

Vulnerabilità e accesso al Long-Term Care in Europa: una prospettiva economica

Venezia, Auditorium Santa Margherita, Venerdì 9 marzo 2018

Ludovico Carrino - King's College London, Università Ca' Foscari



La salute della popolazione anziana è maggiormente vulnerabile e fragile

La vulnerabilità non è osservabile direttamente. Non c'è un'univoca definizione clinica.

L'accesso all'assistenza pubblica in Europa richiede un livello di «vulnerabilità minima», definito per legge.

- Strumento di policy per regolare l'accesso
- Forti differenze nelle regole tra i programmi europei.
- La stessa persona può essere «coperta» in Austria e non in Francia.

Quanto contano le leggi nel determinare la copertura, i costi e le diseguaglianze nell'accesso all'assistenza?

Brugiavini, Carrino, Orso & Pasini (2017), Palgrave MacMillan

ong-Term Care (LTC)

Assistenza per individui con ridotte capacità funzionali, fisiche e cognitive non autonomo nello svolgere le attività quotidiane (OECD, 2011)

- Domiciliare vs Residenziale
- Vari gradi di complessità (infermiera vs aiuto domestico)
- In contesto formale (in-cash o in-kind) vs informale (pilastro familiare)

Spesa pubblica LTC in Europa: fra il 10% ed il 20% della spesa sanitaria

Utilizzatori: dal 2% al 20% della popolazione 65+ (Gori et al 2015)

- spesa/utilizzo non ancora omogenei, problemi di comparabilità
- 80% degli utenti del LTC pubblico sono di età 65+ (OECD, 2015)
- Previsioni OECD (2013): la spesa raddoppierà entro il 2060
- Pilastro privato limitato

Invecchiamento e Long-Term Care: le sfide

Mutamenti demografici e sociali

- Aumento della domanda
 - Vincoli di bilancio
- Riduzione della forza lavoro informale (femminile)
- Rischio di ridotta qualità dell'assistenza

LTC proattivo per stimolare “Invecchiamento sano” (WHO report Ageing&Health 2015)

Demenza e malattie mentali in aumento (OECD Health Statistics 2015)

Diseguaglianze nella copertura LTC: rischio di esclusione sociale (OECD Ageing Unequally, 2017)

Copertura individuale rischio LTC (ass. private)





Health is a stock that needs preserving through (costly) investment

- “Shadow” price depends on SES, lifestyles, design of care systems

Individual insurance against loss of autonomy. Role of the public pillar

- The role of savings

Accesso al LTC in Europa

Definizione della popolazione «obiettivo»

- Verifica dei bisogni (*assessment of needs*)
- Soglia di eleggibilità: chi è «oggettivamente vulnerabile/non autosufficiente» riceve la prestazione

La definizione istituzionale di eleggibilità è cruciale per determinare la domanda potenziale di LTC, ma non esiste un quadro organico (Muir, 2017; Gori & Fernandez, 2016)

Come viene definita la vulnerabilità nelle legislazioni?

Brugiavini, Carrino, Orso & Pasini (2017), Palgrave MacMillan

approccio clinico: la condizione di fragilità

La condizione che causa la maggior esposizione a malattie, comorbilità e a un cattivo stato di salute è detta «fragilità»

Due cause «fisiche» principali: Sarcopenia (perdita di massa muscolare) e riduzione della densità minerale ossea

Circolo vizioso verso minor qualità di vita, maggior morbilità, ospedalizzazione e mortalità (Clegg et al., 2013)

- Perdita di autonomia nelle attività base della vita quotidiana (ADL) e in quelle strumentali (iADL)
- Nutrizione inadeguata
- Affaticamento, Perdita di forza fisica
- Deterioramento sensoriale, Deterioramento cognitivo
- Minore «riserva d'organo»

Difficoltà nella misurazione della fragilità

Non corrisponde all'invecchiamento: non tutti gli anziani sono fragili

Non si tramuta necessariamente in malattia

Non tutte le combinazioni di sintomi corrispondono ad eguali livelli di vulnerabilità (meccanismi complessi)

Diverse dimensioni:

- Capacità funzionale (Attività ADL, iADL), muscoloscheletriche, aerobiche, neurologiche, cognitive

Non c'è accordo su come definire una misura di fragilità (variabili, aggregazione). Un «Santo Graal» (Conroy, 2009)

- Fried et al. (2001): 5 variabili; Rockwood et al (2005): 92 variabili

Analisi dei programmi LTC

Programmi nazionali in

- Austria
- Belgio
- Francia
- Germania
- Repubblica Ceca
- Regno Unito
- Spagna

Programmi regionali in

- Belgio
- Italia

comprese le riforme dal 2004 ad oggi



Europa...

