



La presa in carico della perdita di autonomia (dipendenza) in Europa: un'urgenza sociale!

Alcuni fatti e riflessioni...

La perdita di autonomia, una sfida da raccogliere

Se l'handicap e la perdita di autonomia non sono strettamente legati all'età, l'aumento della longevità avrà certamente un'incidenza. In effetti, non ci sono dubbi che l'aumento della fascia degli ultra 80enni nella popolazione avrà una conseguenza sulla futura domanda di servizi legati alla perdita di autonomia o all'handicap. Anche delle proiezioni a lungo termine sono sempre da maneggiare con prudenza, secondo lo scenario fissato dalla Commissione europea, già nel 2009, le spese pubbliche per la presa in carico delle cure legate alla dipendenza dovrebbero almeno raddoppiarsi, in proporzione al PIL, da qui al 2050 (scenario di riferimento valutato): esse dovrebbero essere dell'ordine dal 2,2% al 2,9% del PIL nel 2050, contro circa l'1,2% del 2007.

Attualmente, la metà dei beneficiari dei servizi di cura di lunga durata hanno più di 80 anni, ma un beneficiario su 5 ha meno di 65 anni. L'handicap e la perdita di autonomia non sono un problema legato unicamente all'età avanzata, anche se la prevalenza aumenta nettamente con essa.

Una situazione sociale che si degrada

L'Europa è una delle regioni più prospere del mondo ma, nello stesso tempo, la povertà non smette di guadagnare terreno.

- Nel 2011, il 24,2% della popolazione è minacciata dalla povertà, ovvero 120 milioni di persone, contro il 23,4% nel 2010 e il 23,5% nel 2008
- Un bambino su cinque è toccato dalla povertà

Ma il rischio di povertà riguarda ugualmente le persone anziane

- In 10 paesi su 27, il rischio di povertà per le persone di oltre 65 anni è superiore a quello della popolazione attiva (18-64 anni)
- In 8 paesi su 27, le persone anziane sono più povere di tutte le fasce di popolazione riunite
- Se le donne (17%) e soprattutto le donne sole (25%) sono in generale più minacciate dalla povertà rispetto agli uomini (16%), tale rischio è ancora più elevato presso le donne anziane (22%) che presso gli uomini anziani (17%)
- Il 30,9% delle donne anziane e sole deve provare a vivere con meno di 878€ al mese

I problemi che si pongono: situazioni diverse in seno all'Unione, fonti di disuguaglianza nella presa in carico

In termini di finanziamento pubblico:

- Nel 2008, sono stati la Svezia e i Paesi Bassi a consacrare la parte più forte del loro PIL – circa il 3,5% - alla copertura delle cure di lunga durata
- Francia, Finlandia, Danimarca e Belgio: un po' più dell'1,5%
- I paesi del Sud Europa e dell'Europa Centrale e orientale: meno del 0,6%

In termini di modalità di copertura: quattro tipi di modelli differenti in seno all'Unione (anche con sfumature nell'applicazione all'interno dei vari paesi o di incroci tra modelli diversi e con evoluzioni in corso):

il modello liberale (ad esempio il Regno Unito): la solidarietà è assicurata prioritariamente dal mercato e poi dalla famiglia. I più poveri possono fare ricorso ad un sistema di assistenza. E' l'individuo considerato responsabile della copertura della sua perdita di autonomia: le persone anziane possono aver ricorso ad assicurazioni private o a forme di risparmio per accedere ai servizi di cui hanno bisogno

il modello familista (ad esempio l'Italia): è la famiglia che era o che resta il cardine dominante della solidarietà, come prevede la legge con l'affermazione dell'"obbligo alimentare". A questo sostegno della famiglia si aggiungono spesso dispositivi sviluppati a livello locale, il che può tradursi in importanti disuguaglianze territoriali, in termini di accesso

il modello corporativo (ad esempio la Germania): la solidarietà professionale è alla base del sistema. La perdita di autonomia è concepita come un "rischio sociale", al quale corrisponde una assicurazione sociale finanziata da contribuzioni e gestita in un quadro paritario tra datori di lavoro e lavoratori(trici)

il modello "socialdemocratico" (esempio Danimarca, Svezia e Paesi bassi): la cittadinanza costituisce il principio dominante della solidarietà. Ogni cittadino(na) ha dei diritti sociali comprendenti un insieme di servizi pubblici che permettono di rispondere ai bisogni, in caso di perdita dell'autonomia. Il finanziamento del sistema riposa sull'imposta, a livello nazionale e locale. Le prestazioni di cura e di aiuto sono fornite in natura.

Un settore professionale poco attrattivo e degli "aiutanti familiari" poco o affatto riconosciuti

I mestieri legati alla copertura della perdita di autonomia appaiono spesso ancora poco attrattivi. Alcuni paesi conoscono o anticipano già importanti difficoltà nel reclutamento in questo settore, in particolare l'Italia e l'Austria, dove è frequente il ricorso a mano d'opera immigrata. Tale ricorso è ancor più rilevante quando nel paese il sistema di copertura collettiva è debole, le strutture sono insufficienti e l'accesso particolarmente oneroso per gli individui e/o le loro famiglie, il che rafforza

il mantenimento delle cure dispensate a domicilio. Occorre anche sottolineare che la mano d'opera immigrata proviene spesso dall'Europa centrale, dall'Asia o dall'Africa, troppo spesso in maniera illegale il che determina il fenomeno di lavoratrici sfruttate perché "flessibili"...

