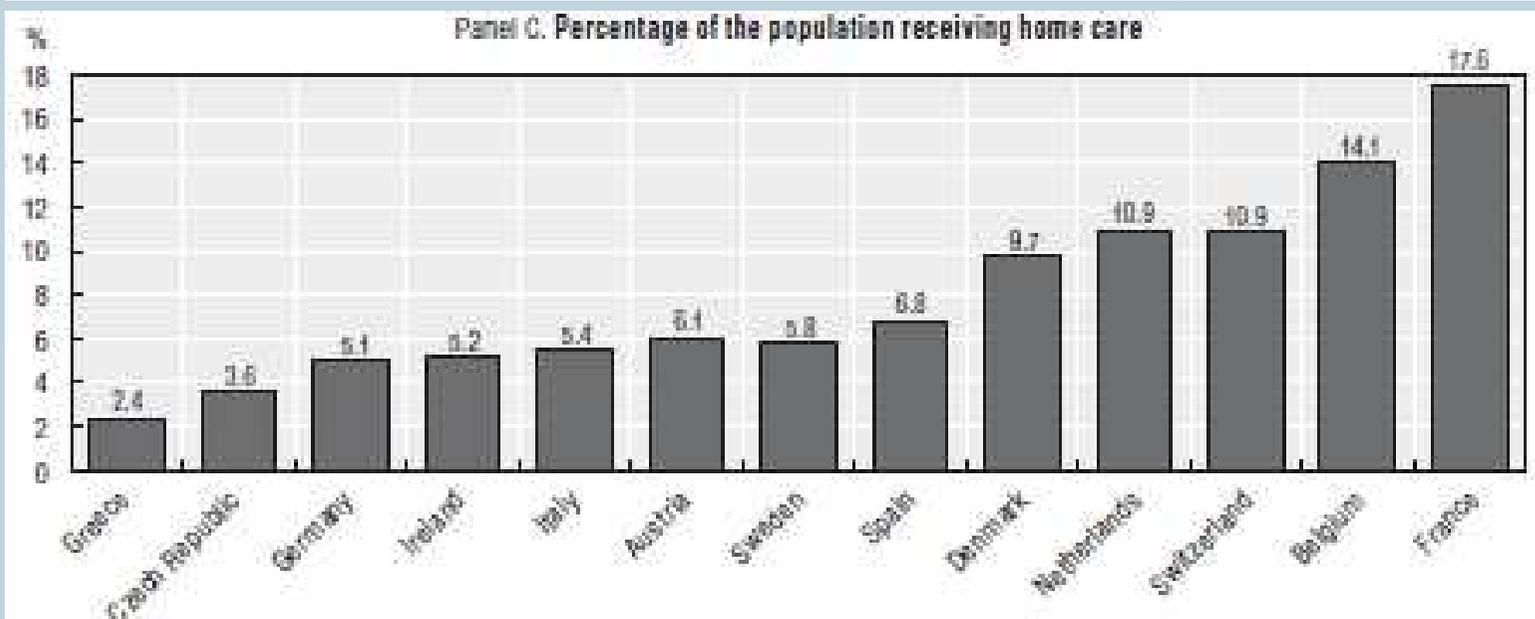
% della popolazione ultrasessantacinquenne che gode di prestazioni di LTC



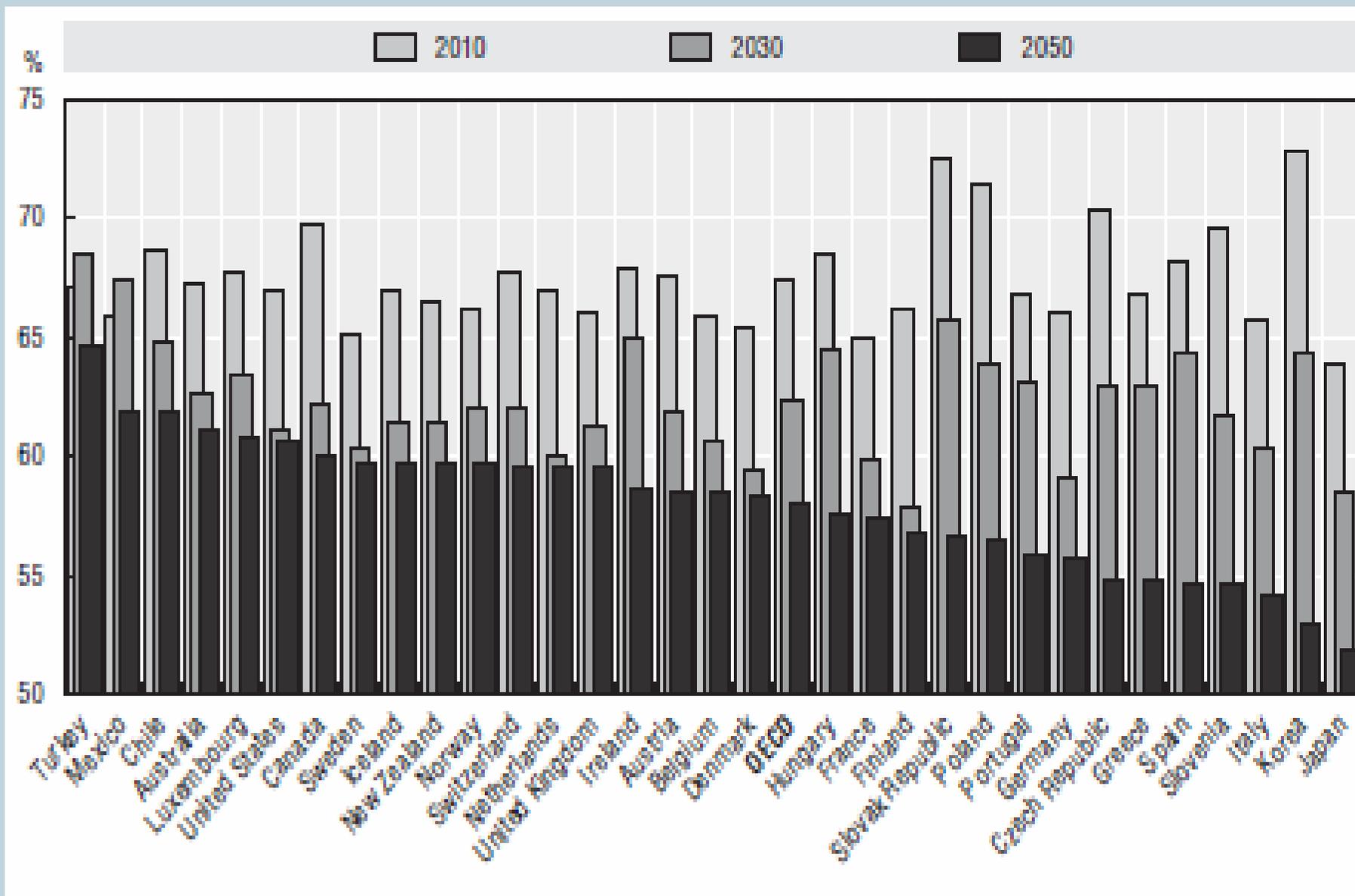
Percentuale di assistenti informali nella popolazione



