



Long Term Care: Riflessioni e prospettive nei mercati internazionali

Ivan Abbruzzo
Ordine degli Attuari

Giornata Nazionale della Previdenza

Invecchiamento Progressivo

Cause



L'invecchiamento della popolazione significa che più persone vivono in età avanzate



I progressi della medicina permettono ai pazienti cronici di vivere per molti anni



Benessere e migliori condizioni socio economiche



i tassi di fertilità bassi riducono le fonti di finanziamento di un sistema di finanziamento pay-as-you-go.

Invecchiamento Progressivo

Impatti

L'invecchiamento è destinato ad avere un forte e crescente impatto in vari settori della nostra società:



dal sistema pensionistico alla domanda di servizi sanitari e alla domanda di prestazioni di lunga durata a carattere sociosanitario di cui l'anziano necessita nell'eventuale perdita, totale o parziale, della propria autonomia

E' cresciuto da un lato il numero delle persone anziane che vivono da sole o per le quali sono venuti a mancare i tradizionali sostegni nell'ambito della famiglia, dall'altro è aumentato il numero di persone esposte al rischio di perdere la propria autosufficienza.



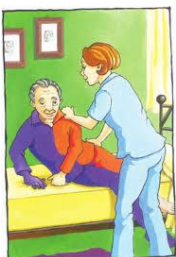
Invecchiamento Progressivo

Lont Term Care

The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) definisce la Long Term Care (LTC) come: **“ogni forma di cura fornita lungo un periodo di tempo esteso, senza data di temine predefinita”**



Attività Base ADL



Attività strumentali IADLs



Long Term Care è spesso definita come un insieme di servizi sanitari e sociali erogati per un periodo di tempo prolungato a soggetti che necessitano di un'assistenza continuativa di base a causa di disabilità fisiche e mentali.

Invecchiamento Progressivo

Destinatari

L'insieme delle prestazioni di LTC includono prestazioni di carattere sanitario altamente specializzato e assistenziale come: supporto medico ed infermieristico, cura della persona, aiuto domestico, supporto sociale.



I destinatari sono gli anziani in quanto le capacità funzionali peggiorano man mano che si avanza con l'età.

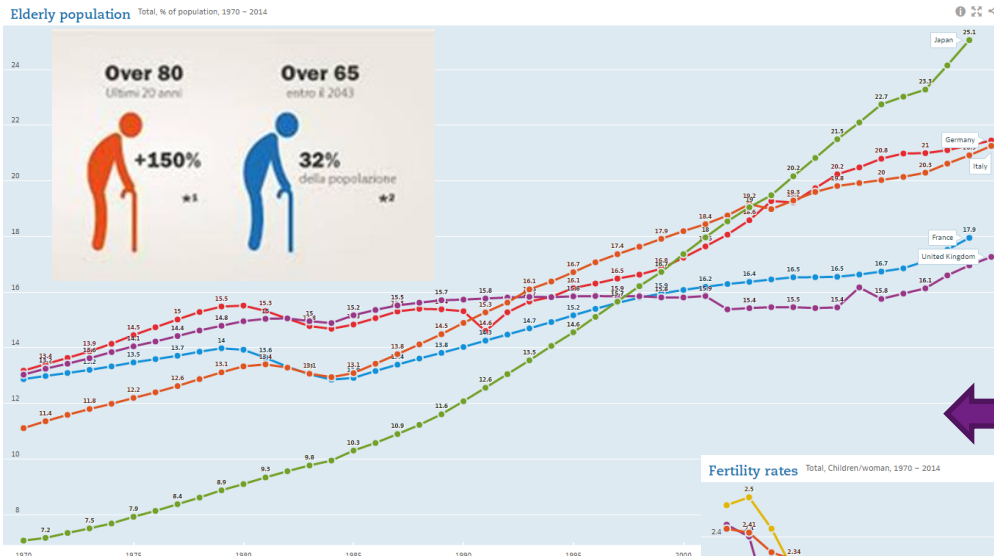


Pazienti cronici e disabili, soggetti con dipendenze gravi, malati terminali e in particolare ad anziani non autosufficienti o affetti da patologie correlate all'età.



