

Sanità, assistenza e assicurazioni: dalla crisi alle opportunità



Avv. **Maurizio Ferlini**¹ - Studio Legale Ferlini - Bologna

Nel linguaggio cinese la parola "crisi" è composta da due ideogrammi: uno significa "pericolo", l'altro "opportunità"

Il quadro della crisi

La dinamica demografica e l'invecchiamento della popolazione sono fattori che influenzeranno fortemente gli equilibri finanziari, le performance economiche e il mercato del lavoro degli Stati membri dell'Unione Europea nei prossimi decenni.²

Forti cambiamenti nella composizione e nella dimensione della popolazione si verificheranno nei prossimi decenni.

Nello scenario europeo di Eurostat, il tasso di natalità sarà inferiore a quello necessario a rimpiazzare la popolazione o a stabilizzarne la struttura per età, l'aspettativa di vita crescerà al ritmo di circa un anno ogni dieci, il saldo migratorio continuerà ad essere positivo.

Le variazioni strutturali demografiche in Europa

Gli effetti saranno i seguenti:

- la popolazione europea diminuirà dai 376 milioni di individui del 2000 ai 364 del 2050, e il declino demografico maggiore si verificherà in Italia (-17%), Spagna e Germania, mentre Francia, Irlanda, Lussemburgo e Regno Unito conosceranno un incremento;
- gli under 14 passeranno da 69 milioni a 58;
- la forza lavoro (età 15-64) si ridurrà di 43 milioni di individui (203 milioni nel 2050). Il decremento maggiore si registrerà in Italia (-33%);
- gli ultrasessantacinquenni saranno 103 milioni nel 2050 (61 milioni nel 2000). Gran parte dell'incremento è rappresentato dagli over 80, il cui numero sarà triplicato alla fine del cinquantennio.

Popolazione europea	2000	2050
totale popolazione	376 mln	364 mln
under 14	69 mln	58 mln
tra 15 e 64 anni	246 mln	203 mln
over 65	61 mln	103 mln

Fonte: Eurostat

Il caso Italia

In Italia nel 1995 - primo paese al mondo - è avvenuto il sorpasso tra la popolazione di oltre sessant'anni e quella che ne ha meno di venti.

Il tasso di dipendenza (rapporto tra persone in età lavorativa e pensionati) raddoppierà nel corso dei prossimi cinquanta anni: nel 2050 ci saranno, in Europa, solo 2 persone in età lavorativa per ogni anziano.

I più alti tassi di dipendenza si registreranno in Italia e Spagna, in cui questi raggiungeranno il 60%.

In base alle previsioni della World Bank³ in Italia la quota di coloro che superano i 65 anni di età passerà dall'attuale 16,8% al 20,4% del 2010, al 27% del 2030. In termini assoluti si passerà dai 9,6 milioni di individui del 1996 ai 14,5 milioni del 2030.

L'Italia si conferma, dunque, il paese con la più elevata incidenza degli anziani sul totale della popolazione.

Italia

Popolazione over 65	1996	2010	2030
% sul totale	16.8	20.4	27
mln di individui	9.6		14.5

Fonte: WorldBank

¹ Bozza di intervento al 9° convegno R.I.B. S.p.A., *L'industria delle assicurazioni ed il mondo della sanità che cambia*. Saint-Jean Cap Ferrat, 8-9-10 novembre 2002.

² Si vedano sul punto i risultati delle analisi condotte in due recenti pubblicazioni prodotte dalla Commissione Europea: *"Budgetary challenges posed by ageing population: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances"*, (2001); *"European economy 2001. Chapter 5: reforms of pension systems in the EU: an analysis of the policy options"* (2001).

³ La statistica è citata, tra gli altri, da G. Manghetti, *Caratteristiche dell'assicurazione per l'assistenza di lungo periodo*, in *Assicurazioni*, IV, 1999, pag. 435.