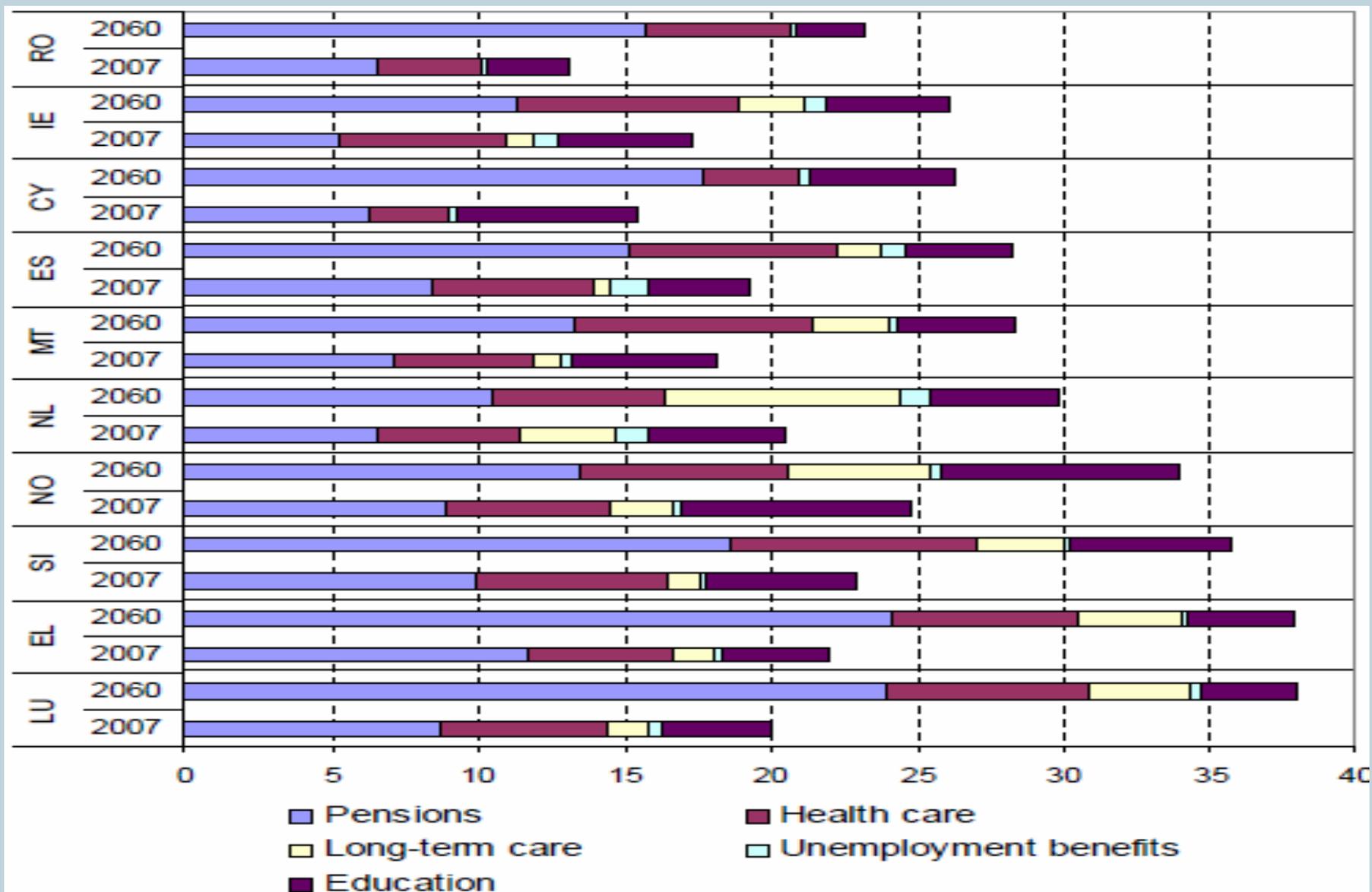
Percentuale della popolazione assistita a domicilio