Invecchiamento Progressivo

Trend – OECD 2014

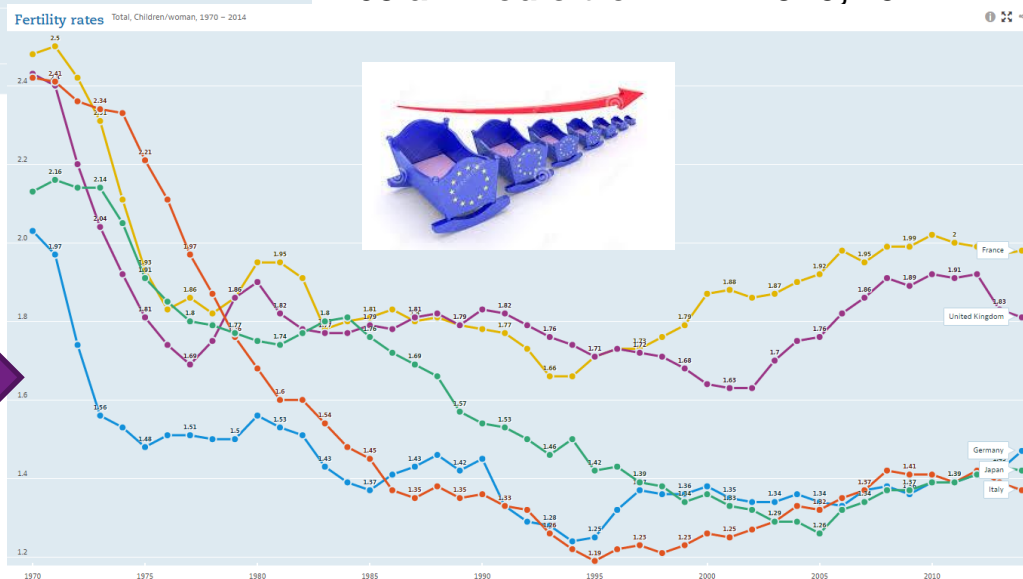


La percentuale di popolazione anziana è cresciuta in tutti i Paesi industrializzati ed è destinata ad aumentare nelle prossime decadi. Un lavoro recente dell'OECD stima una percentuale di anziani nei Paesi dell'OECD pari a circa il 15% con valori che raggiungono il 20% in Giappone, Italia e Germania

Figura 1: Percentuale di popolazione di 65 anni ed oltre - Anni 1970, 2014.

Sempre per Giappone, Italia e Germania si riscontra un bassissimo tasso di fecondità intorno ad 1,4

Figura 2: Tasso di fecondità Anni 1970, 2014.



Invecchiamento Progressivo

Trend – ISTAT 2015



Attualmente gli anziani, ossia tutti quelli che rientrano nelle classi d'età 65 anni e oltre, in Italia sono circa il 20% della popolazione (rispetto all'11% degli anni '70) ed entro 15 anni raggiungeranno il 25%.

Indicatore	Anno	Valore	Var. % sul 2005
Età media della popolazione	2015	44,4	+4,5
Numero medio di figli per donna	2015	1,35	+0,7
Indice di vecchiaia	2015	157,7	+14,2
Indice di dipendenza degli anziani	2015	33,7	+14,6
Speranza di vita alla nascita - maschi	2015	80,1	+2,6
Speranza di vita alla nascita - femmine	2015	84,7	+1,4
Speranza di vita a 65 anni - maschi	2015	18,7	+7,5
Speranza di vita a 65 anni - femmine	2015	22,0	+4,3

L'Italia sconta un crescente "debito demografico" nei confronti delle generazioni future in termini di sostenibilità (previdenza, spesa sanitaria, assistenza, welfare): in appena un decennio, l'indice di dipendenza degli anziani passa dal 29,4 del 2005 al 33,7 del 2015 (+14,6%); l'indice di vecchiaia cresce da 138,1 anziani ogni 100 giovani di 0-14 anni del 2005 al 157,7 del 2015 (+14,2%).

Invecchiamento Progressivo

Trend – ISTAT 2015



Numero medio di figli per donna

Numero medio di figli per donna 2015









Riguardo la bassa fecondità:
Il trend positivo di crescita si è poi interrotto in coincidenza della deflagrazione della crisi economico-finanziaria;
il tasso di fecondità delle donne con cittadinanza straniera si attesta oggi (2014) al di sotto della soglia di sostituzione (1,97 figli per donna);
le donne in età feconda continuano a posticipare e a comprimere il loro calendario riproduttivo, con un'età media al parto che nel 2015 ha raggiunto i 31,6 anni;
le regioni meridionali, un tempo roccaforti della fecondità oggi sono in forte declino.

