



*Studio comparativo della FERPA
sulla non autosufficienza negli Stati membri*

Indice

- 1. Premessa*
- 2. I tradizionali modelli di welfare. Cenni*
- 3. La protezione sociale nei Paesi membri*
 - 3.1. La spesa di protezione sociale.*
- 4. Il Problema dell'invecchiamento della popolazione.*
- 5. La nuova emergenza europea: la non autosufficienza*
- 6. Le risposte degli Stati membri*
 - 6.1. I servizi domiciliari*
 - 6.2 I servizi residenziali*
- 7. La spesa ed il finanziamento delle politiche di contrasto alla non autosufficienza.*
- 8. Gli approfondimenti nazionali*
- 9. Considerazioni conclusive*

1. Premessa

I principi di eguaglianza e solidarietà, che costituiscono la struttura di base sui cui regge tutta la costruzione costituzionale della socialità di uno Stato, si ritrovano in numerose Carte fondamentali europee, rappresentando il nucleo forte ed originario su cui i diritti sociali hanno attecchito e, successivamente, si sono sviluppati.

Le norme di tali Costituzioni operano in due sensi: da un lato invocano l'impegno dello Stato a rendere fruibili ed effettive le prescrizioni costituzionali; dall'altro, come rovescio della medaglia e a completamento della costruzione normativa, riconoscono ai cittadini un ampio "ventaglio" di diritti individuali che la dottrina e la giurisprudenza riconoscono come sociali.

Con ciò non si vuole affermare la riconducibilità ad un *unicum* della pluralità dei modelli sociali originati dalle diverse democrazie europee. A dispetto della genesi storica e politica non certo comune dei singoli ordinamenti nazionali e di cui si dirà appresso, però, appare oggi possibile individuare e mettere in evidenza, quali punti di contatto tra questi, i principi di eguaglianza e di solidarietà, ascrivendoli così, a pieno titolo, al nucleo fondante, a quel minimo comune denominatore che va a costituire il patrimonio costituzionale europeo.

Solidarietà ed uguaglianza, dunque, hanno rappresentato il substrato di base su cui hanno attecchito, e si sono sviluppati, gli altri diritti sociali, quantomeno in una larga parte dei paesi europei. Non bisogna, pertanto, dimenticare quali siano state le esigenze che, riconoscendo ed articolando nei diversi Paesi i diritti sociali negli ordinamenti giuridici, hanno dato origine ai moderni Welfare State: combattere la povertà e trasferire dal singolo individuo alla collettività, attraverso la sicurezza sociale, alcuni rilevanti rischi.

Pur con tutte le modifiche intervenute nel tempo, infatti, non è venuta meno la convinzione che la ragione d'essere di ogni welfare consista, principalmente se non esclusivamente, nel duplice tentativo di ridurre le disuguaglianze nella sfera economica e sociale e di offrire sicurezza agli individui.

Tant'è che, pur differenziandosi in svariate esperienze nazionali che rendono difficoltosi tutti i tentativi di comparazione, il ruolo del welfare rimane, ancora, immutato nel tempo. Sono semmai i rischi, le caratteristiche di questi e le entità, che si modificano e si evolvono, portando all'emersione "di nuove emergenze sociali" a cui i paesi faticano a dare risposte concrete e, soprattutto uniformi.

In virtù della relazione esistente tra disuguaglianza effettiva e protezione sociale, pertanto, nasce l'esigenza a livello (nazionale e) sovranazionale di valutare la corrispondenza tra i rischi emergenti e modalità di risposta dei sistemi. Ciò per evitare di disperdere l'*acquis* comunitario raggiunto in questi anni nel (difficile) processo di convergenza verso un modello sociale europeo. Si discute da tempo, infatti, se possa ravvisarsi un Modello sociale che costituisca il nucleo centrale di una condivisione da parte dei governi dei 27 Paesi dell'Unione dell'importanza del ruolo svolto dal Welfare State nel contrasto all'esclusione sociale e alla povertà e al permanere delle disuguaglianze.

Una riflessione su questo punto, e quindi sulle modalità di risposta alle nuove emergenze qual è appunto quella della non autosufficienza, a nostro avviso, non può prescindere da un'analisi dell'esistente nelle aree che rappresentano le dimensioni fondamentali per ciascun Paese: normativa, demografica, economica e di vulnerabilità sociale.

2. I tradizionali modelli di Welfare. Cenni

Come si diceva i sistemi nazionali di welfare, pur essendo in larga parte interessati dai medesimi rischi sociali, ricorrono all'azione di contrasto in modo diverso e, dunque, utilizzano diversamente le risorse per affrontare le sfide che si pongono loro davanti.

I livelli di spesa per la protezione sociale, così come le modalità di finanziamento, infatti, presentando grandi variazioni tra le nazioni dell'UE, disegnano sistemi differenti che, per comodità, vengono tuttavia raggruppati in 4 modelli.