L'invecchiamento degli anziani

Accanto all'accennato generale invecchiamento della popolazione, si sta verificando un secondo cambiamento demografico, il cosiddetto "invecchiamento degli anziani" (*ageing of the aged*), che condurrà ad un significativo aumento della popolazione ultraottantenne.

I grandi vecchi, ossia coloro che hanno superato i 75 anni di età presentano caratteristiche, necessità e comportamenti difforni rispetto alle persone meno anziane: in termini assoluti si passerà dagli attuali 3,8 milioni di individui ai 7,2 milioni del 2030 (il 13,4% del totale della popolazione).



13.4% dell'intera popolazione

La grande maggioranza della popolazione anziana è costituita dalle donne che rappresentano il 60% della popolazione oltre i 65 anni e oltre il 70% di quella oltre i 75 anni.

Secondo uno studio Istat del 1997 le situazioni che impediscono agli anziani di essere pienamente autonomi sono concentrate nella fascia di persone oltre i 75 anni di età.

La speranza di vita

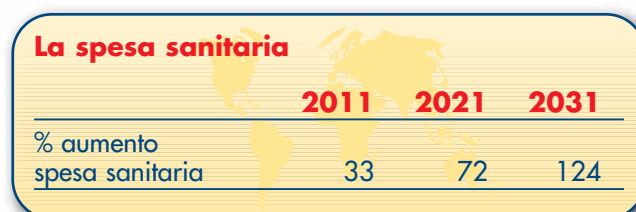
Se contestualizziamo questi dati con la speranza di vita alla nascita risultante dai dati Istat⁴ - 76,8 anni per gli uomini e 82,9 anni per le donne - il quadro che si presenta è, di per sé, già fortemente critico.

I riflessi sulla spesa sanitaria

Le tendenze rappresentate comportano ulteriori implicazioni anche in termini di aumento della spesa sanitaria

Secondo i dati rilevati da una indagine di Kpmg⁵ l'aumento della spesa sanitaria dovrebbe essere del 33 per cento nel 2011, del 72 per cento nel 2021 e del 124%

nel 2031. Forse anche per questo il settore farmaceutico è fra quelli che meno risentono dei pesanti crolli di Borsa.



Fonte: Kpmg

L'evoluzione sociale e il superamento della famiglia estesa

Se consideriamo, in ottica sistemica, oltre alle evoluzioni demografiche anche le evoluzioni sociali (in particolare il superamento dei nuclei familiari estesi) non possiamo non registrare che in futuro diminuirà la possibilità delle famiglie di offrire l'assistenza per i non autosufficienti (Long Term Care - LTC) al loro interno.

Cresce, infatti, il numero delle famiglie mononucleari e di coppie senza figli: nel decennio 1988-1998, le prime passano dai 3,8 milioni ai 4,5 milioni; le coppie senza figli da 3,5 milioni a 4,1 milioni.



Di palmare evidenza dunque anche la tendenza irreversibile alla fortissima attenuazione di questa risorsa nel tempo (soprattutto nei casi meno gravi la principale area sommersa di assistenza domiciliare è costituita proprio dalle famiglie).

Si consideri che in base ad una indagine del Cnr risalente al 1998 è stato stimato che, nell'ambito della spesa per l'assistenza non di tipo sanitario agli anziani disabili in Italia, le famiglie offrono aiuti in casa il cui valore si aggira all'incirca intorno ai 9.375 miliardi di lire.⁶

A questi aiuti familiari si legano, infatti, anche i notevoli esborsi monetari diretti, i cosiddetti *out of pocket*, erogati ai fornitori di prestazioni di assistenza spesso non profes-

⁴ La Repubblica, 6 novembre 2002. I dati risultanti dalla relazione sullo Stato Sanitario del Paese nel 2000 riferivano un'aspettativa di vita di 75,8 anni per gli uomini e 82 anni per le donne. La statistica è stata pubblicata ne Il Sole 24 Ore, sabato 5 maggio 2001, pag. 7. Rispetto alle rilevazioni del 1995 in 5 anni la speranza di vita alla nascita era già incrementata per i maschi e le femmine di 1 anno e 4 mesi in più.