Programma	ADL	iADL	altro	Soglia di bisogno minimo
Pflegegeld	✓	✓	C, S	65h/60h/50h mese
APA	p	p	C	7 punti su 18
INAMI/RIZIV	✓		C	lavarsi + vestirsi + spostarsi o uso V cognitivo + lavarsi + vestirsi
Vlaamse zorgverzekering	✓	✓	C	35 punti su 81
Příspěvek na péči	✓	✓	C	3 deficit su 10
Pflegeversicherung pre 2017	✓	✓	C, S	90m die+ / cognitive
Pflegeversicherung post 2017	✓		C, S	27 punti su 100
SAAD	✓	✓	C	25 punti su 100
APA	✓i		C	GIR4
Aide ménagère	✓i	p	C	Lavarsi/cucinare/lavori casa & no APA b
Social Care for older adults	✓i	p	C	2 outcomes

*ADL limitations; p = included partially; S = advanced medication for post-surgical conditions
+Germany: out of the 90m of need, at least 45m must come from ADL limitations.*

e in Italia

	Programma	ADL	iADL	altro	Informale	Soglia di bisogno minimo
ionale	Accompagnamento	✓	✓	vista		**
ano	Ass. di cura (VITA)	✓	✓			2h ADL die
pania	Ass. di cura (SVaMA)	✓		C	p	80 punti Barthel
Rom.	Ass. di Cura (BINA)	✓		C	✓	230 punti
li V.G.	CAF/APA (KATZ)	✓		C		2 ADL, cognitive
ria	ADC (AGED PLUS)	✓	p	C		Invalidita' & 3 ADL & C &
bardia	B2 (Triage/ADL/iADL)	✓	✓		✓	Invalidita', Triage \geq 3, ADL \geq 4
monte	Ass. di cura, (cartella geriatrica)	p	✓	C		5 punti
ia	Buono sociosanit. (SVaMA)	✓	p		✓	Invalidity & living with fami
ana	PAC (MDS-HC)	✓*		C	✓	2 ADL & cognitive & behavi
eto	ICD (SVaMA)	✓		C,M	✓	10 points

blind or who, due to physical or psychical reasons, (ii) are entirely disable or (ii) unable to walk without a constant help, or (iii) need constant assistance due to inability in performing activities of daily living

Diverse ponderazioni dei deficit negli indici di fragilità

Paese	Programma (<i>scala</i>)	ADL con peso maggiore	Limitazioni non-ADL con peso maggiore
	Pflegegeld	Lavarsi, vestirsi, WC	Cucinare, lavori casa
	APA	-	-
	Home-care INAMI/RIZIV (<i>BESADL</i>)	Lavarsi, vestirsi, muoversi, WC	Cognitivo
	Vlaamse zorgverzekering (<i>BEL profielschaal</i>)	-	Lavori casa, cognitivo
	Příspěvek na péči	-	-
	Pflegeversicherung	Lavarsi, mangiare, incontinenza	Cognitivo
	SAAD	Mangiare, WC	-
	APA (<i>AGGIR</i>)	-	Cognitivo
	Aide Manager (<i>AGGIR</i>)	Lavarsi	Lavori casa, cognitivo
(FVG)	CAF (<i>KATZ</i>)	-	Cognitivo
(TO)	PAC (<i>MDS-HC</i>)	-	Cognitivo

Le regole e la copertura della vulnerabilità

Differenza notevole con l'impostazione clinica

- compromesso velocità/accuratezza/omogeneità territoriale della valutazione?

Scelta delle dimensioni

- Dimensioni incluse: da 5 (APA belga) a 30+ (Germania '17)
- ADL: condizioni di fragilità più gravi, focus su assistenza
- iADL: anche condizioni di pre-fragilità, focus su prevenzione

Scelta dei loro pesi, e di condizioni necessarie o sufficienti

- Struttura gerarchica di ADL/iADL spesso ignorata
- Peso alla non-autosufficienza derivante da demenza
- Disponibilità di assistenza informale
- Prova dei mezzi economici

Regole di accesso e domanda potenziale di LTC

Ciascuna regola è strumento di policy per selezionare i potenziali beneficiari di LTC pubblico (domanda potenziale)

La nostra analisi: stimare la domanda potenziale a partire dalle regole di accesso.