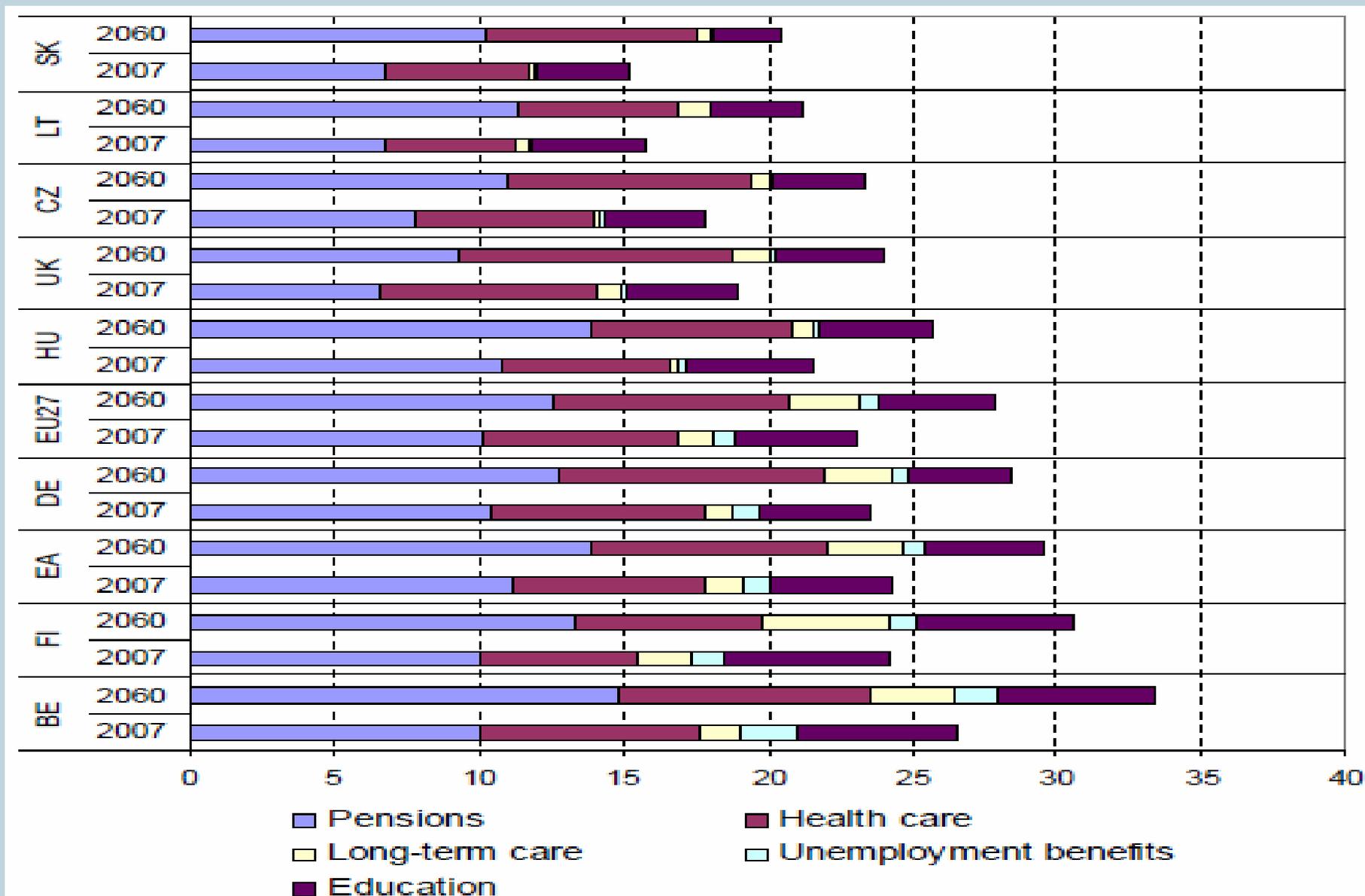
Andamento della percentuale di attivi rispetto alla popolazione totale



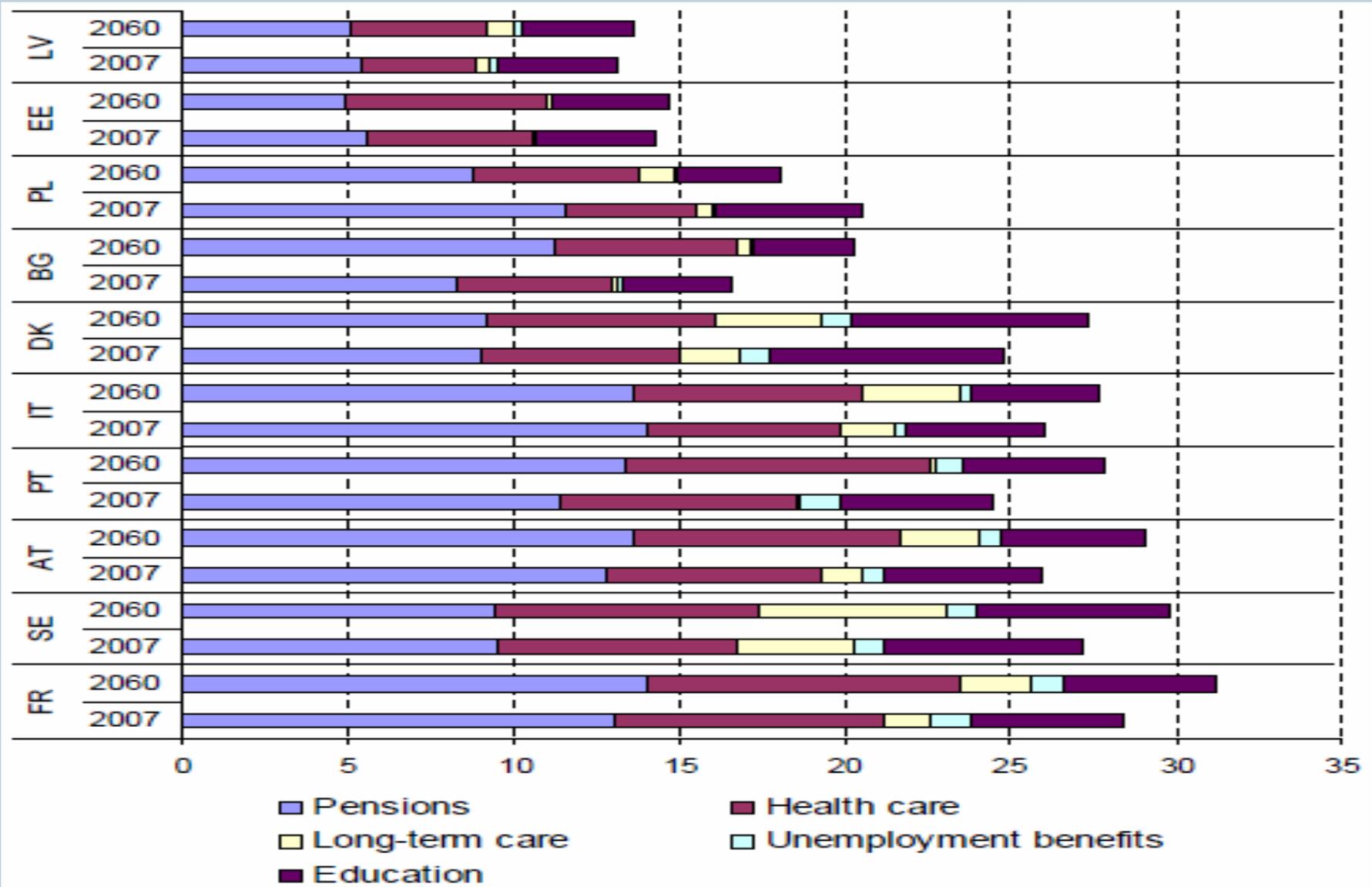
Paesi OCSE caratterizzati da un rapido aumento del costo delle pensioni, della cura e dell'assistenza (in % del PIL)



