

Per chi vuole saperne di più .....

## La “non autosufficienza” in Europa, con l’Italia in preoccupante ritardo.

L’Italia sta diventando un “paese per vecchi”. Dal 2001 al 2011 gli over 65 anni sono passati dal 18,7% al 20,8%. Con un sensibile aumento dei “grandi vecchi” ultra 85enni, in particolare con 17mila ultracentenari. Segno di benessere, nonostante la crisi, e di buone abitudini. Ma inevitabilmente aumenta anche il numero di anziani colpiti da malattie croniche e invalidanti, quali Parkinson ed Alzheimer. Fonti Censis e Istat indicano oltre 2,7 milioni di persone non autosufficienti parziali o totali, con un trend in salita a 3 milioni nel 2015. Di cui un consistente numero richiede assistenza adeguata e continuativa.

**L’Italia affronta la sfida della “non autosufficienza” con il solito preoccupante ritardo**, e con Comuni e Asl che faticano a rispondere alla domanda attuale di assistenza. Nonostante la crisi economica in atto diventa sempre più urgente affrontare il problema “non autosufficienza”, con un piano organico che oltre a razionalizzare l’utilizzo delle diverse risorse a disposizione risponda adeguatamente alla richiesta di aiuto delle persone e famiglie con servizi domiciliari, monetari e residenziali. Oggi, a pagare sono le famiglie fino a 1500 euro mese per una badante, e non meno di 50 euro medie al giorno per un letto assistito in Rsa.

**La “non autosufficienza” è ormai, dopo la disoccupazione, la prima causa di impoverimento delle famiglie italiane.** Quadro drammatico in Italia, mentre altri paesi in Europa hanno avviato da tempo nuove politiche, e danno assistenza a domicilio all’8,83% di anziani contro il nostro 3,27%, peraltro non omogeneo in tutte le regioni. In Europa si passa dalla fiscalità generale con tasse di scopo alla assicurazione obbligatoria ma, almeno, i nostri vicini hanno cercato soluzioni per affrontare organicamente la “non autosufficienza”.

*Nel giugno 2011 “Quotidiano Sanità” ha pubblicato un contributo di Grazia Labate, ricercatrice in economia sanitaria e docente presso l’Università di York (Uk), sullo scenario delle politiche sociosanitarie in Europa. I sistemi e l’organizzazione assistenziale presentano significative differenze nei vari paesi dell’Unione europea, sia per i modelli sanitari e sociali adottati, sia per il modo in cui gli stessi si integrano e si coordinano, sia per il rapporto tra essi e le diverse modalità esistenti nell’unione, di soggetti ed istituzioni non profit o for profit, che concorrono ad affrontare le politiche per la non autosufficienza. Le società europee stanno rapidamente cambiando. I cittadini europei vivono sempre più a lungo e si sono modificati, nel profondo, gli schemi familiari tradizionali. Abbiamo riportato uno stralcio di questa interessante analisi:*

### **In Europa lo scenario è complesso**

La speranza di vita nelle società europee ha registrato un netto miglioramento negli anni.

- 1950 speranza di vita: 43,5 anni per gli uomini e 46 anni per le donne;
- 2000 speranza di vita: 75,5 anni per gli uomini e 81,4 anni per le donne;
- 2050 speranza di vita: 82 anni per gli uomini e 87,4 per le donne

Sessanta anni di pace, progressi accelerati in campo biomedico, miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, hanno fatto sì che la maggior parte dei cittadini europei goda attualmente di un pensionamento tutelato, più lungo, più attivo che incide radicalmente sui sistemi di previdenza sociale. Si prevede che la relativa spesa raggiungerà il 2,5% del Pil europeo entro il 2030 ed il 4,3% entro il 2050.