- Quali differenze nelle definizioni di fragilità possano influenzare la domanda potenziale dei programmi

Usando le informazioni sugli individui intervistati nell'indagine SHARE/ELSA, possiamo stimare la quota di anziani (età 65+) potenzialmente eleggibili a ricevere LTC nel proprio paese

La copertura potenziale LTC in letteratura

- indicatori ex-post (es.: n. utilizzatori)
- di offerta (posti letto, n. assistenti domiciliari...)
- Condizioni di salute (n. persone con deficit funzionali...)

Nostro focus: ex-ante, sulla legislazione: strumento di policy diretto.

- cruciali per il dibattito su riforme e sostenibilità.
- Diseguaglianze «per legge» nell'accesso al LTC

Costruire la variabile di eleggibilità

Si costruisce un profilo clinico multidimensionale per ogni individuo: limitazioni ADL, iADL, mobilità, funzione cognitiva.

Si valuta il profilo di ogni soggetto in base alle regole per LTC esistenti nel paese/regione

Si genera una variabile binaria (si/no) per ogni individuo: potenzialmente eleggibile o meno a ricevere un benefit LTC

Limitazioni:

- Programmi locali non inclusi
- Applicazione delle leggi può essere soggetta a flessibilità dagli operatori locali
- Prova dei mezzi non inclusa
- No info sull'intensità del supporto LTC per chi è idoneo

Le indagini SHARE e ELSA

Indagine su Salute, Invecchiamento e Pensioni in Europa (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE) in 20 paesi europei. ELSA è un'indagine sorella per l'Inghilterra.

banca dati longitudinale sulla popolazione 50+, multidisciplinare e multipaese di informazioni individuali su

- salute,
- status socio-economico,
- relazioni sociali e familiari

Dal 2004, oltre 297.000 interviste individuali.

Ultime rilevazioni: SHARE wave 6 (2015), ELSA wave 7 (2014-5)

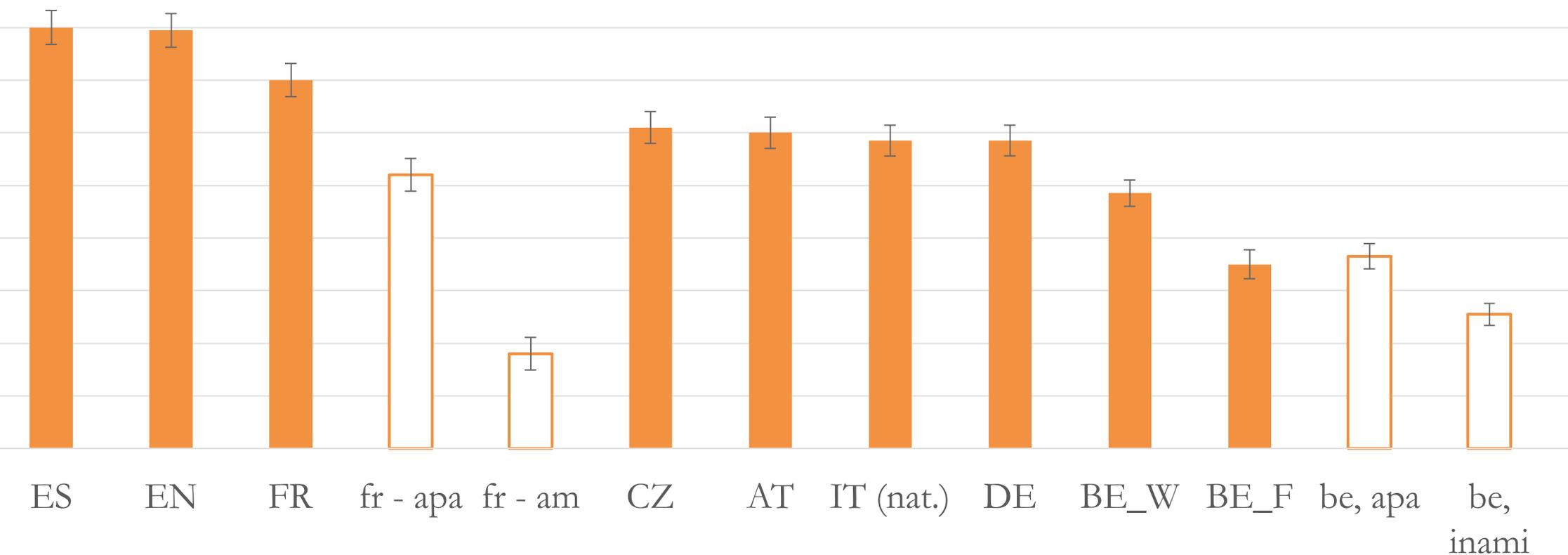
Informazioni sui deficit individuali in SHARE/ELS