Nel **modello nordico** lo Stato stabilisce il quadro generale dell'organizzazione del mercato del lavoro e lascia alle parti sociali la definizione dei singoli rapporti. L'obiettivo è di assicurare l'uguaglianza, la coesione e l'omogeneità dei gruppi sociali attraverso un'equa redistribuzione delle risorse. Alla base del concetto c'è l'universalità della tutela sociale intesa come diritto di cittadinanza. Quelli scandinavi, dunque, a lungo considerati come tipi (quasi) ideali di welfare state, hanno storicamente privilegiato un sistema di alta tassazione, costruito intorno a due attori fondamentali individui e stato, volto al finanziamento di una forte spesa sociale che permette una consistente offerta di servizi alla famiglia e all'infanzia, con sistemi di tutela per i più deboli che si estendono a tutta la popolazione.

Il **modello continentale** si basa soprattutto sulle assicurazioni sociali. Le prestazioni sociali contributive, relativamente generose, corrisposte ai lavoratori garantiscono, in caso di rischio, una certa autonomia dal mercato. L'importo è legato al livello retributivo del lavoratore. Le assicurazioni sociali sono obbligatorie. Chi non è coperto da contributi può ottenere prestazioni minime, finanziate dalle imposte, a condizione che il reddito non superi una determinata cifra.

I Paesi dell'Europa continentale, pertanto, sono caratterizzati da un livello di spesa sociale abbastanza consistente: in Paesi come la Germania, la Francia, l'Olanda la spesa per la protezione sociale è stata sempre generosa (circa 30% del PIL), e viene finanziata facendo ricorso principalmente ai contributi dei datori di lavoro e dei lavoratori. La spesa sociale, inoltre, finanzia la funzione disoccupazione, salute e disabilità in misura consistente rispetto ad altri regimi di welfare.

Il **modello mediterraneo** è simile a quello continentale per quanto riguarda le prestazioni di garanzia del reddito. Le politiche familiari sono invece poco sviluppate, mentre le pensioni costituiscono la maggiore voce della spesa sociale. Il sistema di protezione sociale dei Paesi mediterranei, in definitiva, pur contenendo al suo interno varie realtà, si differenzia dai precedenti, sia in termini di risorse impiegate che di soggetti destinatari delle risorse. Questi sistemi si caratterizzano per una spesa complessivamente più bassa (circa 25% del PIL), per la scelta dei settori cui destinarla e, in generale per lo scarso rilievo riservato, in termini di risorse, alle voci Famiglia e Figli, sia rispetto al Pil che al totale della spesa. Questa situazione rappresenta un paradosso: si tratta di Paesi che, per tradizione, possono definirsi "familisti" e per i quali i soggetti investiti della responsabilità di assicurare il benessere sono in primo luogo gli individui e le famiglie ma che, tuttavia, osservando i dati non sembrerebbero attribuire alla famiglia e all'infanzia molta rilevanza.

Nel **modello anglosassone**, si ritiene che la tutela sociale debba essere completamente svincolata dal diritto al lavoro e l'intervento dello Stato è marginale. Le prestazioni in danaro (indennità, malattia, disoccupazione, ecc.) erogate dal sistema pubblico di assicurazione nazionale (*National insurance*) sono forfetarie e di importo più basso rispetto a quelle versate nei paesi scandinavi. Questo spiega tra l'altro l'importante ruolo attribuito alle assicurazioni private e ai regimi di previdenza aziendali. Tuttavia, chi non possiede contributi sufficienti ha diritto a prestazioni assistenziali, finanziate in gran parte dalle imposte, soggette all'accertamento dei redditi. La riforma della politica sociale si è focalizzata su due priorità: la riduzione dei costi del *welfare State* per diminuire il deficit pubblico e i prelievi obbligatori; una maggiore efficienza della protezione

sociale, in particolare la riduzione delle liste di attesa nel sistema sanitario e la lotta alla disincentivazione al lavoro.

3. La protezione sociale nei Paesi membri.

La crisi economica che investe l'economia mondiale ha immediati riflessi su tutti i cittadini, non solo dal punto di vista strettamente monetario, ma anche da un punto di vista sociale. La mancanza di reddito o la sua contrazione, infatti, ha come prima conseguenza la diminuzione degli "investimenti" personali in salute rendendo più marcate le differenze e le disuguaglianze nella salute tra Stati e tra cittadini appartenenti a gruppi sociali diversi. In una tale situazione i primi a risentirne sono proprio i cittadini appartenenti alla fasce deboli della popolazione (poveri, disabili, precari, anziani).

In un tale contesto assume ancora maggiore importanza l'entità degli investimenti che i Paesi membri destinano alla protezione sociale. Per spese di protezione sociale, naturalmente, si intende – in linea con la definizione Eurostat – tutte le prestazioni sociali (trasferimenti monetari o in natura) concesse ai singoli od alle famiglie per proteggerli dalle situazioni di rischio o di bisogno, le spese di funzionamento del sistema complesso di protezione, e le altre spese.

Negli studi che analizzano gli scenari di protezione dei differenti Paesi si dovrà tenere presente che in un periodo di scarsità di risorse monetarie dei singoli, infatti, sono gli Stati che dovrebbero farsi carico maggiormente della sicurezza e dell'assistenza dei propri cittadini. Allo stesso modo rilevano, in tali casi, anche le modalità di finanziamento degli investimenti in protezione sociale.