Long Term Care

I sistemi internazionali

I diversi Paesi hanno realizzato l'assistenza per la non autosufficienza in modi e tempi diversi determinando una suddivisione in tre tipi di sistemi sanitari:

- 1) Sistemi fondati sull'assicurazione privata (ad es. USA, Svizzera); 
- 2) Sistemi fondati sull'assicurazione sociale a carattere pubblico o misto (ad es. Francia, Canada, Germania);    
- 3) Servizi Sanitari Nazionali (ad es. Gran Bretagna, Italia).  



USA

Il sistema privato

Negli Stati Uniti, l'intero **settore sanitario è privatizzato**, pertanto **non esistono cure mediche gratuite**.

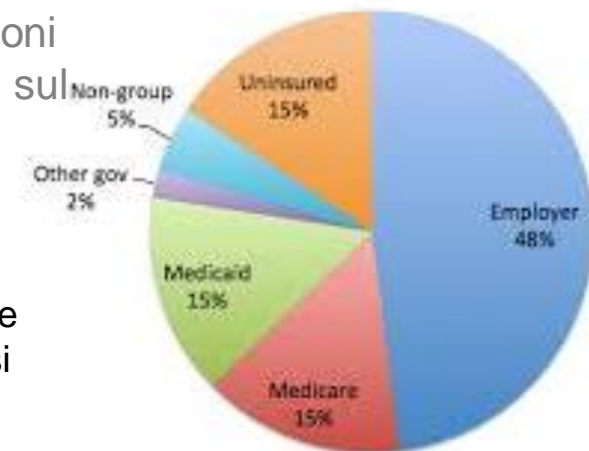
Lo Stato non è proprietario di nessuna struttura medico-sanitaria.



Negli Stati Uniti, non vi è un sistema sanitario nazionale. Ogni singolo cittadino è tenuto ad avere la propria **assicurazione sanitaria**, che può scegliere tra le proposte delle varie assicurazioni private presenti sul territorio.



Where Americans get health coverage



La sottoscrizione delle polizze assicurative private avviene per la maggioranza dei cittadini statunitensi attraverso il proprio datore di lavoro: più è grande la società dalla quale si è assunti, più probabilità sussistono che essa offra questo beneficio ai propri dipendenti.

USA

HMO

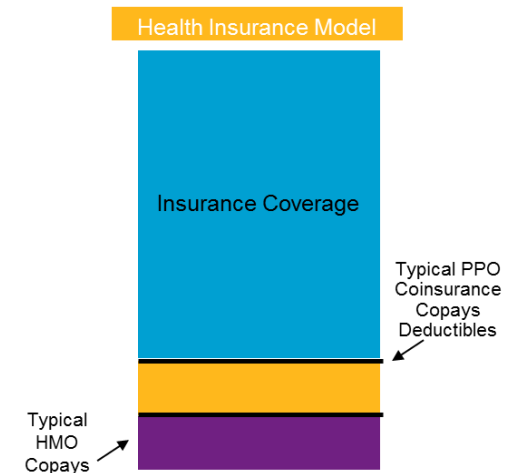


Health
Maintenance
Organization



Generalmente le imprese iscrivono i propri dipendenti ad una Health Maintenance Organization (HMO), una cassa sanitaria autonoma, cui scopo principale è l'erogazione di una serie di prestazioni sanitarie a fronte del pagamento di una quota annuale. Solitamente le HMO vincolano il dipendente nella scelta del medico di famiglia e delle strutture specialistiche, poiché dispongono di membri convenzionati.

- 1) Indemnity or comprehensive plan
- 2) Preferred Provider Organizations (PPO)
- 3) Point-of-Service Programs (POS)
- 4) Exclusive Provider Organizations (EPO)
- 5) **Health Maintenance Organizations (HMO)**
 - 1) Independent Practice Association (IPA)
 - 2) Group/Staff Models
- 6) Consumer-Driven Health Plans (CDHP) or High Deductible Health Plan (HDHP) or Account-Based Health Plans (ABHP)
 - 1) Health Reimbursement Account (HRA)
 - 2) Health Savings Account (HSA)



USA



Medicare e Medicaid

Le sole forme di assistenza sanitaria presenti negli Stati Uniti, sono i programmi Medicare e Medicaid.

Figure 1: Which Program Pays for What Service?