⁵ La statistica è citata da S. Caviglia, *Rivoluzione e affari per l'Italia che invecchia*, La Repubblica, affari e finanza, 21 ottobre 2002, pag. 43.

⁶ La stima è citata da R. Bagnoli, *Dossier. Long term care. Una rendita che viene dal fondo*, Giornale delle assicurazioni, marzo 2002, pag. 25

sionali o legalizzati (in tale settore è grande il peso del lavoro nero).

Si porrà allora per la società, in modo sempre più pressante, il problema di assistere quelle persone che, non necessariamente a causa di infortunio o malattia, ma anche semplicemente per senescenza, necessitano di aiuto nello svolgimento delle attività elementari usuali nella vita quotidiana (*activities of daily living - ADL*), quali lavarsi, vestirsi, farsi da mangiare, camminare, ecc..

Il quadro attuale dell'assistenza socio-sanitaria

A due anni dalla sua emanazione la legge 328/2000⁷ di riforma dell'assistenza ha prodotto solo risultati marginali e parziali mutamenti del sistema dei servizi socio-assistenziali. Le ragioni della sua mancata attuazione sono diverse: il cambiamento degli assetti politici, la riforma del titolo V della Costituzione, le difficoltà delle Regioni di introdurre veri elementi di novità in un tessuto normativo consolidato da oltre un secolo.

Soltanto quattro Regioni (Toscana, Valle D'Aosta, Liguria e Campania) hanno emanato i nuovi piani sociali nei tempi utili; la Lombardia e la Provincia di Trento lo hanno approvato oltre il termine previsto dalla legge⁸; quattro Regioni (Basilicata, Marche, Umbria, Provincia di Bolzano) hanno un piano precedente alla approvazione della legge 328/2000; tre Regioni (Emilia Romagna, Piemonte e Veneto) hanno messo a punto un disegno di legge attualmente all'esame delle competenti commissioni consiliari; Abruzzo, Calabria, Lazio, Molise, Puglia, Sardegna sono alla fase preliminare del progetto di legge; Friuli Venezia Giulia e Sicilia non hanno ancora adottato nessun provvedimento formale.⁹

La legge 328/2000 regola tutte le forme di assistenza.

Il concetto di assistenza socio-sanitaria va oltre le cure mediche e assistenziali per includere tutte le assistenze a compiere quegli atti elementari della vita (ADL) di cui il paziente può avere bisogno nel caso di malattia cronica o di una situazione di non autosufficienza: ad esempio, lavarsi, vestirsi, mangiare, muoversi.

I Comuni sono titolari delle funzioni gestionali ed ammini-

Lo stato di attuazione della legge 328/2000

Regioni	stato dell'arte
Toscana, Valle d'Aosta, Liguria, Campania	approvazione dei nuovi piani sociali in tempo utile
Lombardia, Provincia di Trento	emanazione dei nuovi piani sociali oltre il termine previsto
Basilicata, Marche, Umbria, Provincia di Bolzano	hanno un piano precedente alla legge 328/2000
Emilia Romagna, Piemonte, Veneto	ddl all'esame delle competenti commissioni
Abruzzo, Calabria, Lazio, Molise, Puglia, Sardegna	fase preliminare del progetto
Friuli Venezia Giulia, Sicilia	nessun provvedimento formale

strative degli interventi locali ed hanno voce nella programmazione regionale.

Alle Regioni vengono demandati i compiti di coordinamento e programmazione degli interventi, mentre lo Stato determina i principi e gli obiettivi della politica sociale attraverso il Piano socio-sanitario; lo Stato individua i livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni, nonché le caratteristiche professionali delle strutture e degli operatori e la ripartizione del Fondo Sociale Nazionale.