3.1. La spesa di protezione sociale.

L'analisi delle percentuali di PIL investite dagli Stati in protezione sociale evidenzia come la media dei 27 paesi dell'Unione abbia, nel volgere di due anni (dal 2005 al 2007), disinvestito circa l'1% di PIL. Purtroppo i dati Eurostat, pur essendo stati esaminati di recente (la ricerca è della metà di gennaio 2010), non contemplano gli ultimi due anni. Sarebbe, infatti, interessante osservare se gli Stati, negli anni di crisi economica, per rendere effettiva la lotta alle situazioni di esclusione abbiano invertito tale trend negativo, tornando ad aumentare gli "investimenti" in protezione sociale.

Più nel dettaglio, gli Stati che investono la maggior percentuale di PIL in protezione sociale sono (nel 2007) la Francia con il 30,5%, la Svezia con il 29,7%, il Belgio con il 29,5% e la Danimarca con il 28,9%. All'estremo opposto si ritrovano alcuni dei Paesi entrati in virtù dell'ultimo allargamento: Lettonia con appena l'11% del PIL investito in protezione sociale, l'Estonia con il 12,5%, la Romania con il 12,8%, la Lituania con il 14,3%.

Se invece si pone attenzione all'aumento di investimento in protezione sociale nell'ultimo decennio, si può notare come siano stati i Paesi che possono essere raggruppati nel c.d. modello mediterraneo di welfare ad aumentare in maniera considerevole la percentuale di spesa destinata a tale importante funzione sociale: il Portogallo +4,6% (dal 20,2% al 24,8%), la Grecia +3,9% (dal 20,5% al 24,4%) e l'Italia +2,4% (dal 24,3% al 26,7%).

Al contrario i Paesi scandinavi hanno disinvestito una parte del loro PIL storicamente destinato alla protezione sociale: Finlandia – 6% (dal 31,4% al 25,4%), Svezia -3,4% (dal 33,1% al 29,7%), Danimarca -2,3% (dal 31,2% al 28,9%).

I Paesi che appartengono agli altri modelli, invece, mantengono sostanzialmente la linea di spesa intrapresa alla fine del secolo scorso, discostandosi rispetto all'anno preso come riferimento in questa analisi di pochi decimali di PIL.

Spese di protezione sociale percentuale del PIL

Geo/time	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
UE (27 pays)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27,1	26,7*	26,2*
UE (25 pays)	0	0	0	0	26,5	26,7	27	27,4	27,2	27,3	26,9*	26,4*
UE (15 pays)	27,8	27,4	27	26,9	26,8	27	27,3	27,7	27,6	27,7	27,3*	26,9*
Belgique	28	27,4	27,1	27	26,5	27,3	28	29	29,2	29,6	30,2	29,5
Bulgarie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	14,9	15,1
République tchèque	17,6	18,6	18,5	19,2	19,5	19,4	20,2	20,2	19,3	19,2	18,7	18,6
Danemark	31,2	30,1	30	29,8	28,9	29,2	29,7	30,9	30,7	30,2	29,3	28,9
Allemagne	29,4	29	28,9	29,2	29,3	29,4	30,1	30,4	29,8	29,7	28,7	27,7*
Estonie	0	0	0	0	13,9	13	12,7	12,5	13	12,6	12,3	12,5
Irlande	17,6	16,4	15,2	14,6	13,9	14,9	17,5	17,9	18,1	18,2	18,3	18,9
Grèce	20,5	20,8	21,7	22,7	23,5	24,3	24	23,5	23,5	24,6	24,5	24,4
Espagne	21,5	20,8	20,2	19,8	20,3	20	20,4	20,6	20,7	20,9	20,9*	21*
France	30,6	30,4	30,1	29,9	29,5	29,6	30,4	30,9	31,3	31,4	30,7	30,5*
Italie	24,3	24,9	24,6	24,8	24,7	24,9	25,3	25,8	26	26,4	26,6*	26,7*
Chypre	0	0	0	0	14,8	14,9	16,3	18,4	18,1	18,4	18,4	18,5*
Lettonie	0	15,3	16,1	17,2	15,3	14,3	13,9	13,8	12,9	12,4	12,3	11*
Lituania	13	13,7	15,1	16,3	15,8	14,7	14	13,5	13,3	13,1	13,2	14,3*
Luxembourg	21,2	21,5	21,2	20,5	19,6	20,9	21,6	22,1	22,3	21,7	20,3	19,3
Hongrie	0	0	0	20,3	19,6	19,2	20,3	21,2	20,6	21,9	22,4	22,3
Malte	17,5	18	17,9	17,8	16,9	17,8	17,8	18,3	18,8	18,6	18,2	18,1
Pays-Bas	29,6	28,7	27,8	27,1	26,4	26,5	27,6	28,3	28,3	27,9	28,8	28,4*
Autriche	28,9	28,8	28,4	29	28,4	28,8	29,2	29,6	29,3	28,9	28,5	28
Pologne	0	0	0	0	19,7	21	21,1	21	20,1	19,7	19,4	18,1
Portugal	20,2	20,3	20,9	21,4	21,7	22,7	23,7	24,1	24,7	25,3	25,4	24,8
Roumanie	0	0	0	0	13	12,8	13,6	13	12,7	13,2	12,5	12,8
Slovénie	23,5	23,9	24,1	24,1	24,2	24,5	24,4	23,7	23,4	23	22,7	21,4*
Slovaquie	19,5	19,8	20	20,2	19,4	19	19,1	18,2	17,2	16,5	16,3	16*
Finlande	31,4	29,1	27	26,3	25,1	24,9	25,7	26,6	26,7	26,8	26,2	25,4
Suède	33,1	32,2	31,4	31	30,1	30,8	31,6	32,6	32	31,5	30,7	29,7*
Royaume-Uni	27,4	26,9	26,3	25,7	26,4	26,8	25,7	25,7	25,9	26,3	26,1	25,3*