MEDICARE	MEDICAID
<ul style="list-style-type: none">▪ Hospital care▪ Physician & ancillary services▪ Skilled nursing facility (SNF) care▪ Home health care▪ Hospice▪ Prescription drugs▪ Durable medical equipment	<ul style="list-style-type: none">▪ Medicare cost sharing▪ Nursing home (once Medicare benefits exhausted)▪ Optional services (vary by state): dental, vision, home- and community-based services, personal care, and select home health care▪ Some prescription drugs not covered by Medicare▪ Durable medical equipment not covered by Medicare

Medicare è l'unico programma universale ed uniforme rivolto esclusivamente ai soggetti che hanno più di sessantacinque anni ed ai giovani con disabilità rilevanti dal punto di vista lavorativo.

Medicaid, al contrario, provvede all'assistenza di alcune categorie di poveri quali bambini, familiari, persone con disabilità, anziani con redditi minimi e persone costrette a spese mediche elevate; raramente la copertura si estende ad adulti non disabili senza figli. Esso è sovvenzionato da contributi misti, federali e statali, ed assiste oltre 40 milioni di cittadini.

USA

ObamaCare



6.1 million young adults between the ages of 19 and 25 are now covered.

Obamacare is working.

Thanks to Obamacare, nearly **6 IN 10 AMERICANS** without health insurance could get coverage for **\$100 A MONTH OR LESS** in 2014.

LEARN MORE: HEALTHCARE.GOV #GETCOVERED



Canada

Sistema decentralizzato



l'offerta sanitaria in Canada, inclusa l'assistenza di lungo termine, è assegnata ai livelli regionale e provinciale. il Governo federale non ha possibilità di intervento diretto, ma possiede lo "spending power", e s'impegna ad assicurare trasferimenti perequativi verso le province più povere.



Il "Canada Health Act" del 1984 ha individuato due categorie di servizi:

- Insured Health Services (IHS), che includono sia l'assistenza ospedaliera che generica
- Extended Health Care Services (EHCS), non coperti da assicurazione, che includono le case di cura, l'assistenza residenziale, domiciliare e i servizi ambulatoriali.

Canada

Long Term Care



L'assistenza domiciliare ed i servizi di riabilitazione sono forniti **gratuitamente** su tutto il territorio. Altre prestazioni domiciliari, quali l'assistenza sociale e personale, invece normalmente comportano una spesa.

Circa l'80% dell'assistenza agli anziani in Canada è a carico dei familiari e degli amici.



La sanità canadese ha contribuito alla creazione della cosiddetta **“Canadian Caregiver Coalition”** per spingere in avanti la ricerca e lo sviluppo di politiche rivolte a problemi quali il ruolo degli aiuti familiari all'interno del settore dell'assistenza domiciliare, la spesa a carico dei parenti e le implicazioni dal punto di vista lavorativo.

il governo canadese nel 2004 ha introdotto un nuovo “benefit” per offrire un supporto temporaneo. **“Compassionate Care Benefit” (CCB)**

I governi federali, provinciali e territoriali offrono, inoltre, aiuti finanziari indiretti ai caregiver mediante **facilitazioni fiscali.**

Germania

Il modello bismarkiano



Il Sistema Sanitario tedesco, secondo il “modello bismarkiano”, è stato creato per garantire i cittadini contro una serie di rischi quali incidenti ed inabilità dal lavoro, pensione, disoccupazione e malattie che esigono cure di lunga durata.

La Germania è stata il primo paese a introdurre un sistema di assicurazione privata

- 1) costituisce una forma complementare all'assicurazione obbligatoria
- 2) secondariamente consente allo Stato di coprire anche la porzione di popolazione che non sia in grado di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria.

L'assistenza di malattia è, infatti, organizzata sulla base di una assicurazione obbligatoria, realizzata per il **90%** della popolazione tramite le Casse sanitarie - enti di diritto pubblico, non aventi scopo di lucro, organizzate su base territoriale e controllate dai Ministeri competenti dei **Laender-** e per il restante **10%** attraverso imprese assicurative private. Il finanziamento di tale sistema prevede:

Fonti pubbliche: costituite dal sistema assicurativo sanitario e socio-assistenziale e dai tributi.

Fonti private: costituite dalla sottoscrizione di polizze private.

The German Health Care System
A Concise Overview



Konrad Obermann, Peter Müller,
Hans-Helko Müller, Burkhard Schmidt,
Bernd Glasinski (Eds.)