A questo Fondo affluiranno i 40.000 miliardi attualmente spesi per le pensioni di invalidità, i 1.800 miliardi già stanziati per gli interventi a favore dei minori, dei disabili e delle famiglie, le risorse dei fondi strutturali, quelle delle Fondazioni bancarie e quelle delle 4.226 IPAB stimate in 37.000 miliardi.

Hanno diritto di usufruire delle prestazioni tutti i cittadini italiani, quelli degli Stati UE e gli extracomunitari in possesso di permesso di soggiorno.

Ovviamente viene fatta una graduatoria di priorità, per cui potranno accedervi innanzitutto le persone in stato di povertà, quelle con limitato reddito, quelle inabili fisica-

⁷ legge 8 novembre 2000, n. 328 *Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. Il provvedimento rappresenta formalmente un importante approdo in un sistema in cui fungeva da legge fondamentale di riferimento la legge 17 luglio 1890, n. 172.

⁸ 120 gg. dalla adozione del piano nazionale pubblicato sulla G.U. del 6 agosto 2001.

⁹ Vedi C. Bannella, *Assistenza: riforma al palo*, il sole 24 ore - sanità, 16-22 luglio 2002, pag.22

mente o psichicamente e quelle con difficoltà di inserimento nella vita sociale ed attiva e nel mercato del lavoro.

Sembra quindi che la possibilità di accedere a forme di contribuzione pubbliche siano/saranno limitate alla parte più povera della popolazione e che gli altri debbano provvedere in maniera autonoma.

I preoccupanti dati di bilancio

Secondo gli ultimi dati resi disponibili dal ministero della Salute, per salvaguardare i malati anziani cronici o non autosufficienti che ammontano a tre milioni, servirebbero circa 17 miliardi di euro/anno, contro una quota oggi disponibile molto bassa e vicina ai 7 miliardi. Mancano quindi almeno 10 miliardi di euro/anno, che potrebbero essere reperiti solo attraverso l'introduzione di nuove forme di garanzia e assistenza sociale garantita da uno o più fondi, vista l'impossibilità di ricorrere a nuove imposte.¹⁰

Assistiamo dunque ad una esplosione della domanda di cura che comprende vari aspetti e tra questi, la *dimensione medica* - cure mediche a domicilio e assistenza infermieristica - quella *assistenziale* - aiuto domestico, preparazione dei pasti - e quella *relazionale* - compagnia, sostegno psicologico, socializzazione. Attività complesse, proteiformi che devono necessariamente essere flessibili e differenziate.

Si tratta di una sfida non affrontabile dal nostro agonizzante sistema di welfare: devono pertanto cambiare il senso e le modalità di praticare il diritto alla salute in un contesto di domande sempre più esigenti e complesse a fronte di imperativi macro-economici di riduzione della spesa pubblica.

Dal welfare state alla welfare society

Se è vero che il welfare state è stato il prodotto della modernità industriale che ha affidato allo Stato il compito di produrre il benessere sociale e la salute della popolazione, la crisi di quell'assetto denuncia il passaggio ad una nuova società post-industriale nella quale produrre benessere e salute diventa un compito della società civile all'interno di un sistema relazione a rete con interconnessioni tra le sfere civili e tra queste ultime e il sistema politico-amministrativo.

Le difficoltà a passare a nuovi sistemi di protezione sono fondamentalmente legate al fatto che rimaniamo ancora

attaccati alle istituzioni - e ai meccanismi - di sicurezza di tipo industriale (una sicurezza sociale cioè disegnata sulle relazioni industriali e sui problemi del mercato del lavoro)

Mentre la *community care* oggi può funzionare solo se si può contare su un sistema più ampio, articolato e integrato di interventi di protezione sociale: in una parola su una concezione globale di *welfare mix*.