Parallelamente alla diminuzione della mano d'opera disponibile nel settore formale della copertura, gli "aiutanti informali" o familiari potranno essere meno presenti in avvenire, in ragione:

- Delle incertezze demografiche (invecchiamento della popolazione in età lavorativa)
- Del fenomeno di una implicazione più forte delle donne nel mercato del lavoro nell'insieme dei paesi dell'Unione
- Dell'evoluzione dei modi di vita e delle strutture familiari (distanze geografiche più importanti, ricomposizioni familiari più frequenti, ecc.)

Infine, gli aiutanti familiari/aiutanti di prossimità, 2/3 dei quali donne, assicurano l'80% delle ore di aiuto e di cura fornite alle persone in perdita di autonomia. Esse devono occuparsi di compiti che talvolta richiedono una certa "professionalità", devono anche poter beneficiare di dispositivi di aiuto. Hanno anche bisogno di riconoscimento sociale, perché sono sotto tensione quasi permanente.

Risorse che diminuiscono e spese che aumentano

Dappertutto in Europa, i budget sociali sono rivisti al ribasso riportando come conseguenza, per le persone anziane, un congelamento o un calo delle loro pensioni. Nello stesso tempo, le spese private connesse alla perdita di autonomia – al di là delle spese sanitarie, generalmente coperte nel quadro dei sistemi sanitari pubblici – sono relativamente elevate. Uno studio dell'OCSE (Eco-santé 2010) mostra che arrivano per esempio al 31% delle spese complessive in Germania, al 27% in Slovenia o al 25% in Spagna....

Tra un paese e l'altro esistono differenze significative nel livello di ciò che rimane a carico del beneficiario della prestazione. Quando un aiuto esiste, esso è spesso plafonato (Francia, Italia, Spagna, Repubblica ceca) e/o può essere sottoposto a criteri di reddito, il che può portare a situazioni come nel Regno Unito, dove l'accesso a centri medici di lunga durata è sottoposto a criteri di reddito e di patrimonio e il richiedente deve spogliarsi del suo patrimonio per poter beneficiare di una copertura di cure di lunga durata in tali strutture.

Un ruolo aumentato delle strutture provenienti dal settore privato, il che non è senza conseguenze sulla qualità dei servizi forniti

Molti paesi, dove le strutture avevano uno statuto prevalentemente pubblico, in questi ultimi anni è cresciuto il numero degli istituti a statuto privato, a detrimento delle strutture del settore associativo che giocavano un ruolo di primo piano. Così è successo per esempio nel Regno Unito e in

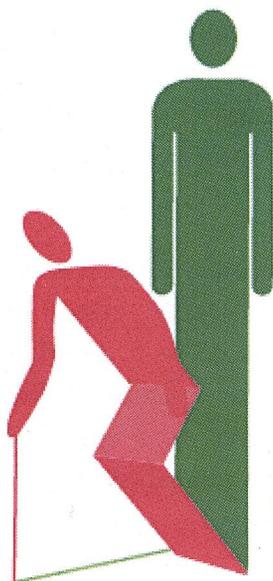
Germania. In questi paesi, tra il 1999 e il 2007, il numero delle strutture private è aumentato di quasi il 40%, mentre quello delle strutture pubbliche è diminuito del 15%. Molti studi – come il riscontro sul campo – dimostrano che il fatto che tali strutture private siano a scopo non lucrativo o a scopo lucrativo, non è privo di conseguenze rispetto alla qualità delle cure/servizi che vi vengono dispensati.

Per di più, l'intrusione del privato a scopo lucrativo determina diseguaglianze sulla base di criteri finanziari....

In conclusione c'è oggi, in seno all'Unione europea, l'urgenza di prendere misure affinché il "diritto a vivere e ad essere curati nella dignità" iscritto nel Trattato sul Funzionamento dell'Unione europea e poiché l'Unione ha fatto del 2013, l'"Anno della cittadinanza europea" divenga una realtà per tutte le cittadine e i cittadini dell'Unione, qualunque sia il loro handicap, la loro età, i loro redditi o la loro collocazione geografica.

NOTA

Tra tutte le fonti d'informazione che hanno permesso di realizzare questa breve nota di sintesi, ricordiamo le statistiche di Eurostat, il rapporto 39-2011 della documentazione francese "La sfida dell'accompagnamento dell'età avanzata" e il rapporto "La lotta contro la povertà in Europa e in Francia" realizzato congiuntamente nel 2010 dalla ONG *Pour la Solidarité* e dalla fondazione *Caritas France*



**Pour
le droit
à vivre
et à être
soigné
dans la
dignité**