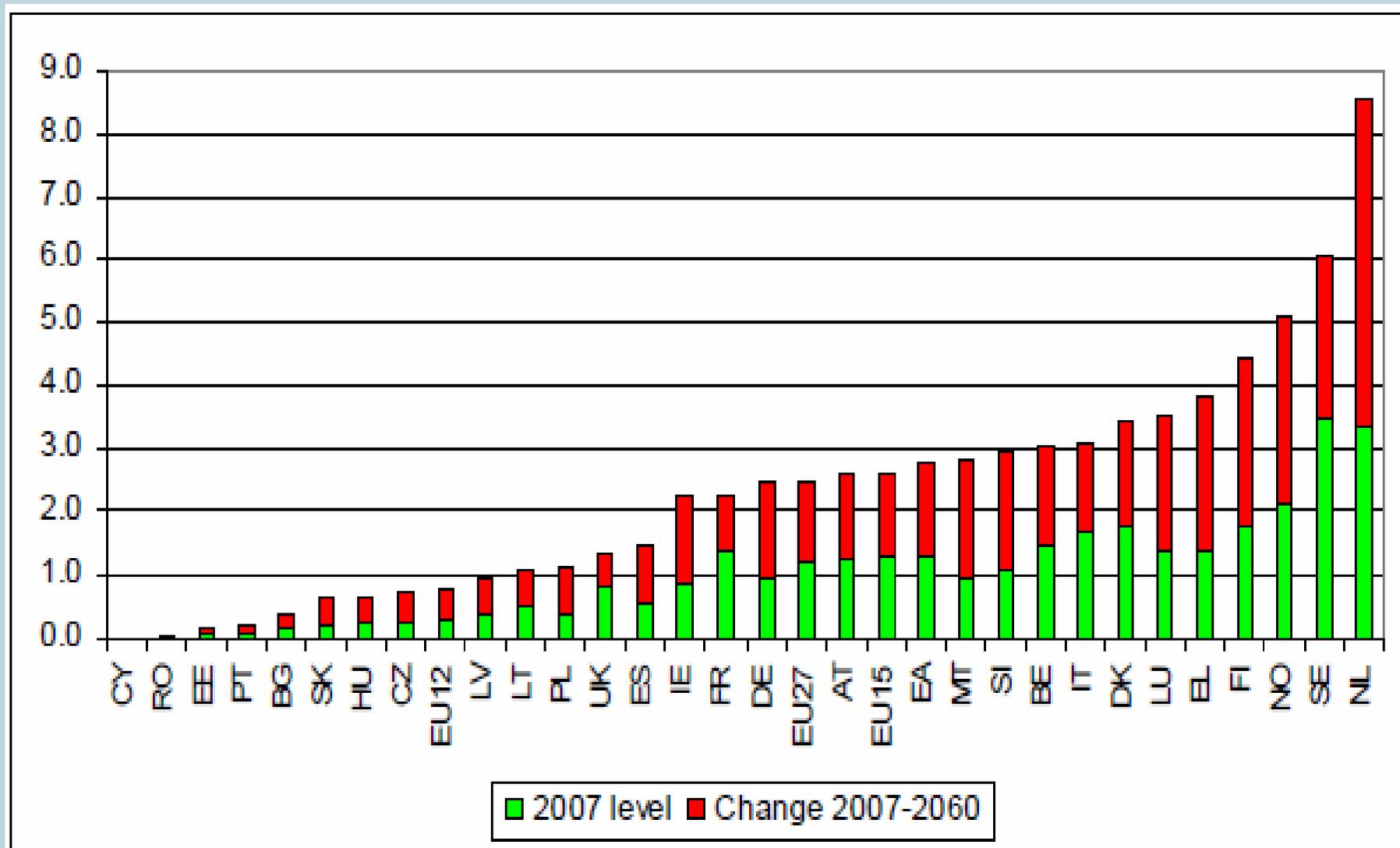
Paesi OCSE in cui il costo delle pensioni, della cura e dell'assistenza si attesta su livelli medi (in % del PIL)



Paesi OCSE a basso incremento del costo delle pensioni, della cura e dell'assistenza (in % del PIL)



Previsioni sull'andamento dei costi della LTC



Modelli di finanziamento della LTC (1)

- Criteri distintivi
 - **Natura del diritto alla prestazione:**
 - diritto alla prestazione generalizzato e universale
 - previa dimostrazione della necessità o del bisogno
 - **Fonte di finanziamento:**
 - un solo sistema di finanziamento
 - più sistemi, programmi, finanziatori
- altri criteri:
 - sistema assicurativo o fiscalità generale?
 - nell'ambito del sistema sanitario o del sistema sociale?
 - nei sistemi misti: composizione dei sottosistemi