I tassi di natalità registrano in tutte le regioni europee un calo, anche se elementi comuni, indicano che ovunque il desiderio di maternità/paternità, rimane spesso insoddisfatto. Tali tendenze demografiche faranno aumentare rischi sociali, quali la dipendenza delle persone anziane e l'isolamento sociale. **Attualmente in Europa il 28% degli ultrasessantenni vive da solo.** Circa due terzi delle persone con età superiore a 75 anni deve ricorrere ad una assistenza non ufficiale, prestata essenzialmente da badanti o dai familiari più stretti ed in particolare da donne. **Un anziano su 6 vive in povertà.** Le donne anziane sono particolarmente esposte al rischio di ricevere pensioni basse a causa di un percorso lavorativo incompleto. L'immigrazione sta mettendo alla prova l'efficacia delle strategie di integrazione degli stati membri, soprattutto nelle grandi città europee e nelle regioni frontaliere.

### **Assistenza e tutela della salute della popolazione anziana nella UE**

I modelli per affrontare il tema dell'assistenza e della salute della popolazione anziana si possono classificare in cinque categorie:

1. sistema universalistico con la copertura pressoché totale del costo delle prestazioni mediante la fiscalità generale (Danimarca e paesi del Nord Europa);
2. sistemi obbligatori con assicurazione obbligatoria LTC per tutta la popolazione, con prestazioni fornite sia dall'assicurazione contro le malattie e sia da un apposito fondo assicurativo (Paesi Bassi);
3. sistemi con la presenza di un'assicurazione sociale obbligatoria sottoscritta dai lavoratori, realizzata mediante la contribuzione a casse mutue oppure la sottoscrizione di una polizza privata (Germania, Austria, Lussemburgo);
4. sistemi di copertura nei casi di bisogno, dove l'erogazione delle prestazioni è suddivisa fra sistema sanitario nazionale e enti locali (Irlanda e Regno Unito);
5. sistemi misti, alle tradizionali assicurazioni sociali (casse malattia, vecchiaia) si affianca un sistema di assistenza sociale a carico della fiscalità generale (Belgio, Spagna, Francia).

### **Passiamo ora al confronto tra alcune principali caratteristiche delle soluzioni adottate in alcuni paesi dell'Ue**

**Austria:** la riforma del '93 ha introdotto un programma universale di supporti alle persone non autosufficienti. Il finanziamento proviene dalla fiscalità generale. L'individuazione dei beneficiari è basata esclusivamente sul grado di disabilità. Il reddito ed il patrimonio sono considerati per determinare la compartecipazione al costo solo nel caso di cure intensive. Viene erogato un sussidio universale per tutti i non autosufficienti in relazione al grado di disabilità. L'incidenza del costo della non autosufficienza sul Pil è dello 0,7% pari a 14 miliardi e 700mila euro per assistere il 70,6 della popolazione over 65 ed il 29,4% della popolazione over 75.

**Germania:** dal 1995 è stata introdotta una specifica assicurazione obbligatoria, che si integra con le altre 4 già presenti nel Welfare tedesco. Il sistema è finanziato da una imposta (contributo assicurativo) dell'1,7% sul reddito da lavoro, equamente divisa tra lavoratore e datore di lavoro. L'accesso ai servizi è garantito da una perizia medica che provvede a quantificare il bisogno e ad inserire il soggetto in una delle 3 classi a cui è associato un volume diverso di prestazioni da scegliere tra residenziale, domiciliare e monetario. Non è prevista alcuna limitazione né per l'età, né per il reddito o il patrimonio posseduti. Se la classe nella quale il soggetto è stato inserito prevede l'assistenza residenziale, il vitto e l'alloggio sono pagati dall'assicurazione pubblica solo per gli indigenti. Ne usufruiscono circa 2 milioni di persone, di cui il 63,3% ha 75 anni o più ed il

14,7% è di età inferiore ai 65 anni, il 68% dell'assistenza viene erogato a domicilio ed il 32% in residenze. I costi nel 2008 erano pari all'1,2% del Pil cioè circa 18,9 miliardi di euro (fonte Economic Policy Committee Of European Commission).