Ciò dimostra, dunque, quanto sostenevamo in premessa: è in atto una ritaratura negli investimenti in protezione sociale da parte di tutti i Paesi appartenenti all'Unione europea. Per capire a fondo le motivazioni di tali scostamenti, tuttavia, è necessario esaminare puntualmente le singole voci di spesa. Come è noto, infatti, la macro-voce "protezione sociale" è composta da più tipologie di spesa: all'interno si ritrovano le spese relative all'invalidità, alla vecchiaia, alle prestazioni per i superstiti, alla copertura della disoccupazione, agli assegni ed alle indennità per la famiglia compresi il sostegno alla maternità e paternità, la copertura per la malattia ed i bisogni sanitari, il sussidio per l'alloggio e le spese non considerate nelle categorie appena esposte (c.d. spese n.a.c.).

Prestazioni sociali per funzione:

(* = valore provvisorio)

INVALIDITA'	VECCHIAIA
-------------	-----------

geo\time	1996	2000	2006	2007
UE (27 pays)	0	0	8*	8,1*
UE (25 pays)	0	8,3	8*	8*
UE (15 pays)	8,5	8,2	7,9*	8*
Belgique	8,7	9,3	6,6	6,6
Bulgarie	0	0	9,1	8,3
République tchèque	7,8	7,7	8,6	8,1
Danemark	10,7	12	14,9	15
Allemagne	8,2	7,8	7,7	7,7*
Estonie	0	6,6	9,5	9,3
Irlande	5	5,3	5,3	5,5
Grèce	4,8	4,8	4,7	4,9
Espagne	7,6	7,9	7,6*	7,6*
France	5,9	5,9	6	6,1*
Italie	7,2	6,1	5,9*	6*
Chypre	0	3,4	4	3,7*
Lettonie	0	7,9	7,3	7*
Lituanie	9,2	8,4	10,6	10,4*
Luxembourg	12,7	13,4	13,2	12,3
Hongrie	0	9,6	9,8	9,6
Malte	5,2	5,8	6,2	6,3
Pays-Bas	12,2	11,8	8,7	9,1*
Autriche	9,8	9,7	8,3	8
Pologne	0	14	9,9	9,6
Portugal	12,6	12,7	9,9	10
Roumanie	0	8,3	8,9	10
Slovénie	8,5	9	8,2	7,8*
Slovaquie	6,4	7,6	8,5	8,5*
Finlande	14,7	13,9	12,7	12,6
Suède	11,7	13,2	14,9	15,3*
Royaume-Uni	10,5	9,4	9,5	9,8*

Geo\time	1996	2000	2006	2007
UE (27 pays)	0	0	39,2*	39,6*
UE (25 pays)	0	40	39,2*	39,5*
UE (15 pays)	37,6	39,9	39,1*	39,4*
Belgique	31,8	33,6	36,6	35,3
Bulgarie	0	0	47,8	46,8
République tchèque	35,5	38,8	38,8	39,7
Danemark	38,8	38	37,9	38,1
Allemagne	31,7	33,7	35,5	35,4*
Estonie	0	43,4	44,4	43
Irlande	19,5	19,5	22,6	22,8
Grèce	49,9	46,4	43,2	43,6
Espagne	40,4	41,6	31,8*	31,9*
France	37,4	38,4	38,1	38,7*
Italie	51,8	52,5	50,8*	51,4*
Chypre	0	41,8	40	40,6*
Lettonie	0	56,9	45,9	44,9*
Lituanie	43,8	43,7	41,1	43,3*
Luxembourg	40	36,8	26,8	27,4
Hongrie	0	35,8	36,3	37,8
Malte	40,3	39,8	42,1	42,3
Pays-Bas	33,7	37	35,2	35*
Autriche	37,7	39,8	41,3	41,7
Pologne	0	44,5	49,5	49,1
Portugal	36,9	37,6	42,1	42,9
Roumanie	0	41,4	41,7	43,2
Slovénie	44,1	43,2	38	39,3*
Slovaquie	31	32,2	38,5	38,3*
Finlande	29,9	31,8	34,3	35
Suède	36,8	37	37,9	39*
Royaume-Uni	40,1	44,4	41,2	41,8*