Il welfare mix

L'espressione significa, infatti, che il benessere non può più essere assicurato solo dallo Stato, ma diventa il prodotto e l'espressione di una pluralità di attori:

- il mercato (le imprese *for profit* alla ricerca di nuovi paradigmi di utilità al proprio interno, le organizzazioni sindacali, imprenditoriali e di categoria);
- lo Stato,
- il terzo settore o privato sociale (il *non profit*, le fondazioni, i trust, le associazioni di ogni tipo, la cooperazione sociale, il volontariato puro).
- le reti informali (le famiglie, il *tagesmutter*, il "buon vicino", gruppi di *self* e *mutual help*, ecc.)

che agiscono e interagiscono in una logica complessa che è al tempo stesso combinatoria, reticolare ed emergente.

Il welfare mix nell'esperienza europea

A questi medesimi interrogativi cerca di rispondere una nuova generazione di politiche, diffusa in Europa negli anni '90 e oggi in fase matura di sviluppo.

L'esigenza e il bisogno sono infatti globali: c'è pertanto una sincronicità culturale (nel senso junghiano) sul tema.

I modelli introdotti sono differenziati e vanno dall'assicurazione obbligatoria tedesca, all'erogazione di voucher in Francia¹¹ e in Olanda, fino alla riorganizzazione complessiva del sistema di erogazione nel Regno Unito.

Tutte le linee di riforma, però, si ispirano all'idea che solo la costruzione di un mercato sociale dei servizi di cura consentirà una loro espansione senza ulteriori aggravati per l'amministrazione pubblica.

¹⁰ L.Cillis, *Come aiutare i più anziani senza incidere sulle casse dello Stato*, La Repubblica, affari e finanza, 21 ottobre 2002

¹¹ Nel 2002 in Francia sono stati introdotti gli *Apa*, *allocation personaliste à l'autonomie*, sostegni rivolti agli ultrasessantenni con un determinato livello di dipendenza e perdita di autonomia: i beneficiari attualmente sono circa 800 mila persone. Vedi G. Costa, *"Apa in aiuto degli over-60"* in Sole 24 ore Sanità, 4-10 giugno 2002.

Si tratta di un mercato particolare e con caratteristiche specifiche per la peculiarità dei beni scambiati - salute, benessere, relazioni - e per la finalità solidaristica della sua stessa esistenza: permane, dunque, una seppur minima esigenza di regolazione pubblica che garantisca le finalità equitative, ma anche, al contempo la necessità di far giocare alle risorse sociali e di mercato un ruolo di grande rilievo.

Quanto costa l'assistenza socio sanitaria

Nella percezione comune il rischio della perdita di autosufficienza è spesso sottovalutato; eppure stime internazionali relative ad alcuni paesi più industrializzati evidenziano che la probabilità per un individuo di 65 anni di avere bisogno, negli anni a venire, di forme di assistenza residenziale a seguito del verificarsi di situazioni di non autosufficienza è di circa il 40%. Se si considera, ad esempio, la situazione di un individuo affetto dal morbo di Alzheimer, apparirà con evidenza come questi richieda una quantità di assistenza non diversa dal malato di cancro. Solo per quest'ultimo, tuttavia, nella maggior parte dei casi lo Stato fornisce l'aiuto adeguato.

Inghilterra

Le cure necessarie in caso di situazioni di lungodegenza sono molto costose: nel suo recente rapporto (marzo 1999) la Royal Commission inglese ha stimato il costo medio annuale dell'assistenza domiciliare in £ 6,188 (per una durata media di 5 anni), quello dell'assistenza in una residential home in £ 12,844 (per una permanenza media di 3 anni), e quello in una nursing home (casa di cura) in £ 17,524 (per una degenza media di 18 mesi).

Germania

In Germania¹² nel 2001 il costo medio mensile del ricovero in una nursing home era pari a 4.000 DM.

Italia

In Italia si può stimare che il costo mensile del ricovero in una casa di cura si aggiri sui 2.100-3.100 euro, in buona parte, ma non integralmente a carico dell'assistito o dei suoi parenti, perché il SSN paga un contributo per le spese mediche.