ADL	iADL	altre
Alloggio & igiene ✓	Comunicazione ✓	Decadimento cognitivo/comportamentale ✓
Alzarsi ✓	Fare la spesa per alimenti/medicine ✓	Alte limitazioni alla mobilità ✓
Avvalersi dei servizi igienici ✓	Cucinare ✓	Informal-care utilisation ✓
Autostarsi ✓	Lavori domestici ✓	Stato civile / relazionale ✓
Continenza ✓	Lavare i vestiti ✓	Igiene per condizioni post operatorie o medicazione avanzata ✗
Contrarsi ✓	Muoversi all'esterno ✓	Limitazioni vista/udito ✓
<u>Trasferirsi in casa</u> ✓	Medicarsi /prendere medicine ✓	

Una attenta e accurata corrispondenza tra le informazioni SHARE e le normative attuali sulla LTC sono stati coinvolti geriatri ed epidemiologi.

Classi di copertura «cruda», 2015

% di anziani utenti potenziali LTC nella propria area
Le nostre stime sono in linea con i dati ufficiali



Source: share of individuals aged 65 or more, data from SHARE wave 6, and ELSA wave 7. Coverage for Belgian APA and INAMI are based on the whole Belgian population. Coverage for the Flemish Insurance is based on Flemish population only. Means-testing not implemented.

Identificare il ruolo delle leggi: aggiustamento diretto

Non si possono confrontare i tassi grezzi di copertura tra paesi: gli effetti delle regolamentazioni e delle caratteristiche della popolazione si confondono

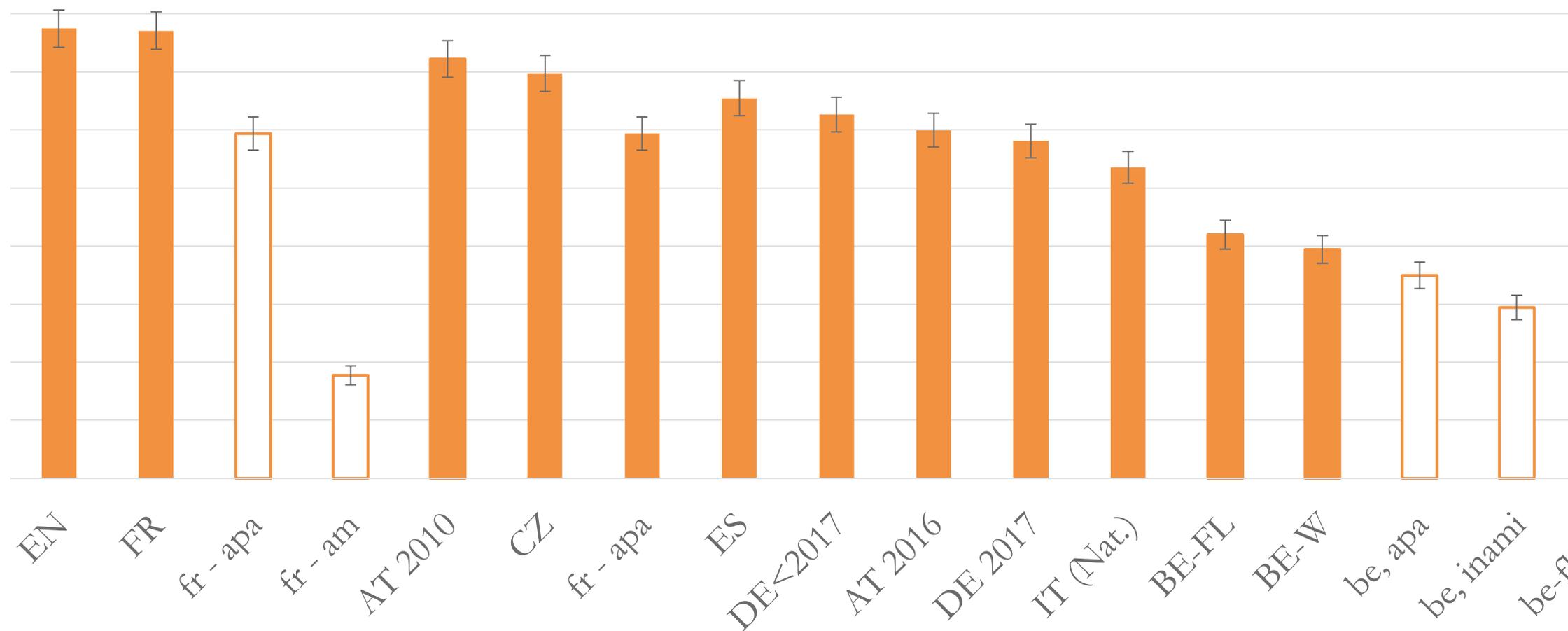
- Alto tasso di copertura: generosità del sistema o cattiva salute della popolazione?