SUPERSTITI	ALLOGGIO
-------------------	-----------------

geo\time	1996	2000	2006	2007	geo\time	1996	2000	2006	2007
UE (27 pays)	0	0	6,7*	6,6*	UE (27 pays)	0	0	2,3*	2,3*
UE (25 pays)	0	6,7	6,7*	6,7*	UE (25 pays)	0	2,2	2,3*	2,3*
UE (15 pays)	7,2	6,7	6,7*	6,6*	UE (15 pays)	2,2	2,2	2,3*	2,3*
Belgique	10,7	10,6	10,2	10	Belgique	0	0,1	0,5	0,5
Bulgarie	0	0	4,8	4,6	Bulgarie	0	0	0	0
République tchèque	5	4,5	4,3	4,2	République tchèque	0,2	0,7	0,4	0,3
Danemark	0,1	0	0	0	Danemark	2,4	2,4	2,3	2,5
Allemagne	9,5	8,7	7,9	7,7*	Allemagne	1	1,1	2,3	2,3*
Estonie	0	2	0,9	0,8	Estonie	0	0,7	0,3	0,2
Irlande	6,2	5,9	4,9	4,6	Irlande	3,4	2,4	1,8	1,6
Grèce	3,3	3,3	8,1	8,4	Grèce	2,8	3,1	2,2	2
Espagne	4,3	3,1	9,5*	9,4*	Espagne	1,2	0,8	0,8*	0,9*
France	6,2	5,9	6,7	6,6*	France	3,2	3,2	2,6	2,6*
Italie	11,3	10,7	9,6*	9,7*	Italie	0	0	0,1*	0,1*
Chypre	0	6,9	6,3	6,1*	Chypre	0	3,1	2,7	3,5*
Lettonie	0	3,1	2,2	1,9*	Lettonie	0	0,7	0,8	1,2*
Lituanie	3,4	4,1	3,7	3,7*	Lituanie	0	0	0	0*
Luxembourg	3,6	3	9,9	9,9	Luxembourg	0,1	0,6	0,9	0,8
Hongrie	0	5,7	5,9	6,1	Hongrie	0	2,9	2,4	4,1
Malte	10,2	10,8	10,3	10,1	Malte	2,5	1,1	1	1,3
Pays-Bas	5,8	5,4	5,3	5,2*	Pays-Bas	1,4	1,5	1,4	1,4*
Autriche	9	8,3	7,3	7,2	Autriche	0,3	0,3	0,4	0,4
Pologne	0	10,8	11,3	11,1	Pologne	0	0,9	0,6	0,5
Portugal	7,5	7,1	7	7,1	Portugal	0	0	0	0
Roumanie	0	4,3	4,6	4,1	Roumanie	0	0	0	0
Slovénie	2	2	7,5	7,4*	Slovénie	0	0	0,1	0,1*
Slovaquie	5,5	5	5,4	5,5*	Slovaquie	0	0,3	0	0
Finlande	3,9	4	3,6	3,5	Finlande	1,3	1,5	1	1
Suède	2,4	2,2	2,1	2*	Suède	3,1	2,1	1,7	1,7*
Royaume-Uni	3,9	4,3	3,2	3,1*	Royaume-Uni	6,9	5,7	5,7	5,8*
DISOCCUPAZIONE					FAMIGLIA/BAMBINI				