**Irlanda:** le prestazioni per gli anziani non autosufficienti sono erogate dal servizio sanitario pubblico e finanziate dalla tassazione generale. I servizi sono garantiti sulla base delle necessità stimate da un apposito Health Board. In genere non sono previste preclusioni per motivi di età, ma è previsto un means test per l'accesso alle varie prestazioni. L'assistenza residenziale è riservata per coloro i quali sia stata accertata l'impossibilità fisica e sociale della permanenza a domicilio. E' prevista una compartecipazione al costo, fatti salvi gli indigenti, fino all'80% del reddito dell'anziano. Criteri più stringenti sono previsti per la permanenza in strutture private convenzionate che vedono il concorso della famiglia di appartenenza fino al 100% del costo della retta. L'assistenza domiciliare è erogata dal programma di Community based care, in parte sottoposta a means test. Non sono previsti sussidi monetari. Il costo incide per circa lo 0,7% del Pil e cioè 1miliardo e 215 mila euro.

**Olanda:** le prestazioni per gli anziani non autosufficienti sono coperte da uno dei tre pilastri sul quale si basa la sanità olandese. Il finanziamento proviene da contributi assicurativi, secondo uno schema pubblico a ripartizione, ma vi è anche la possibilità di scegliere un fondo di assistenza privato. L'assistenza residenziale vede una compartecipazione al costo in base al reddito, l'assistenza domiciliare in base al programma personalizzato dal medico di base e dal geriatra. E' prevista l'erogazione di un sussidio monetario, qualora l'anziano rimanga al proprio domicilio, ma ha un reddito basso o sia indigente. Il 43% degli over 65 è assistito in residenze ed il 57% a domicilio. Il costo per la non autosufficienza è pari allo 0,5% del Pil, corrispondente a circa 20,5 miliardi di euro nel 2008 con contributi del 12,15% ed un costo mensile oltre il contributo versato, di circa 320 euro a persona.

**Norvegia:** il sistema pubblico eroga un rilevante volume di servizi e prestazioni finanziati dalla fiscalità generale con una compartecipazione degli utenti. La fornitura delle prestazioni è organizzata su base locale. Per i requisiti di accesso viene fatta una valutazione da un team di esperti che colloca i soggetti in uno dei tre seguenti gruppi di prestazioni: cure residenziali, semiresidenziali e domiciliari. Non è prevista alcuna limitazione legata a motivi di età o di reddito posseduto. L'assistenza residenziale è distinta in residential home, usata solo per degenze di lunga durata di disabili gravi e nursing home per degenze temporanee in centri diurni. Esiste poi lo sheltered housing che combina la vita indipendente con servizi di cura ed assistenza. La soluzione residenziale comporta una compartecipazione al costo di circa l'80% del reddito dell'utente. L'assistenza domiciliare prevede 2 tipi di intervento. L'assistenza domiciliare home help con fornitura di cure ed assistenza domiciliare con partecipazione al costo, home nursing, che fornisce assistenza medica senza alcun onere per l'utente. E' previsto un sussidio retributivo per le persone che si prendono regolarmente cura di un non autosufficiente. Il costo incide per il 3,5 del Pil pari a circa 22 miliardi e 900 mila euro.

**Spagna:** l'assistenza agli anziani non autosufficienti è organizzata su base regionale ed il finanziamento proviene dalla fiscalità generale. Variano da regione a regione i criteri di eleggibilità, i servizi offerti, le compartecipazioni al costo. In generale è previsto il means test. L'assistenza residenziale varia da regione a regione. In generale è prevista una compartecipazione al costo del 75% della pensione oltre ad un contributo aggiuntivo per coloro che hanno un reddito superiore ai 70 000 euro l'anno. Le modalità di assistenza domiciliare variano anch'esse da regione a regione e per le prestazioni monetarie si prevede un sussidio per la soglia di indigenza. Il costo totale rappresenta lo 0,7 del Pil pari a 18 miliardi e 300 mila euro per assistere circa il 70% della popolazione over 65 ed il 30% degli over 75.

