

Una possibile soluzione assicurativa al problema della non autosufficienza degli anziani

L'esperienza francese



Dott.ssa **Alessandra Zorza** - Scor Italia S.p.A. - Milano

Scenario

Per iniziare vorrei illustrare rapidamente il contesto in cui si è sviluppata la copertura di assistenza ai non autosufficienti in Francia.

Si prevede che la percentuale di popolazione anziana evolva come nelle seguenti tabelle:

anno	popolazione > 60 anni
2000	12.000.000*
2010	14.000.000
2020	17.000.000
2035	21.000.000

* pari al 21% della popolazione

anno	popolazione > 80 anni
2000	2.200.000
2010	4.000.000
2035	7.000.000

Nel 2000 il numero dei non autosufficienti in Francia era di 800.000 persone. Le proiezioni al 2020 prevedono l'aumento di questa popolazione ad 1.000.000. Nella migliore delle ipotesi 910.000 e nella peggiore 1.050.000.

Soluzioni pubbliche e private

Soluzioni pubbliche

In Francia la PSD (Prestation spécifique dépendance), prima prestazione pubblica a copertura dei costi di assistenza per non autosufficienti, è stata introdotta per legge il 24 gennaio 1997.

Le prestazioni erogate non hanno soddisfatto interamente i bisogni della popolazione. Un anno e mezzo dopo aver varato la legge solo 60.000 persone percepivano una

prestazione su 700.000 non autosufficienti a causa dei requisiti da soddisfare. Al 30 giugno 1999 il numero di beneficiari è salito a 106.000 ma è rimasto comunque inferiore alle aspettative del governo che si attestavano tra i 250.000 ed i 300.000.

Il valore medio della prestazione erogata il 30 giugno 1999, tra i 275 ed i 520 € mensili, si dimostra largamente insufficiente per coprire il costo totale dell'assistenza. Sembrava tuttavia poco probabile che il sistema pubblico potesse farsi carico del 100% dei costi.

L'erogazione del contributo, inoltre, dipendeva dal reddito. Lo stato si arrogava il diritto di recuperare dagli eredi le prestazioni erogate a coloro che non ne avevano diritto.

Si definiscono quattro ADL (activity of daily living) che fanno riferimento alle attività elementari della vita quotidiana in base alle quali si valuta l'autonomia del soggetto:

- **Lavarsi:** mantenere un livello sufficiente di igiene
- **Vestirsi:** mettersi togliersi i vestiti
- **Muoversi:** alzarsi e sedersi, spostarsi su una superficie piana
- **Nutrirsi:** mangiare e bere

Per valutare meglio il grado di non autosufficienza è stato introdotto il sistema della griglia AGGIR che fa riferimento a 10 elementi di incapacità ad effettuare le attività della vita quotidiane: due riferiti alle funzioni cognitive ed otto di incapacità fisica

Funzioni mentali

- coerenza
- orientamento

Incapacità fisica

- lavarsi
- vestirsi
- alimentarsi
- urinare e defecare
- muoversi

- spostarsi all'interno ed esterno
- comunicazione a distanza

La valutazione di questi elementi comporta la divisione della popolazione in 6 gruppi omogenei (Iso-Ressources Groups)

GIR 1: persone anziane, costrette a letto o in poltrona e funzioni intellettuali gravemente alterate; essenziale l'assistenza continua

GIR 2: due gruppi di persone anziane:

- costretti a letto o in poltrona con le funzioni mentali non totalmente compromesse, che necessitano di assistenza per effettuare la maggior parte delle ADL
- funzioni mentali gravemente compromesse ma fisicamente ancora in buone condizioni

GIR 3: persone anziane che hanno mantenuto intatte le capacità cognitive e parte della capacità di muoversi ma richiedono assistenza più volte al giorno. La maggior parte soffre di incontinenza

GIR 4: sono:

- coloro che non sono in grado di alzarsi da soli ma, una volta alzati, si spostano dentro casa. Talvolta necessitano di aiuto per lavarsi e vestirsi. La maggior parte può mangiare senza assistenza
- coloro che non hanno problemi motori ma necessitano di assistenza per le funzioni corporali ed i pasti

GIR 5: persone che si spostano all'interno della casa senza assistenza e possono mangiare e vestirsi da soli. Hanno bisogno di un'assistenza occasionale per lavarsi, preparare i pasti e fare i lavori di casa

GIR 6: persone autosufficienti (con riferimento alle ADL)

La non autosufficienza totale corrisponde ai gruppi GIR 1-2-3 ed all'incapacità ad effettuare 3 ADL su 4. I gruppi 4 e 5 e l'incapacità ad effettuare 2 ADL su 4 corrispondono invece ad una non autosufficienza parziale.