geo\time	1996	2000	2006	2007	geo\time	1996	2000	2006	2007
UE (27 pays)	0	0	5,6*	5,1*	UE (27 pays)	0	0	7,8*	8*
UE (25 pays)	0	6,1	5,6*	5,1*	UE (25 pays)	0	8,3	7,8*	7,9*
UE (15 pays)	7,9	6,1	5,7*	5,2*	UE (15 pays)	8,4	8,3	7,8*	7,9*
Belgique	12,8	11,8	11,9	11,7	Belgique	8,7	8,8	7	7,1
Bulgarie	0	0	2,2	2	Bulgarie	0	0	7,4	8,6
République tchèque	2,6	3,5	3,2	3,5	République tchèque	11	8,5	7,6	9,2
Danemark	13,8	10,5	7,2	5,6	Danemark	12,4	13,1	13,1	13,1
Allemagne	8,6	7,5	6,7	5,8*	Allemagne	10,1	11,2	10,4	10,6*
Estonie	0	1,3	0,9	1,2	Estonie	0	11,9	12,1	11,6
Irlande	15,5	9,6	7,6	7,7	Irlande	13,1	13,7	14,7	14,7
Grèce	4,2	6,2	4,6	4,5	Grèce	8,7	7,4	6,2	6,2
Espagne	14,5	11,6	12*	11,7*	Espagne	2,3	4,9	5,9*	6*
France	8	7,2	6,7	6,1*	France	9,9	9,1	8,5	8,5*
Italie	2,8	1,7	2*	1,8*	Italie	3,5	3,8	4,5*	4,7*
Chypre	0	7,2	5,9	4,8*	Chypre	0	6,3	10,8	10,8*
Lettonie	0	3,8	3,7	3,3*	Lettonie	0	10,2	10,1	11*
Lituanie	2	1,8	1,9	1,9*	Lituanie	7	8,8	8,9	8,7*
Luxembourg	3,4	3,2	4,9	4,9	Luxembourg	13	16,6	16,9	16,6
Hongrie	0	4	3,1	3,4	Hongrie	0	13,2	12,9	12,8
Malte	2,4	2,6	3,4	2,8	Malte	11,8	9,4	6,2	5,9
Pays-Bas	10	5,1	5	4,3*	Pays-Bas	4,4	4,6	5,4	6*
Autriche	6	4,9	5,8	5,3	Autriche	10,9	10,7	10,4	10,2
Pologne	0	4,6	3	2,2	Pologne	0	5	4,3	4,5
Portugal	5,8	3,7	5,5	5,1	Portugal	5,3	5,4	5,1	5,3
Roumanie	0	7,6	2,7	2,2	Roumanie	0	11,8	14,3	13,2
Slovénie	4,3	4,3	3	2,3*	Slovénie	8,5	9,2	8,6	8,7*
Slovaquie	3,5	4,8	3,4	3,6*	Slovaquie	12,4	9	10,5	10*
Finlande	14	10,5	8,5	7,8	Finlande	12,5	12,5	11,6	11,6
Suède	10,3	7,1	5,5	3,8*	Suède	10,7	9	10	10,2*
Royaume-Uni	4,9	3	2,5	2,1*	Royaume-Uni	8,9	6,9	5,9	6*
MALATTIA/BISOGNI SANITARI					SPESE N.A.C.				

geo\time	1996	2000	2006	2007
UE (27 pays)	0	0	29,1*	29,1*
UE (25 pays)	0	27,4	29,1*	29,2*
UE (15 pays)	26,8	27,5	29,2*	29,3*
Belgique	24,6	24,2	25,6	26,5
Bulgarie	0	0	26,1	27,1
République tchèque	36,9	33,6	34,4	33,9
Danemark	17,7	20,2	21,6	23
Allemagne	30	29,4	28,9	29,8*
Estonie	0	32,1	31,2	33,4
Irlande	35,2	41,4	41,1	41,1
Grèce	25,1	26,5	28,7	28,1
Espagne	28,9	29,4	31,2*	31,2*
France	28,2	28,8	29,9	29,9*
Italie	23,2	25,1	26,9*	26,1*
Chypre	0	27,2	25,8	25,2*
Lettonie	0	16,7	29	29,7*
Lituania	30,3	29,8	32,2	30,7*
Luxembourg	26,1	25,4	25,4	26
Hongrie	0	27,9	28,8	25,5
Malte	26,5	29,3	29	29,2
Pays-Bas	27,6	29,3	32,7	32,5*
Autriche	25,1	25,6	25,4	26
Pologne	0	19,6	20,3	22,1
Portugal	31,5	32	29,2	28,3
Roumanie	0	25,9	25,3	23,8
Slovénie	30,8	30,7	32,2	32,1*
Slovaquie	37,5	34,9	30,2	30,8*
Finlande	21,4	23,8	26,2	26,3
Suède	22,1	27	26	26,1*
Royaume-Uni	24	25,5	31,4	30,6*

geo\time	1996	2000	2006	2007
UE (27 pays)	0	0	1,3*	1,3*
UE (25 pays)	0	1,2	1,3*	1,3*
UE (15 pays)	1,3	1,2	1,3*	1,3*
Belgique	2,6	1,7	1,6	2,3
Bulgarie	0	0	2,5	2,5
République tchèque	1	2,7	2,7	1,1
Danemark	4	3,7	3	2,6
Allemagne	0,8	0,5	0,6	0,6*
Estonie	0	2	0,7	0,6
Irlande	2,1	2,1	2,1	2
Grèce	1,2	2,2	2,3	2,3
Espagne	0,8	0,6	1,3*	1,3*
France	1,2	1,5	1,6	1,6*
Italie	0,1	0,1	0,2*	0,2*
Chypre	0	4	4,7	5,2*
Lettonie	0	0,7	1	1,1*
Lituania	4,2	3,4	1,6	1,3*
Luxembourg	1	0,9	2,1	2,1
Hongrie	0	0,9	0,7	0,7
Malte	1,1	1,3	1,8	2
Pays-Bas	4,9	5,3	6,2	6,4*
Autriche	1,3	0,7	1,1	1,1
Pologne	0	0,6	1,2	0,9
Portugal	0,4	1,4	1,1	1,2
Roumanie	0	0,6	2,4	3,5
Slovénie	1,8	1,6	2,4	2,3*
Slovaquie	3,9	6,2	3,5	3,3*
Finlande	2,3	2	2,2	2,2
Suède	2,9	2,3	2	2,1*
Royaume-Uni	0,8	0,7	0,7	0,7*

4. Il Problema dell'invecchiamento della popolazione.

L'Europa del prossimo futuro ha di fronte uno scenario racchiuso fra il crescente invecchiamento della popolazione e la diminuzione delle nascite. Questa situazione sarà il discriminante delle nuove politiche di welfare poiché, per questi motivi, la prospettiva della crisi dei sistemi pensionistici diventa sempre più verosimile.