Modelli di finanziamento della LTC (2)

- un unico sistema di finanziamento in cui tutti hanno diritto alle prestazioni
- sistema misto
- rete di sicurezza per chi è in stato di bisogno

Modelli di finanziamento della LTC (2)

- **Rete di sicurezza per chi è in stato di bisogno**
 - Finanziamento delle prestazioni solo per i redditi bassi con comprovate necessità di cura e di assistenza
- **Esempi:**
 - gli USA con Medicare finanziano in questo modo circa il 40% della LTC
 - l'Inghilterra per gli anziani (ma non per i disabili)
- **Vantaggi:**
 - costi relativamente contenuti
 - grande responsabilizzazione e perequazione sociale
- **Svantaggi:**
 - rischio di pauperizzazione
 - rischio di sottofinanziamento in caso di problemi di bilancio

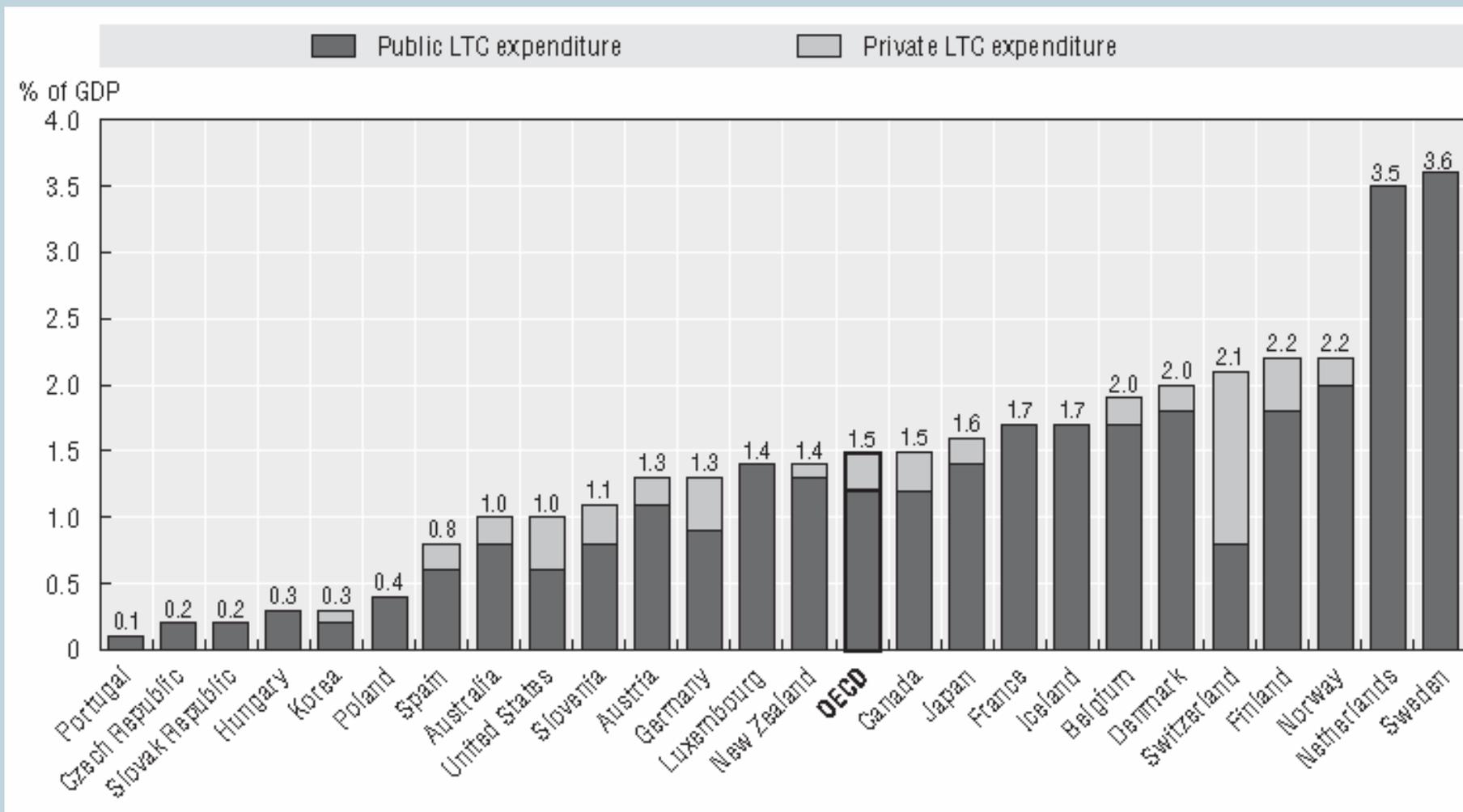
Modelli di finanziamento della LTC (3)

- **Forme miste**
 - finanziamento delle prestazioni attraverso vari modelli universalistici e/o dimostrazione della necessità
- Sottotipi:
 - **Modelli paralleli** che coprono quasi sempre prestazioni di diversa natura, per es. assistenza sanitaria attraverso l'assicurazione malattia, assistenza erogata dai servizi sociali:
per es. Scozia, alcuni paesi CEE
Italia: servizi residenziali attraverso il sistema sanitario nazionale,
servizi non residenziali di cura e di assistenza attraverso i servizi sociosanitari
 - **Modelli dipendenti dal reddito**: quasi sempre universalistici, coperti dallo Stato (Irlanda, Australia, Austria) o dall'assicurazione malattia (Francia), ma con diversi scaglioni a seconda del reddito (e del patrimonio). Esiste quasi sempre la possibilità di altre prestazioni assicurate dallo Stato
 - **Modello misto universalistico con dimostrazione della necessità** per es. la Svizzera con l'assistenza sanitaria da parte della Cassa malati, assistenza da parte dello Stato previa dimostrazione della necessità e dello stato di bisogno.
- Vantaggi:
 - accesso alle prestazioni garantito per i bisognosi
 - responsabilizzazione e perequazione sociale
- Svantaggi:
 - non copre quasi mai in toto le spese di cura
 - a volte le franchigie sono elevate (per es. Spagna 1/3)