**Svezia:** il settore pubblico eroga un rilevante volume di servizi finanziati dalla fiscalità generale, su base locale con una compartecipazione degli utenti. La fornitura è organizzata su base locale. I requisiti di accesso si basano sulla valutazione del bisogno. Non è prevista alcuna preclusione in base all'età o al reddito. L'assistenza residenziale è concessa solo in caso di elevato bisogno e assenza di una rete familiare, sono previsti ricoveri diurni per alleggerire il carico del care giver familiare. Per l'assistenza domiciliare è prevista la figura del care manager che decide modalità ed entità delle cure. È richiesta una compartecipazione al costo da parte dell'utente in relazione alla qualità dei servizi utilizzati. Sono previsti per l'assistente familiare un sussidio economico e la possibilità di partecipare a corsi di formazione. In alcune regioni è prevista la possibilità di assunzione da parte del governo locale del care giver con compiti di assistenza di un malato terminale. Il costo rappresenta il 3,8% del Pil, circa 22 miliardi e 600 mila euro per assistere il 75,7% della popolazione over 65 ed il 24,3% della popolazione over 75

**Regno Unito:** l'assistenza continuativa è coordinata su base locale. Il finanziamento proviene dalla fiscalità generale, sebbene sia spesso richiesta una compartecipazione al costo variabile in base al reddito ed al patrimonio dell'utente. La valutazione è effettuata dal governo locale, attraverso il primario care trust, PCT. Non è prevista nessuna preclusione in base all'età, mentre è previsto il means test. L'assistenza residenziale è prevista per tutti coloro per i quali sia stata ritenuta necessaria. La compartecipazione ai costi varia in relazione al reddito e al patrimonio e non ha luogo se la valutazione sta nei 30.000 euro annui. I sussidi pubblici per coloro che si rivolgono a strutture private variano da regione a regione. L'assistenza domiciliare è individuata da un team del PCT e la compartecipazione al costo è responsabilità dei regolamenti fissati dai consigli di contea in base ai principi nazionali del Social Act. Le prestazioni monetarie sono previste per coloro, carer's allowance, che prestano almeno 35 ore alla settimana di assistenza ad una persona che riceve sussidio economico per la sua condizione di non autosufficienza e disabilità grave. Il libro bianco dell'ex governo laburista aveva riformato il Social Act prevedendo la possibilità di poter effettuare un'assicurazione complementare o la sottoscrizione con la più grande società di mutuo soccorso BENEDEN, di un pacchetto di prestazioni di assistenza domiciliare tutte le volte che a livello di PCT i servizi non potessero essere assicurati in tempo utile. Per queste forme si prevedeva un tetto di deducibilità fiscale. Tutto ciò in coerenza con la riforma del NHS avviata un anno fa sul binario della CHOISE : QUALITY CARE. Non è noto come si muoverà il governo Cameron che deve gestire la crisi finanziaria che stiamo attraversando, ma quel che è certo è che il NHS ed il Social ACT riformati sono una necessità percepita da tutti gli inglesi. Il costo della non autosufficienza rappresenta l'1,1% del Pil, pari a circa 19 miliardi e 300 mila euro e copre l'assistenza del 77% degli over 65 ed il 23% degli over 75.

**Francia:** le prestazioni per la non autosufficienza sono gestite da un sistema pubblico a ripartizione attraverso l'assicurazione sociale e le casse previdenziali. Il loro finanziamento avviene attraverso un contributo di solidarietà (COTISATION SOLIDARITE' AUTONOMIE) pari allo 0,30% del salario. Sono previste compartecipazioni al costo. I requisiti d'accesso sono basati sul bisogno espresso dal soggetto e sulla sua condizione economica. L'età funziona da discriminante. È previsto un programma per disabili con meno di 20 anni, uno per chi ne ha meno di 60, uno per chi ne ha più di 60 ed infine uno per chi ne ha più di 65. La soluzione residenziale è gravata da una compartecipazione basata sui costi sostenuti e sul reddito e patrimonio dell'utente. Il sussidio erogato dipende anche dall'età del soggetto. L'assistenza domiciliare è valutata con un pacchetto di servizi e prestazioni insieme allo stato di bisogno ed alle risorse del soggetto. Sono inoltre previsti 2 sussidi monetari, non cumulabili, di importo variabile rispetto alle necessità ed alle condizioni economiche, che devono essere impiegati nell'acquisto di prestazioni assistenziali e mediche. Il costo della non autosufficienza incide per l'1,2% sul Pil essendo pari a 19 miliardi e 450 milioni di euro per far fronte al 72,7% dei bisogni degli over 65 e al 27,3% degli over 75.