Secondo i dati Eurostat, la popolazione EU, che al 1 gennaio 2008 ammontava a 495 milioni di persone, raggiungerà i 521 milioni nel 2035 per poi diminuire fino a 506 milioni nel 2060.

Entrando nel merito dei dati generali, tuttavia, è previsto un consolidamento del crollo delle nascite, a partire dal 2008, che saranno superate dal numero dei decessi fin dal 2015. Finora gli effetti sono stati ridimensionati dall'immigrazione ma l'Eurostat prevede un ritorno alla diminuzione dei nuovi nati già dal 2035, con un aumento della popolazione anziana che passerà dall'17,1% del 2008 al 30,0% del 2060. Inoltre, la popolazione senior composta da ultraottantenni, pari al 4,4% nel 2008, raggiungerà nel 2060 il 12,1%.

Secondo queste proiezioni, il tasso di dipendenza demografica – cioè il rapporto fra gli ultra sessantacinquenni e la forza lavoro – è destinato a variare sensibilmente riducendosi al rapporto di soli due lavoratori per ogni pensionato entro i prossimi cinquant'anni.

Approfondendo i dati, però, la situazione appare molto diversa secondo le nazioni prese in considerazione. In Danimarca, Irlanda, Cipro, Lussemburgo e Regno Unito è prevista una forte crescita della popolazione, dovuta soprattutto ai flussi migratori che rafforzeranno la forza lavoro e il tasso di fertilità; diversamente nei paesi con un alto tasso di emigrazione –come Bulgaria, Repubblica Ceca, Lettonia, Lituania, Polonia, Romania, Slovenia e Slovacchia – il tasso di dipendenza demografica potrà raggiungere il rapporto di 1,5 lavoratori per ogni pensionato.

Secondo l'Eurostat, nel 2060 lo stato UE più popoloso sarà il Regno Unito, con circa 77 milioni (contro i 61 milioni del 2008) mentre la Germania, attualmente la nazione con il maggior numero di abitanti (82 milioni), vedrà diminuire la popolazione fino a 79 milioni nel 2035 e fino a 70,7 milioni nel 2060. Si prevede inoltre che, proprio nel 2060, gli altri Stati membri UE con il maggior numero di abitanti saranno la Francia (72 milioni), l'Italia (59 milioni) e la Spagna (52 milioni).

I dati riportati da Eurostat hanno indotto la Commissione Europea a valutare seriamente le previsioni, considerando attentamente tutte le problematiche connesse con l'invecchiamento della popolazione (a cominciare dai costi sanitari e previdenziali) e con le nuove esigenze delle popolazioni europee del futuro. Tutti gli Stati membri dovranno considerare seriamente le mutate condizioni demografiche, assieme agli effetti e alle conseguenze della globalizzazione e ai cambiamenti climatici. Questo scenario richiede la stabilità delle finanze pubbliche, un mercato del lavoro fortemente inclusivo e riforme lungimiranti del sistema sanitario (anche per le cure a lungo termine) e pensionistico.

Come è già accaduto nel Regno Unito, l'immigrazione potrebbe essere in grado di contenere il fenomeno, sebbene molti paesi dell'Unione Europea si dichiarino scettici nel considerare la mobilità dei lavoratori come la soluzione del problema. Per il momento, la Commissione Europea sta valutando la situazione com'è ora e come si prospetta, con la discussione del "Patto sull'immigrazione e l'asilo" -per delineare regole comuni sull'immigrazione – e favorire riforme del mercato del lavoro.

Popolazione Totale (in migliaia)

	Popolazione al 1 gennaio			Crescita a partire da 1.1.2008 (%)	
	2008	2035	2060	2035	2060
EU27	495 394	520 654	505 719	5.1	2.1
Belgio	10 656	11 906	12 295	11.7	15.4
Bulgaria	7 642	6 535	5 485	-14.5	-28.2
Rep. Ceca	10 346	10 288	9 514	-0.6	-8.0
Danimarca	5 476	5 858	5 920	7.0	8.1
Germania	82 179	79 150	70 759	-3.7	-13.9
Estonia	1 339	1 243	1 132	-7.2	-15.4
Irlanda	4 415	6 057	6 752	37.2	52.9
Grecia	11 217	11 575	11 118	3.2	-0.9
Spagna	45 283	53 027	51 913	17.1	14.6
Francia*	61 876	69 021	71 800	11.5	16.0
Italia	59 529	61 995	59 390	4.1	-0.2
Cipro	795	1 121	1 320	41.1	66.2
Lettonia	2 269	1 970	1 682	-13.2	-25.9
Lituania	3 365	2 998	2 548	-10.9	-24.3