Modelli di finanziamento della LTC (4)

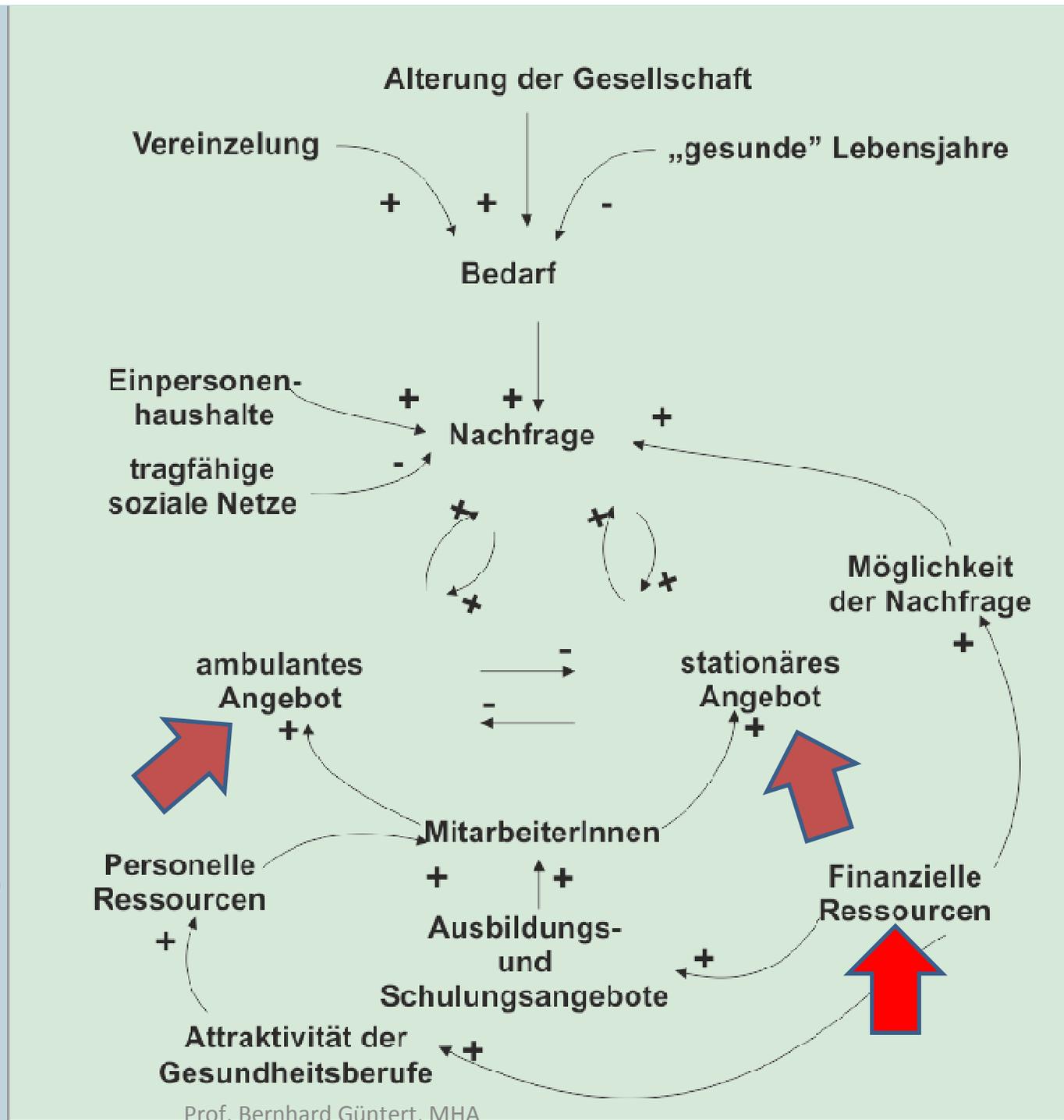
- **un sistema di finanziamento in cui il diritto alle prestazioni è universale:**
 - indipendente dal sistema sanitario:
 - diversi paesi scandinavi
 - all'interno del sistema sanitario:
 - Belgio
 - soprattutto quando la popolazione è piuttosto anziana: Giappone, Corea, oppure in caso di comprovata necessità di assistenza, a prescindere dall'età: Paesi Bassi, Germania
 - è quasi sempre previsto anche un contributo personale la cui entità dipende dal reddito, oppure l'esenzione totale per i soggetti economicamente deboli
- Sottotipi:
 - Modelli **finanziati dalle imposte**: Danimarca, Svezia, Norvegia, Finlandia
 - **Modelli fondati sull'assicurazione di non autosufficienza**, che prevedono un'assicurazione obbligatoria oltre all'assicurazione sanitaria, contributi sulla base del reddito da lavoro:
 - Germania, Paesi Bassi, Lussemburgo, Giappone, Corea
 - **Finanziamento** attraverso l'assicurazione sanitaria: Belgio
- Vantaggi:
 - assicurare un buon accesso e una larga offerta
 - per lo più meccanismi di finanziamento sicuri
- Svantaggi:
 - costi quasi sempre superiori alla media
 - la separazione tra il settore sociale e quello sanitario è causa di "derive"