Tale costo, nei casi più gravi che necessitano anche di assistenza di tipo infermieristico specializzata, potrà arrivare oltre 5.000 euro.¹³

L'onere finanziario mensile, invece, derivante dall'assistenza a domicilio di una persona non autosufficiente è stato stimato dalla Provincia di Bolzano pari a circa 1.700 euro.

Le proposte

Dal maggio 2001 è stata istituita presso il ministero del Welfare una Commissione di studio sulla non autosufficienza con il compito di mettere a punto un modello di finanziamento ed un sistema integrato di servizi socio sanitari.

L'interesse sul tema, però, è enorme e diverse sono le proposte alternative.

Il ministro della salute, Girolamo Sirchia, prende lo spunto dal modello tedesco e prevede l'attivazione di un fondo assicurativo personale da modulare in rapporto al reddito.

Antonio Tomassini, presidente della Commissione Sanità del Senato, punta invece ad una revisione del settore pubblico incentivando però il ricorso a forme di previdenza integrativa.

L'Ulivo (proposta Battaglia) propone l'attivazione, presso l'Inps, di un Fondo nazionale per il sostegno alla non autosufficienza. La proposta prevede poi l'istituzione di una assicurazione obbligatoria pubblica a carico dei datori di lavoro e dei lavoratori le cui risorse saranno destinate al finanziamento del Fondo.

L'Ania ha due proposte. La prima è mutuata dall'esperienza tedesca e prevede un prelievo su salari e pensioni nell'ordine dell'1,4%: in pratica su un reddito medio annuo di 17mila euro, il contributo sarebbe pari a 233 euro annui che, supponendo una suddivisione tra datori di lavoro e lavoratori, si traduce per il lavoratore in un costo inferiore ai 10 euro al mese.

La seconda proposta invece include obbligatoriamente il rischio di non autosufficienza tra le coperture assicurative offerte dai Fondi pensione a contribuzione definita.

¹² La legge tedesca prevede per il livello minimo di disabilità il requisito di incapacità di compiere almeno due ADL.

¹³ Circa il costo dell'assicurazione sociale si veda lo schema elaborato sulla metodologia Schmal Tothgang ripreso e citato da R. Bagnoli, cit., pag. 23.

Il sistema delle opportunità

La rivoluzione demografica rappresenta non solo un costo e una insidia per la collettività, ma una importante opportunità di sviluppo per interi settori economici.

Anziani e mercato

Negli USA già oggi i testimonial hanno sempre più spesso i capelli bianchi e l'anziano è già individuato come il prossimo target pubblicitario dominante (turismo, tempo libero, cura del corpo, ecc).

La ricerca nel settore delle biotecnologie sta orientando una crescente quantità di risorse sugli anziani: "Su 1.054 molecole sottoposte a ricerca dalle case farmaceutiche in tutto il mondo - spiega il presidente di Farminindustria, Gianpietro Leoni - 300 hanno a che fare con patologie legate alla terza età, più o meno la stessa quantità di quelle relative ai tumori"¹⁴.

L'intervento delle assicurazioni

Il settore assicurativo - in una prospettiva di analisi e di *benchmarking* comparativo con le esperienze più avanzate che testimoniano il grande spazio per il mercato assicurativo - ha già il motore ben caldo.

Peraltro, "le società hanno nel cassetto un progetto di allargamento delle polizze esistenti a gran parte della popolazione, non solo agli over 65"¹⁵.

La vocazione espansiva della necessità di assistenza

E' evidente, infatti, come l'assistenza di lungo periodo sia, dal punto di vista sistemico destinata certamente alle persone anziane, ma possa servire anche ad una persona giovane o di mezza età che ha avuto un infortunio molto grave o soffre di una malattia debilitante.

Il bisogno di LTC come normale rischio della vita

Il bisogno di lunga durata deve diventare un normale rischio della vita di ognuno e del divenire anziani.

Oggi questo rischio è sotto-assicurato e l'onerosità delle polizze è anche collegata al fatto che la copertura di LTC viene acquistata in età avanzata, quando il rischio di non autosufficienza - e di conseguenza il premio - diventa elevato.