DER
RATGEBER
VERLAG

Germania

Long Term Care



la Germania ha costituito nel 1995 un fondo pubblico di assistenza ai non autosufficienti al fine di sopperire al continuo aumento di bisogno di assistenza.

Concretamente la **Pflegeversicherung** intende garantire prestazioni indipendentemente da reddito o patrimonio degli utenti, puntando prevalentemente sulla prevenzione e riabilitazione e sulle cure domiciliari sostenendo la disponibilità all'assistenza da parte dei familiari.

In particolare, il cittadino con reddito inferiore al valore soglia massimale di iscrizione (di circa 3500 euro mensili) deve obbligatoriamente assicurarsi presso il fondo pubblico



Germania

Long Term Care



I beneficiari della Pflegeversicherung sono gli assistiti di qualsiasi età che a seguito di una malattia o di una forma di disabilità sono incapaci di svolgere alcune o tutte le quattro funzioni base della vita quotidiana. La copertura è estesa anche a persone bisognose di assistenza per effetto di patologie mentali e fisiche

2.34 million total number of cared people in 2009

**Provided at home:
1.62 million (69%)**

**Provided inpatient:
717 000 (31%)
[75% women]**

**by relatives:
1.07 million**

**with the help of
professionals:
555 000**

**12 000 care provider
with
269 000 employees**

**11 600 institutions
with
621 000 employees**

1. Gender independent premiums
2. No payments for child
3. Special regulations for other groups:
 - Students
 - Unemployed
 - Civil servants
 -
4. Payment for married couples = 2x or 1x contributions*
5. Contributions of the salary (~2% **with cap****) are shared with the employer (50|50)***

* The none working part is free of charge

** Cap for 2015 = 69,600 € p.a. [x 2% / 12 ~ 116 € → **58 € p.m.** (= 50|50)]

*** For retirees instead of the salary their pensions are used

Gli assistiti possono scegliere tra varie prestazioni (assistenza domiciliare, assistenza residenziale, contributo in denaro o prestazioni combinate in denaro ed in natura) che prevedono coperture diverse a seconda del livello di non autosufficienza.

UK

NHS



Il **National Health System (NHS)** provvede all'erogazione ed al finanziamento dei servizi sociosanitari per tutta la popolazione. L'NHS è finanziato da tre fonti:

- **Tributi:** per l'**80%** gli introiti derivano dalla tassazione generale dei cittadini;
- **Contributi dell'assicurazione nazionale:** per il **16%** derivano dai contributi sanitari;
- **Compartecipazione** alla spesa da parte dei pazienti per la restante parte attraverso il pagamento di un ticket fisso per ricetta.



Annualmente il governo inglese stabilisce il budget della spesa pubblica destinato all'NHS. Tuttavia, a causa dell'elevato grado di assistenzialismo, il sistema sta vivendo un momento di crisi. Per i lunghi tempi di attesa i cittadini a reddito medio alto preferiscono sottoscrivere assicurazioni private e crescono sempre più i datori di lavoro che forniscono ai loro dipendenti una copertura assicurativa privata.

UK

Long Term Care



“**NHS and Community Care Act**” del 1990 ha portato ad una privatizzazione delle aziende pubbliche. L’obiettivo era quello di aumentare l’efficienza, l’efficacia e la flessibilità dell’assistenza fornita agli anziani.



Nel 1999 è stata così istituita la **National Care Standards Commission (NCSC)** e pubblicati i **National Minimum Standards (NMS)** per le residenze di lungo-degenza e per l’assistenza domiciliare aventi la descrizione dettagliata del modo in cui soddisfare i bisogni degli assistiti, le procedure per minimizzare i rischi connessi con l’assistenza e le caratteristiche del personale destinato alle attività assistenziali.

In particolare in ambito della non autosufficienza, lo Stato inglese fornisce alle persone che perdono la loro autonomia un contributo finanziario che viene elargito in due forme:

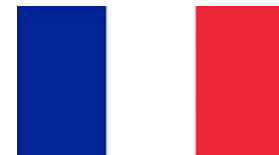
- **Il Disability Living Allowance**, assegno per disabilità, garantito alle persone che hanno meno di 65 anni di età e che a causa di una malattia o un infortunio necessitano di assistenza per problemi di mobilità e di cura di sé.
- **L’Attendance Allowance**, assegno garantito a persone che abbiano compiuto 65 anni e che abbiano necessità di assistenza a causa di malattie fisiche, mentali o disabilità.