Aggiustamento diretto: applicare ciascuna regola alla medesima popolazione standard

- Prendiamo la popolazione 65+ SHARE Wave 6 e ELSA wave 7 di Austria, Belgium, Czech Republic, England, France, Germany Italy and Spain (anno 2015)

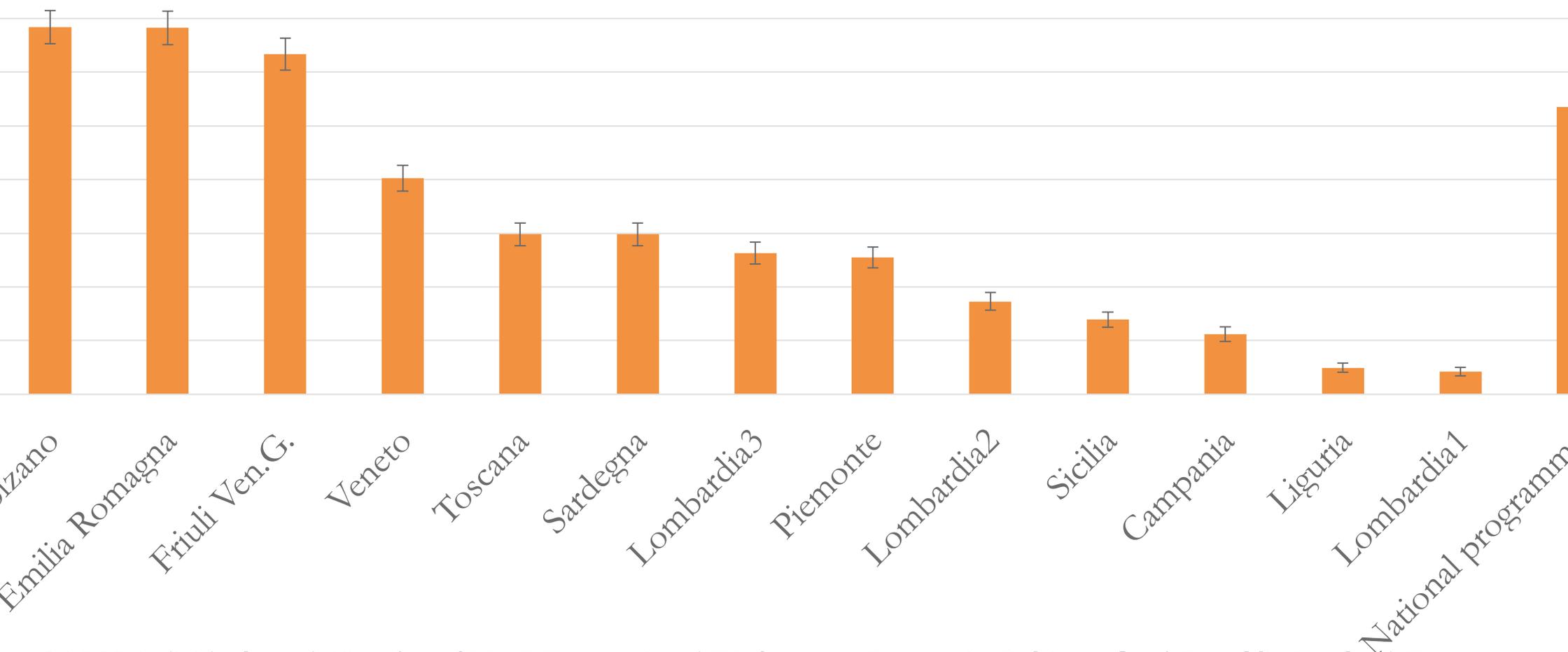
Assi standardizzati di copertura, 2015

Differenze nelle coperture dovute solo alle diverse definizioni di accesso