Spesa pubblica e privata per la LTC in % del PIL

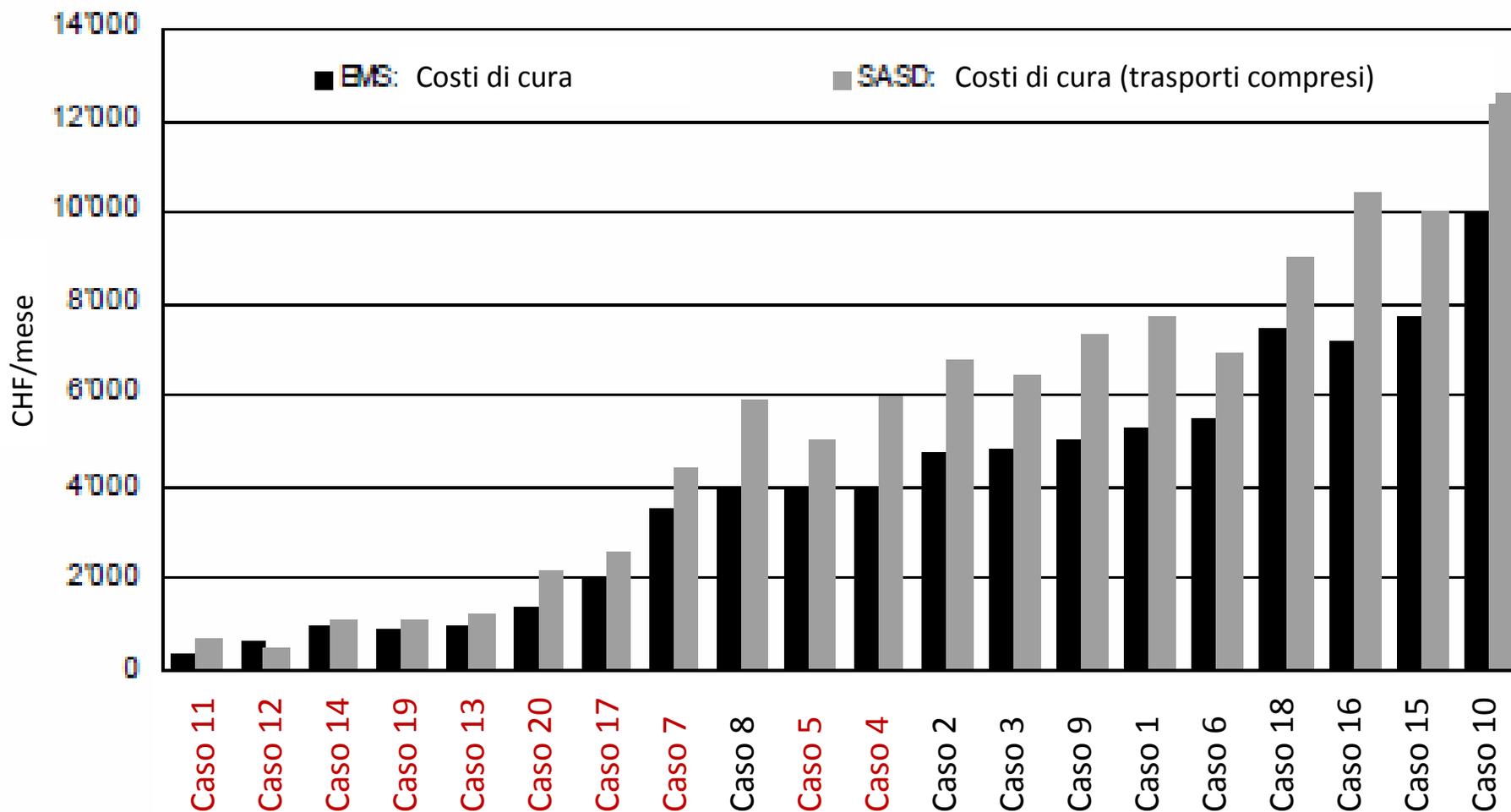


Il sistema di cura e assistenza nel suo complesso e conclusione

 **Interventi sistemici**



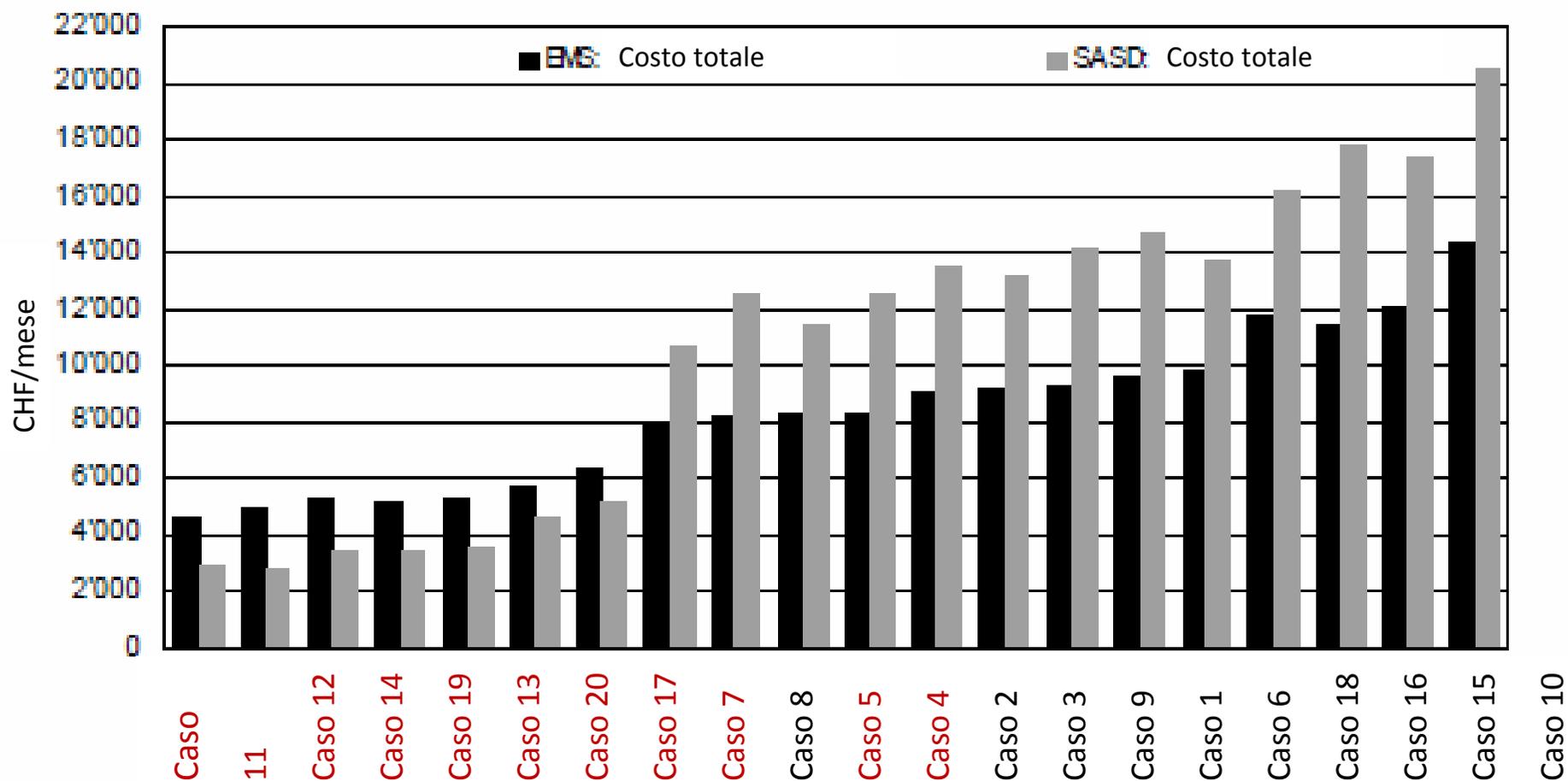
Confronto dei costi di cura in funzione del tipo di assistenza (su base mensile)