E’ previsto, inoltre, il **Care’s Allowance**, l’assegno per l’avente cura, che viene dato a chi lavora con la persona non autosufficiente almeno 35 ore la settimana.



Francia

Assicurazione Sociale



Il sistema sanitario francese è un sistema misto perché sia dal lato del finanziamento che da quello dell'erogazione dei servizi prevede una pluralità di operatori, sia pubblici che privati.

Il sistema prevede una **“assicurazione sociale universale”** articolata in diversi fondi malattia per categorie di lavoratori, che rimborsa (per intero o in parte) le spese sostenute dall'assicurato e dai familiari a carico. L'iscrizione a tali fondi è obbligatoria ed il contributo, suddiviso tra lavoratore e datore di lavoro, è commisurato al reddito. La quota di spesa sanitaria non rimborsata è invece a carico dell'utente che può stipulare contratti di assicurazioni private con mutue o compagnie private.

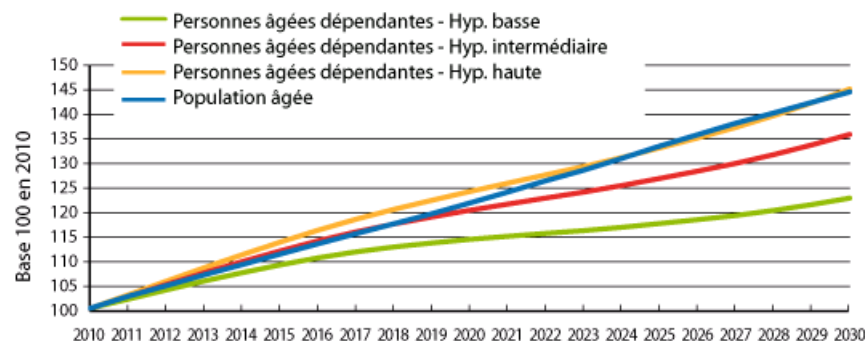
L'erogazione delle prestazioni, invece, può essere effettuata da operatori sia pubblici che privati.

Lo Stato determina a livello nazionale le tariffe delle prestazioni erogate nelle strutture pubbliche o private convenzionate.

Per quanto riguarda l'assistenza agli anziani non autosufficienti, il problema è stato regolamentato con la legge del 20 luglio del 2001.

L'allocation personnalisée d'autonomie (Apa)

La population âgée potentiellement dépendante augmenterait de 23 % à 45 %
Évolution de la population âgée potentiellement dépendante selon trois scénarios -
Projections 2010-2030

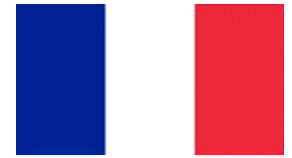


Sources : Omphale 2010 Insee, Enquêtes Handicap-Santé 2008-2009 Insee-Drees, Recensement de la population 2007



Francia

Long Term Care



Le prestazioni vengono erogate attraverso un contributo in denaro finalizzato all'acquisizione di prestazione di "care", sia per cure domiciliari che per pagare cure residenziali.

Il grado di autosufficienza viene misurato avvalendosi di una griglia (Autonomie Gerontologique Groupe Iso-Ressources –AGGIR) con l'utilizzo di 17 variabili. Accedono all'allocation personnalisée d'autonomie (APA) solo coloro che rientrano nei primi quattro gruppi.



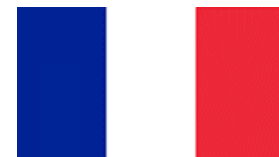
AGGIR
stands for
Autonomie, Gérontologie,
Groupe Iso-Ressources
...
by allacronyms.com



Vi è un massimo di esborso monetario per ognuno dei quattro gradi di non autosufficienza ma il benefit viene ridotto a seconda del reddito: una persona con un reddito molto elevato riceve solo il 10% del valore massimo monetario del suo grado di disabilità. Il valore dell'APA è definito a livello nazionale, sulla base di tariffe nazionali per ciascun grado di mancanza di autonomia eliminando

Francia

Long Term Care



Simplifiez-vous la vie!

L'accertamento delle condizioni di eleggibilità è affidato ad una apposita equipe socio-sanitaria che stabilisce lo **stato di bisogno dell'anziano**, incluse le sue condizioni sociali (aiuti informali, condizioni abitative), e formula un **"piano d'aiuto"** per determinare le ore di assistenza di cui l'assistito necessita.