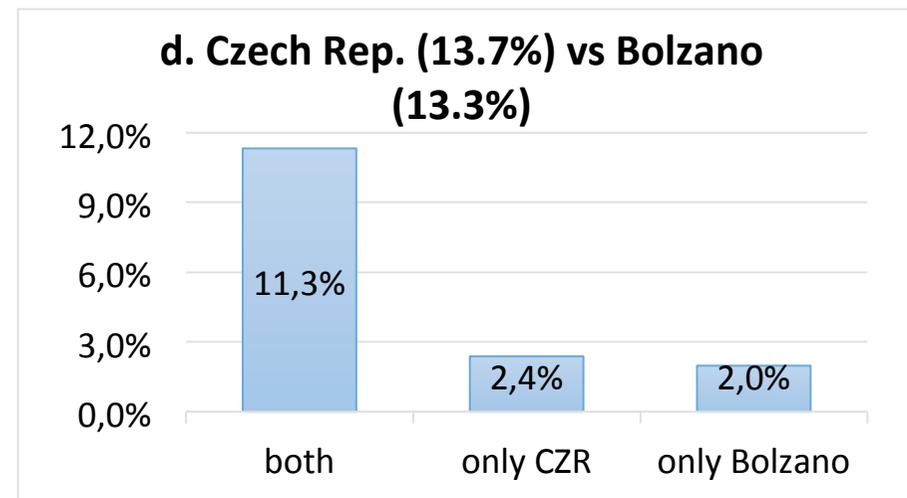
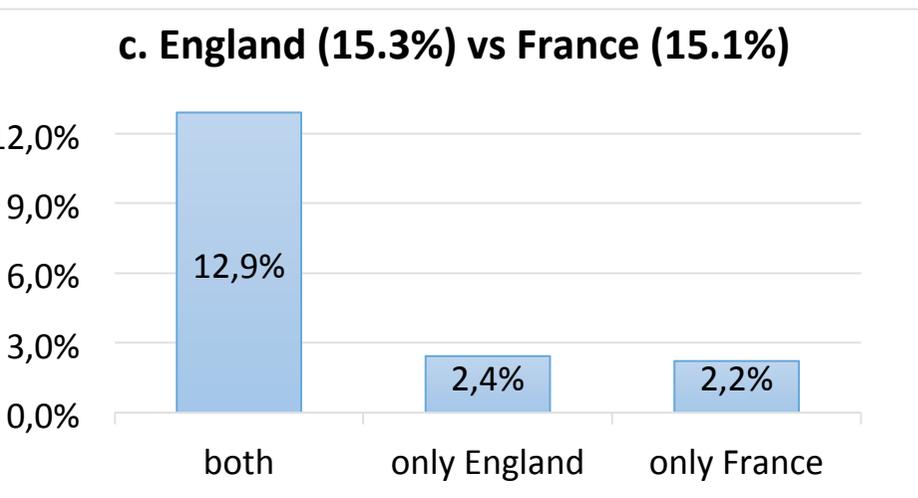
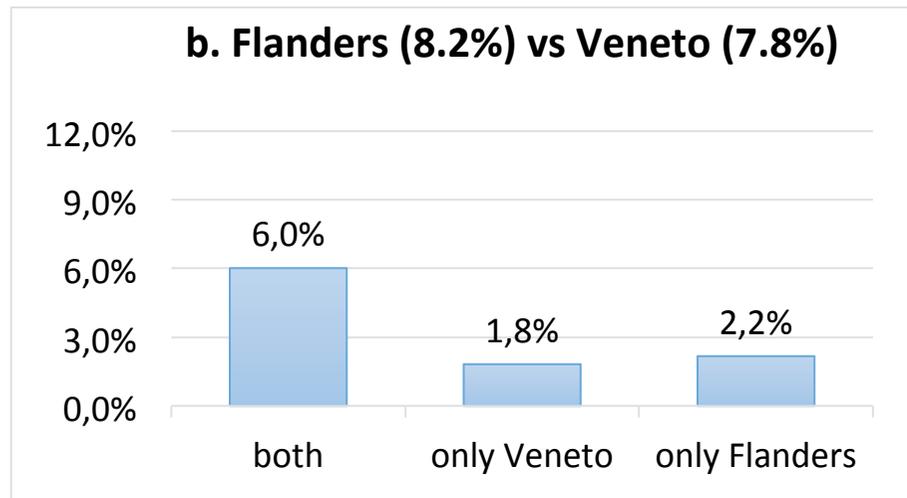
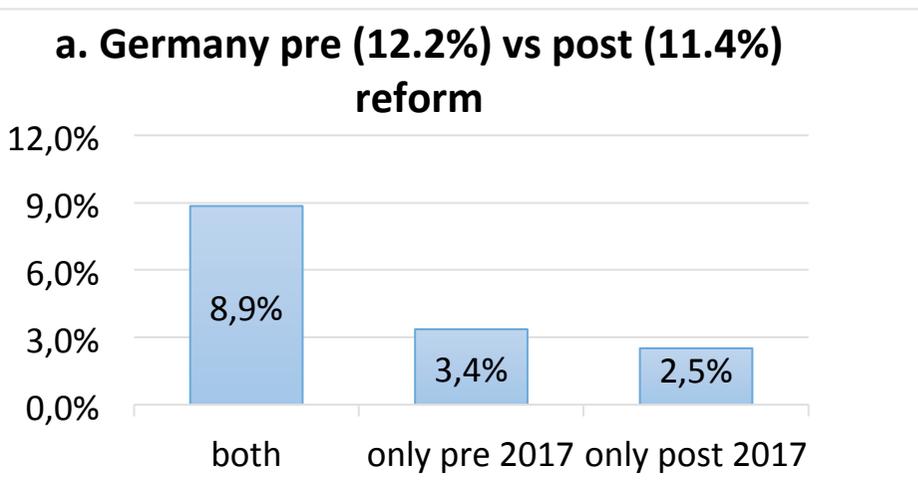
4,727 individuals aged 65+, from SHARE wave 6 and ELSA wave 7: Austria, Belgium, Czech Republic, England, France, Germany, Italy, Spain. Confidence intervals (95%) are shown.