### **Italia: viviamo più a lungo, ma non sempre in buona salute**

- ✓ L'Istat al 1 gennaio 2010 indica in oltre 60.045.068 i cittadini residenti nel nostro paese.
- ✓ Il 20% della popolazione ha più di 65 anni, un italiano su 5.
- ✓ 12 milioni di italiani hanno più di 65 anni ed i grandi vecchi con più di 80 anni sono il 5,6% della popolazione.
  - La speranza di vita alla nascita è di 78,6 anni per gli uomini e di 84,1 per le donne.
- ✓ L'indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione con più di 65 anni e quella con meno di 15 anni) registra un ulteriore incremento, raggiungendo un valore pari a 143,1.
- ✓ La vecchiaia è femminile. Le donne sono il 67% delle persone con più di 80 anni. Il numero delle donne vedove è 5 volte superiore a quello degli uomini.
- ✓ A livello regionale, la Liguria è in testa con la maggiore presenza di anziani con età superiore ai 65 anni (26%), seguono la Toscana, l'Umbria, il Piemonte, il Molise. La Campania si posiziona all'ultimo posto con il 15,3%.
- ✓ Il 38,8% dei residenti in Italia dichiara di essere affetto da patologie croniche, la percentuale sale allo 86,9% per gli ultra settantacinquenni.
- ✓ Le malattie croniche più diffuse sono: artrosi/artrite, ipertensione, malattie allergiche, osteoporosi, bronchite cronica e asma bronchiale, diabete.
- ✓ Le malattie degenerative più diffuse: Parkinson, Alzheimer, demenza senile.

### **Il bisogno crescente di assistenza a lungo termine**

La quota di popolazione over 65 si prevede passerà dall'attuale 20% al 21% alla fine del 2011. Nel 2030 raggiungerà il 28%. Fonti Istat indicano che circa il 40% delle persone con più di 78 anni non sia autosufficiente e necessiti di adeguata assistenza. I dati più recenti dell'OMS indicano un aumento delle patologie croniche degenerative legate all'invecchiamento, quali parkinson ed alzheimer ed evidenziano la necessità di garantire all'anziano, parzialmente o totalmente non autosufficiente, un'assistenza adeguata, un servizio flessibile per rispondere alle esigenze del diverso grado di disabilità e del luogo in cui la persona vive. Ancora i dati dell'Oms indicano la necessità di garantire l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria, tra realtà pubblica e privata a sostegno del nucleo familiare o dell'individuo solo, al fine di conciliare un migliore servizio offerto ed un contenimento dei costi. Emerge l'esigenza non soltanto di un supporto finanziario e di servizi alla persona possibilmente domiciliari, ma anche di strumenti di orientamento, counseling, e sostegno alle famiglie.

### **Manca una legge nazionale sulla non autosufficienza**

A differenza di molti paesi europei e d'oltreoceano, l'Italia non si è ancora dotata di un provvedimento specifico, atto ad affrontare il rischio della non autosufficienza, pur avendo il tasso di invecchiamento più elevato d'Europa, ed al contempo, il rapporto spesa sanitaria e spesa sociale/Pil al di sotto della media europea. Che si scelga o meno queste o altre soluzioni, **il problema della "non autosufficienza" in Italia non è più rinviabile.** E' a rischio il nostro sistema sanitario universale che ha contribuito alla speranza di vita a 79 anno per gli uomini e 84 anni per le donne. Occorre un patto di solidarietà tra generazioni che garantisca servizi e dignità ai non autosufficienti e a quanti dopo una vita di lavoro non ce la possono fare da soli.

Milano, luglio 2014

A cura di Pia Balzarini – Emilio Didonè