EMS = centri di degenza

SASD = centri diurni e assistenza infermieristica domiciliare

Confronto dei costi complessivi in funzione del tipo di assistenza (su base mensile)

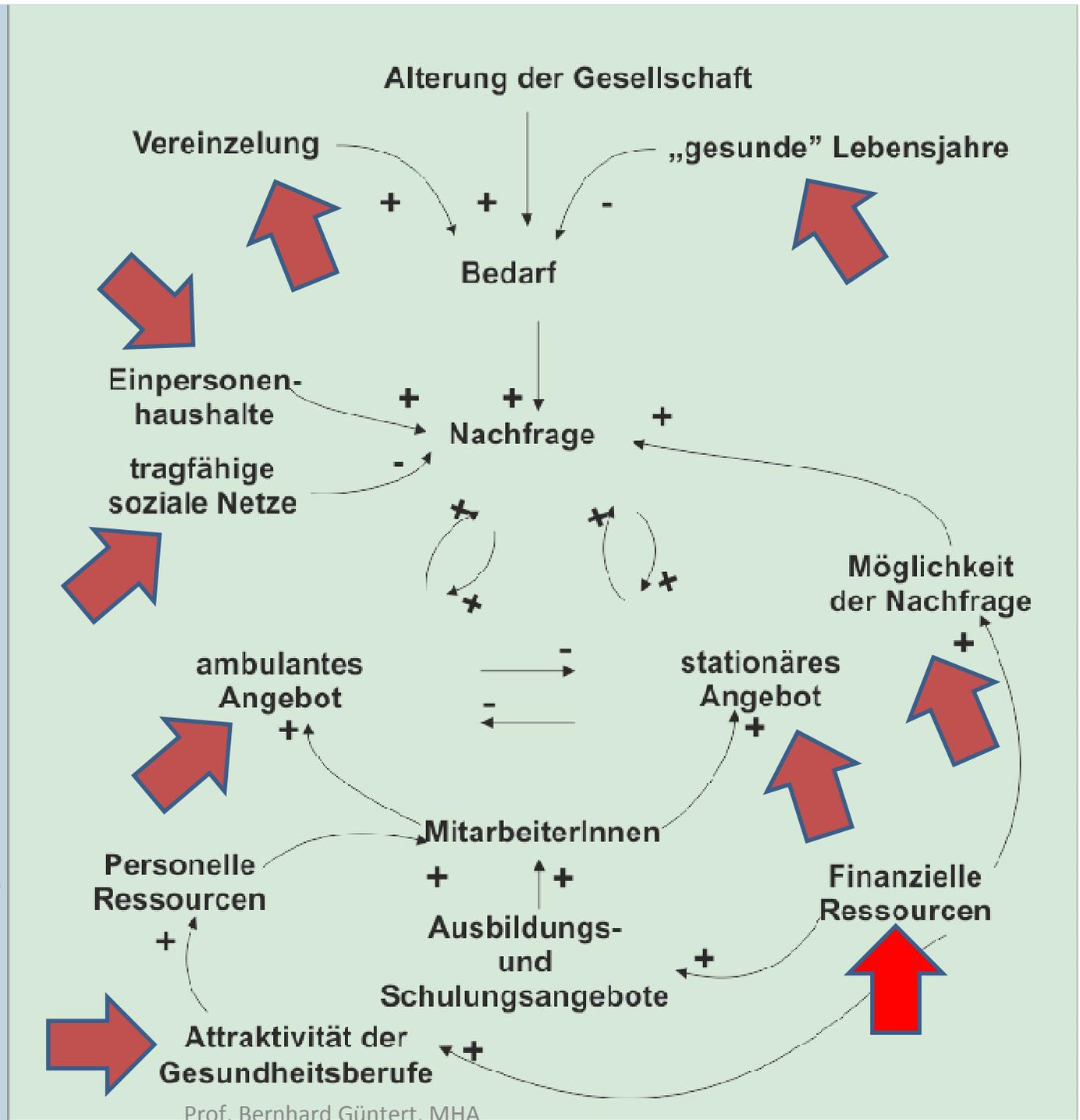


EMS = centri di degenza

SASD = centri diurni e assistenza infermieristica domiciliare

Il sistema di cura e di assistenza nel suo complesso e conclusione

 **Interventi sistemici**



UNIT

the health & life sciences university

UMIT

the health & life sciences university