Assi standardizzati di copertura, regole Italia 2015



Note: 24,727 individuals aged 65+, from SHARE wave 6 and ELSA wave 7: Austria, Belgium, Czech Republic, England, France, Germany, Italy, Spain. Confidence intervals (95%) are shown.

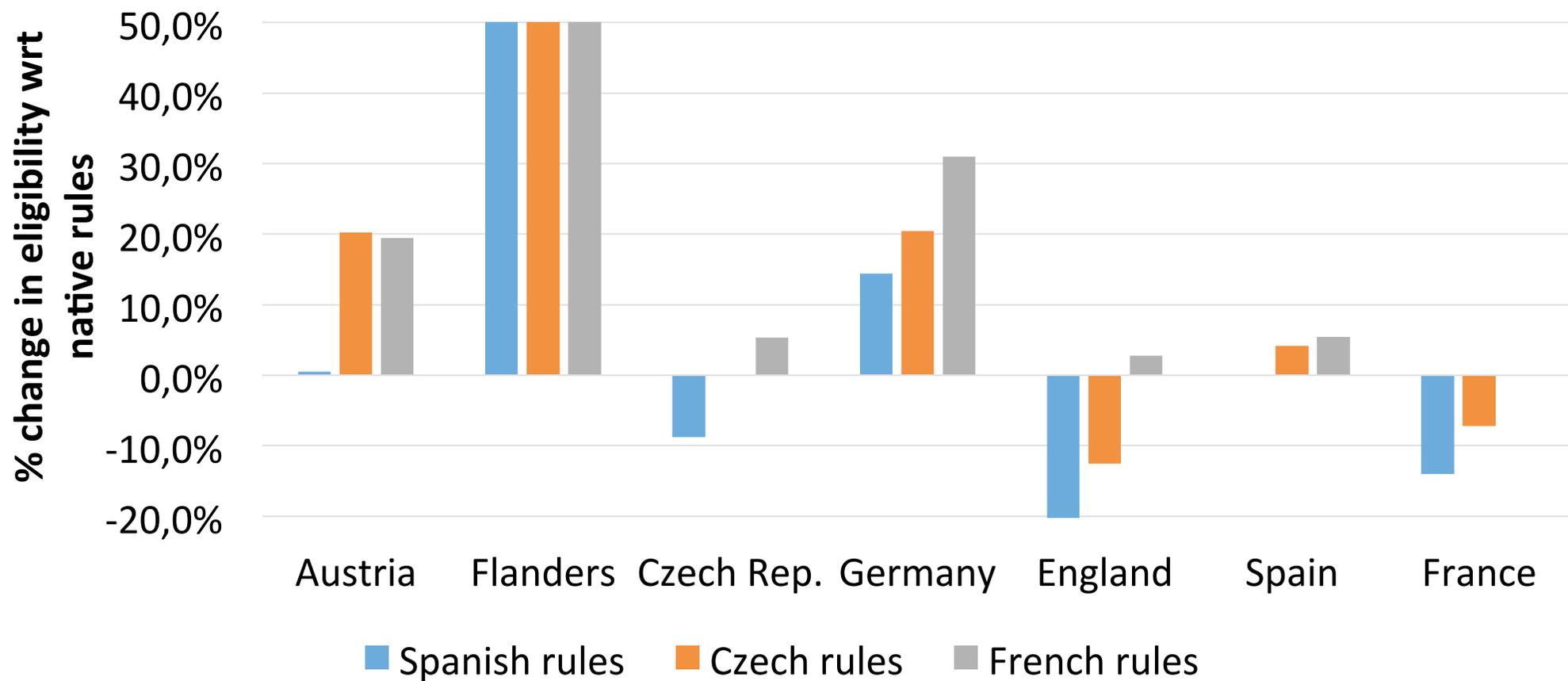
simili tassi di copertura ≠ simile popolazione coperta



Note: 22,499 individuals aged 65+ from SHARE wave 7 and ELSA wave 10. Regions: Austria, Belgium, Czech Republic, England, France, Germany, Italy (for regions) Spain.

Analisi controfattuale: simulare riforme alle leggi

Di quanto cambierebbero (in %) i tassi di copertura nazionali se si applicassero le regole di Rep.Ceca, Spagna o Francia?



99 individuals aged 65+, from SHARE wave 6 and ELSA wave 7: Austria, Belgium, Czech Republic, England, France, Germany, Spain

Conclusioni

La vulnerabilità è condizione rilevante nell'età anziana, e causa principale della perdita di autonomia

Assenza di omogeneità nelle misure istituzionali di vulnerabilità

Le politiche LTC si focalizzano su assistenza o prevenzione

Grande eterogeneità nella domanda potenziale dei vari programmi

- Diseguaglianze «per legge» nella copertura
- Conseguenze su intensità di copertura e costi da approfondire

Ruolo cruciale della policy. Verso un sistema integrato europeo?

References

- Atella, V., Belotti, F., Carrino, L., & Piano Mortari, A. (2017). The future of Long-Term Care in Europe. An investigation using a dynamic microsimulation model. *Available at SSRN*
- Brugiavini, A., Carrino, L., Orso, C.E., Pasini, G. (2017-forthcoming). Vulnerability and Long-term Care in Europe: an Economic perspective. *Palgrave MacMillan, London*.
- Carrino, L., & Orso, C. E. (2015). 31 Eligibility regulations and formal home-care utilisation among the vulnerable older people in SHARE Wave 5. *Ageing in Europe Supporting Policies for an Inclusive Society*, 343.
- Carrino, L., Orso, C. E., & Pasini, G. (2015). Demand of Long-Term Care and benefit eligibility across European countries. *Available at SSRN*.
- Carrino, L., Glaser, K., Avendano, M. (2017). Health Effects of Higher State Pension Age in the United Kingdom. *Conference paper, WPEG Conference, Sheffield*.

Dovico Carrino

Research Associate

Department of Global Health & Social Medicine, King's College London

Affiliated with the Department of Economics, Ca' Foscari University of Venezia

dovico.carrino@kcl.ac.uk