Inoltre, gli anziani non autosufficienti che rimangono nel proprio domicilio possono assumere una o più persone la cui remunerazione può essere versata dallo Stato direttamente al soggetto che presta l'assistenza mediante lo **"cheque emploi-service" (CES)** o accreditata mensilmente sul conto corrente dell'assistito.



Per coloro che sono ricoverati in strutture residenziali, il contributo viene invece versato direttamente alla struttura per la copertura della retta giornaliera predefinita a livello nazionale.

Italia

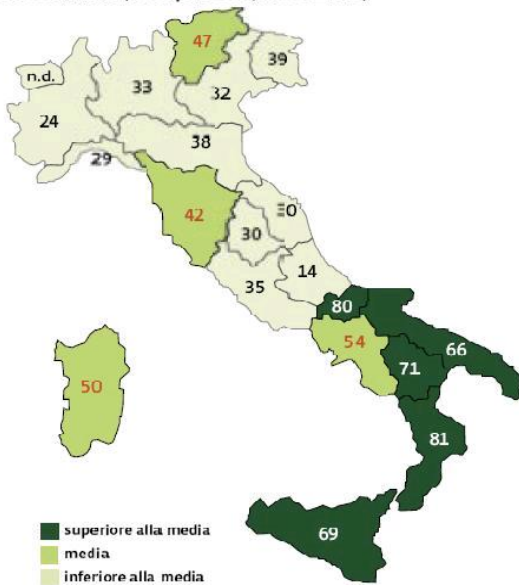
SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato istituito con la “Legge n. 833 del 23 dicembre 1978”

- 1) **universalità** dei destinatari e delle garanzie
- 2) **solidarietà** nella contribuzione al finanziamento
- 3) **uguaglianza** nell’accesso ai servizi sanitari



Rinunce a servizi/cure mediche per problemi economici (% di persone, anno 2009)



Il modello italiano conferisce ai cittadini la **libertà** di scegliersi l'erogatore. Nel SSN il Ministero della Salute, tramite il Piano Sanitario Nazionale determina i **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** da garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale ai cittadini.

è compito delle **Regioni** attuare i LEA secondo le esigenze della popolazione locale, organizzare i servizi, erogare le prestazioni e stabilire i criteri di finanziamento



Italia

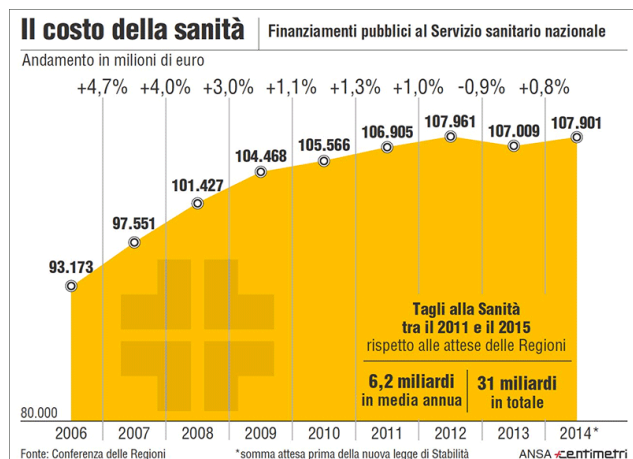
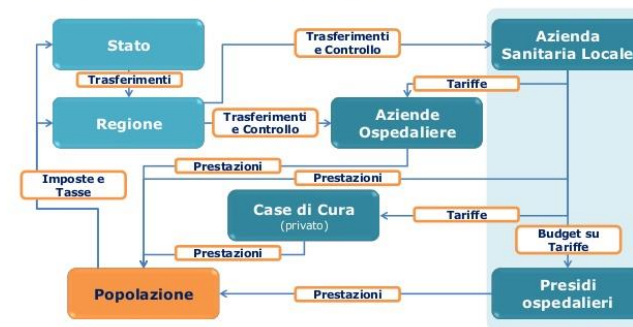
SSN il modello organizzativo



L'assistenza per non autosufficienza è separata in due distinti settori, sociale e sanitario.

Lo Stato fornisce le **direttive** principali in materia di sanità ed assistenza, controlla l'**uniformità** dei trattamenti, **ripartisce** le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali ed **eroga** direttamente prestazioni in denaro a sostegno degli anziani e dei disabili. I trattamenti sono programmati e regolamentati dalle **Regioni**, i cosiddetti **assegni o buoni Sociali, voucher socio-sanitari e Fondo per la Non Autosufficienza**, mentre a livello locale spettano alle Asl spettano l'erogazione delle **prestazioni sanitarie** e delle prestazioni **sociosanitarie** ed ai Comuni le funzioni di erogazione e finanziamento e le **prestazioni sociali** anche se a rilevanza sanitaria.