Anche se la PSD non ha risolto il problema è innegabile che ha contribuito a far diventare la griglia AGGIR un punto di riferimento per la valutazione sia per gli operatori sociali che per il mercato assicurativo.

In questo contesto, inoltre, la percezione del bisogno si

acuisce e la domanda di coperture assicurative private cresce in maniera significativa.

Una nuova copertura statale è stata introdotta a partire dal primo gennaio 2002: l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

L'ammontare medio erogato è tra 500 e 1.000 € mensili. La classificazione è fatta ancora in funzione della griglia AGGIR e la quota erogata al beneficiario dipende dal livello di reddito. Non è prevista alcuna indagine sul patrimonio del beneficiario. Tuttavia l'ammontare erogato rimane insufficiente se paragonato ai costi reali.

Il mercato dell'assicurazione privata

Nel 2000 in Francia esistevano più di 1.000.000 di polizze LTC in vigore. Il profilo dell'assicurato medio è donna (65%) con un'età media di 65 anni ed una rendita mensile assicurata tra 300 e 450 €. Il premio medio annuo è intorno ai 300 €. Il valore medio della rendita assicurata dipende dal posizionamento dell'offerta piuttosto che da un'accurata analisi dei bisogni futuri. Il target sono i pensionati con un reddito medio che sanno di avere bisogno di un extra reddito in caso di non autosufficienza. Le persone più anziane con reddito basso sono coperte dalla PSD mentre quelle con reddito alto non hanno bisogno di una polizza di assicurazione per coprire eventuali costi.

Il mercato assicurativo privato si è sviluppato nel corso degli anni producendo tre generazioni di prodotti.

La prima generazione prevedeva dei contratti molto semplici, su base individuale, a copertura della non autosufficienza totale.

La seconda generazione, invece, ha introdotto la copertura della non autosufficienza parziale. La scala di valutazione di riferimento è la griglia AGGIR e iniziano a svilupparsi coperture di gruppo.

L'ultima generazione, a partire dall'anno 2000, è rivolta ad assicurati più giovani e segue l'evoluzione dello stato di salute, prevedendo l'erogazione di un capitale, di una rendita vitalizia ed in futuro anche di forme di assistenza diretta. Si prende in considerazione anche l'efficacia degli strumenti di prevenzione che consentono di allungare la vita attiva.

Gli insegnamenti che possiamo trarre da 15 anni di esperienza in Francia sono numerosi. L'analisi del ciclo completo del prodotto mette in evidenza alcuni aspetti molto importanti, anzi critici, quali l'importanza di utilizzare defi-

nizioni semplici e di fare un'adeguata selezione medica. La gestione del rischio ed il controllo dei sinistri ci consentono di valutare l'adeguatezza delle basi tecniche utilizzate per il calcolo del premio. In conclusione tutte le fasi del ciclo di un prodotto dipendono strettamente dall'esperienza.

L'esperienza francese ci insegna ad utilizzare basi tecniche prudenziali ed a non garantire i tassi di premio. Il rischio, infatti, è per sua natura di lunga durata e non è possibile fare previsioni a lungo termine.

Realtà italiana e possibili sviluppi

Dal punto di vista demografico la situazione italiana non è molto diversa dallo scenario francese.

L'evoluzione prevedibile della percentuale di anziani va da un 17% di ultra sessantacinquenni nel 2001 fino ad una percentuale stimata del 22% nel 2020. La popolazione di più di 80 anni passa dal 4% del 2001 ad una quota dell'8% nel 2020.

Il costo dell'assistenza agli anziani è stato stimato in 14 miliardi di euro all'anno.

In questo contesto il costo medio mensile di un ricovero in casa di cura oscilla tra i 2.000 ed i 3.500 € mentre la stima del costo di assistenza domiciliare si attesta attorno ai 1.500 € mensili.

Una copertura assicurativa LTC deve coprire i costi sostenuti al momento del sinistro per adeguare l'abitazione o per acquistare apparecchiature. Deve poi far fronte all'aumento delle spese mensili di assistenza, sia essa domiciliare o in struttura specializzata.

Al momento non sembra esserci un'adeguata consapevolezza del rischio effettivo.

In Italia esiste però un progetto di introduzione di una forma di copertura obbligatoria, sotto forma di mutua, mentre le compagnie di assicurazione offrono i primi prodotti, sia in forma individuale che collettiva.

Una volta definito l'intervento pubblico le possibilità per le compagnie di assicurazione saranno due: orientarsi verso una forma di tipo integrativo, simile alla copertura principale, oppure offrire un prodotto molto semplice. Nel secondo caso, ricalcando l'esperienza del mercato francese, si tratterebbe di studiare un prodotto di "prima generazione" da introdurre sul mercato, approfittando della aumentata consapevolezza generata dall'introduzione della copertura obbligatoria.