Quale welfare mix italiano?

Manca, però, ancora, come visto, la compiuta definizione del quadro progettuale, delle tipologie, dei margini essenziali del sistema di intervento pubblico-privato e, con essi, la delimitazione degli ambiti di intervento, il ruolo dei fondi integrativi sanitari e delle assicurazioni ed una più spiccata incentivazione fiscale destinata a favorire il risparmio finalizzato alla *community care*.

C'è da risolvere anche il problema delle categorie professionali che hanno già a disposizione forme di assistenza integrativa privata che assicurano standard più elevati rispetto a quelli offerti dal ssn.

E' difficile pensare che accettino bonariamente un diverso regime nel quale sono/saranno le Regioni a stabilire i livelli di assistenza adeguati.

Il deficit di conoscenza e la comunicazione difficile

Manca, altresì, ed è, in qualche misura, forse un ulteriore effetto della attuale sfocatura del progetto italiano di *welfare mix*, una piena consapevolezza nell'opinione pubblica dell'importanza del problema della LTC.

Non c'è comunicazione. E quella che proviene dalle compagnie di assicurazione sconta la attuale percezione negativa e la diffidenza dell'opinione pubblica e dei consumatori su gran parte di ciò che promana dal mercato assicurativo (l'esposizione pubblica della questione anti-trust sulla RC auto con la condanna alle trentotto compagnie per aver costituito un cartello aumentando i prezzi delle polizze auto è solo l'ultimo esempio di questa situazione).

Promozione attraverso le convenzioni con le categorie

Le difficoltà di contatto e di comunicazione delle compagnie su questi temi possono essere superate in questa fase attraverso il rapporto con le categorie, le quali, per mezzo della forma convenzione, possono offrire vantaggi e benefici agli associati ad un prezzo maggiormente competitivo.

In pratica, la mediazione dell'associazione di categoria permette di avvicinare gli utenti finali al prodotto assicurativo, di farlo conoscere e apprezzare utilizzando il canale interno, fidelizzato e protettivo (o quantomeno percepito come tale dagli appartenenti) della categoria.

¹⁴ La dichiarazione è riportata da S. Caviglia, cit.

¹⁵ L'affermazione è di L. Cillis, cit.

I vantaggi per i datori di lavoro

Un recente studio americano - *The MetLife Study of Employed Caregivers: Does Long Term Care Insurance Make a Difference?*¹⁶ - suggerisce, peraltro, che i maggiori beneficiari delle coperture LTC potrebbero essere i datori di lavoro, anche se indirettamente.

L'indagine è stata condotta su un campione di 504 persone con a carico anziani non autosufficienti e non inseriti in case di riposo che però potevano contare su una copertura LTC e 676 persone con le stesse caratteristiche ma senza copertura LTC.

I ricercatori che hanno analizzato i dati raccolti sulle LTC negli anni '80 e '90 hanno scoperto che le figlie femmine, le nuore ed altri parenti responsabili per la cura di persone anziane non autosufficienti avevano il 50% in più di probabilità di mantenere il posto di lavoro (ossia, di non dare le dimissioni) se l'anziano/a aveva contratto una copertura LTC.

Se la ricerca si restringe a seconda del titolo di studio, la suddetta percentuale per un diplomato risulta raddoppiata.

L'esito dell'indagine dimostra, infatti, che l'85% dei diplomati con a carico una persona non autosufficiente che ha una copertura LTC rimangono nel mondo del lavoro, paragonati al 45% di coloro che si prendono cura di una persona non autosufficiente e senza una simile assicurazione.

Non stiamo parlando di futuro: si tratta di un presente che attende una risposta di sistema immediata.

Diceva Einstein: "Non pensate al futuro. Arriva così presto".¹⁷

¹⁶ La notizia è apparsa sul sito www.assinews.it del 08.08.2001.

¹⁷ A. Einstein, intervista, dicembre 1930.