Il Servizio Sanitario Nazionale Italiano Il Modello Organizzativo su Base Nazionale



Nell'erogazione del complesso di prestazioni caratterizzanti la Long Term Care vengono coinvolti molteplici operatori pubblici e privati (dei settori profit e non profit e i prestatori di cure domiciliari "badanti"), con competenze diverse e non di rado sovrapposte, definite a livello legislativo.



Italia



Tipologia di Assistenza

Si definisce **informale**, l'assistenza prestata da persone come i familiari (primary network) , gli amici o i vicini di casa che rappresentano il nucleo essenziale del sostegno disponibile per la gran parte degli anziani in Italia. Se le cure sono fornite da un infermiere, medico o da un qualsiasi altro professionista, l'assistenza si dice **formale**.

La forma più estrema di assistenza familiare è la “**co-residenza**” che permette un controllo costante sull'assistito ma comporta un enorme carico di lavoro e di natura psicologica sulla famiglia.

L'assistenza formale si divide in:

1) Domiciliare

- a) Assistenza domiciliare a carattere sociale
- b) Cura domiciliare (Assistenza infermieristica, ADP, ADI OD...

2) Residenziale

- a) **RA**: residenze assistenziali orientate alla risposta a bisogni di natura prevalentemente socio assistenziale e destinate a soggetti con un buon grado di autosufficienza;
- b) **RSA**: residenze orientate a rispondere a bisogni sanitari congiunti a diverso grado di necessità sociale.



Italia



Livello di Servizio

Da una recente analisi condotta dall'ISTAT nel 2010 è emerso:

- 1) Aumento della popolazione anziana ospite di residenze socio-assistenziali e la diminuzione degli ospiti autosufficienti.
- 2) Si è inoltre assistito all'aumento delle RSA ed una diminuzione delle RA per la maggior parte concentrate tra Nord e Centro scarse al Sud.
- 3) L'attività di assistenza dell'anziano nella vita di tutti i giorni è spesso demandata alla rete informale.
- 4) Quando il bisogno di assistenza si trasforma in un bisogno di cura, gli aiuti informali sono insufficienti e le strutture ospedaliere si trovano a far fronte alla mancanza di servizi più appropriati.
- 5) l'offerta di assistenza LTC non è coerente con in bisogni della popolazione. I motivi prevalenti sono una cattiva valutazione dei bisogni e scelte del SSN focalizzato sulla cura anziché l'integrazione socio sanitaria.





Riflessioni

Migliorando le nostre disponibilità

- 1) E' opportuno focalizzare l'attenzione su specifiche modalità di offerta LTC più adeguate alla domanda
- 2) Adeguate finanziamenti appositamente indirizzati per migliorare la LTC in termini di accessibilità, qualità e sostenibilità
- 3) Maggior coordinamento tra gli operatori pubblici e privati favorendo l'integrazione
- 4) Estensione a livello Nazionale delle politiche virtuose di alcune regioni.

The 4-step plan



Guardando all'esperienza internazionale

- 1) L'invecchiamento amplificherà la platea dei richiedenti e i costi per la gestione delle prestazioni. Sarebbe opportuno valutare forme di assicurazione obbligatoria collettiva come l'esempio tedesco
- 2) Sensibilizzare maggiormente la popolazione più giovane sui temi trattati favorendo la creazione di risorse finanziarie private finalizzate.

Italia

Attuari quali opportunità!

Il settore è altamente dinamico richiede specializzazione, competenze tecniche ed investimenti

Sempre più viene richiesto di utilizzare modelli sofisticati (**multivariati**) per la quantificazione del rischio e delle prestazioni a carattere sanitario e assistenziale di breve periodo

Allo stesso tempo l'esperienza e le competenze degli attuari nel saper gestire i rischi di lungo periodo posizionano la nostra professione come la più qualificata per lo sviluppo di modelli e di soluzioni finalizzati a fronteggiare la maggior richiesta di servizi per la non **autosufficienza**.



GRAZIE

Domande?



**ORDINE NAZIONALE
DEGLI ATTUARI**

**CONSIGLIO NAZIONALE
DEGLI ATTUARI**