Lussemburgo	482	633	732	31.3	51.7
Ungheria	10 045	9 501	8 717	-5.4	-13.2
Malta	410	429	405	4.5	-1.4
Olanda	16 404	17 271	16 596	5.3	1.2
Austria	8 334	9 075	9 037	8.9	8.4
Polonia	38 116	36 141	31 139	-5.2	-18.3
Portogallo	10 617	11 395	11 265	7.3	6.1
Romania	21 423	19 619	16 921	-8.4	-21.0
Slovenia	2 023	1 992	1 779	-1.5	-12.1
Slovacchia	5 399	5 231	4 547	-3.1	-15.8
Finlandia	5 300	5 557	5 402	4.9	1.9
Svezia	9 183	10 382	10 875	13.1	18.4
Regno Unito	61 270	70 685	76 677	15.4	25.1
Norvegia	4 737	5 634	6 037	18.9	27.4
Svizzera	7 591	8 798	9 193	15.9	21.1

In sostanza in tutta Europa, il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, con l'incremento dell'incidenza dei livelli di disabilità strettamente legata all'allungamento della vita, pone la necessità di disporre di dati longitudinali validi e comparabili sulla salute, sia nei giovani che negli anziani, al fine di creare un'ampia base empirica per la formulazione di analisi e la pianificazione di politiche e strategie di sviluppo. L'invecchiamento della popolazione europea è strettamente legato al miglioramento della salute delle persone, che tendono ad essere più attive e a vivere più a lungo. Nella sua Comunicazione sul Futuro Demografico dell'Europa, la Commissione Europea mette in luce quattro trend demografici salienti:

1. Il fatto che il numero medio di bambini per ciascuna donna è inferiore al tasso di rimpiazzo generazionale — pari a 2,1 per donna — per i paesi industrializzati, e tende a diminuire ulteriormente;
2. Le conseguenze del baby-boom post bellico sulla popolazione;
3. Il forte aumento dell'aspettativa di vita dal 1960 in avanti;
4. Il fatto che l'immigrazione, seppur riguardante persone in età lavorativa, non compenserà gli effetti congiunti della bassa fertilità e dell'aumentata aspettativa di vita.

L'effetto complessivo di questi trend è un aumento della popolazione nella fascia di età anziana. Attualmente, nei ventisette paesi dell'Unione Europea vi sono 18,2 milioni di abitanti di età superiore ad 80 anni, pari al 4,4% della popolazione, e l'Eurostat prevede che entro il 2035 tale percentuale raggiungerà circa l'8%.

Il numero delle persone di età compresa fra 65 e 79 anni è aumentato significativamente dal 2000 in avanti, ed il trend rimarrà tale fin verso il 2060 (cfr. tabella seguente).

Al tempo stesso, tuttavia, i trend di salute — in particolare la diminuzione della mortalità per malattie infettive ed il migliore accesso alle cure — sembrano fornire un valido supporto al dibattuto concetto di "compressione della morbilità", ovvero al fatto che le menomazioni ed i problemi di salute si presentano in età avanzata. Secondo quanto espresso in un recente rapporto del Dipartimento degli Affari Sociali ed Economici delle Nazioni Unite, questa transizione demografica è un fenomeno di portata globale che, manifestandosi nelle diverse nazioni in modalità e tempi differenti, provocherà, nelle prossime decadi, sostanziali tensioni geopolitiche fra nazioni sviluppate e nazioni in via di sviluppo.

	Percentuale età +65			Percentuale età +80			Tasso di dipendenza anziani (%)	
	2008	2035	2060	2008	2035	2060	2035	2060
EU27	17.1	25.4	30.0	4.4	7.9	12.1	25.4	53.5
Belgio	17.0	24.2	26.5	4.7	7.4	10.2	25.8	45.8
Bulgaria	17.3	24.7	34.2	3.6	7.1	12.8	25.0	63.5
Rep. Ceca	14.6	24.1	33.4	3.4	7.9	13.4	20.6	61.4
Danimarca	15.6	24.1	25.0	4.1	7.7	10.0	23.6	42.7
Germania	20.1	30.2	32.5	4.7	8.9	13.2	30.3	59.1
Estonia	17.2	22.8	30.7	3.6	6.8	10.7	25.2	55.6
Irlanda	11.2	17.6	25.2	2.8	5.0	9.6	16.3	43.6
Grecia	18.6	26.3	31.7	4.1	7.9	13.5	27.8	57.1
Spagna	16.6	24.8	32.3	4.6	7.2	14.5	24.2	59.1
Francia	16.5	24.4	25.9	5.0	8.5	10.8	25.3	45.2
Italia	20.1	28.6	32.7	5.5	9.1	14.9	30.5	59.3
Cipro	12.4	19.0	26.2	2.8	5.3	8.6	17.7	44.5
Lettonia	17.3	23.7	34.4	3.6	6.7	11.9	25.0	64.5
Lituania	15.8	24.3	34.7	3.3	6.4	12.0	23.0	65.7
Lussemburgo	14.2	21.3	23.6	3.5	5.8	8.9	20.9	39.1
Ungheria	16.2	23.1	31.9	3.7	7.6	12.6	23.5	57.6
Malta	13.8	24.8	32.4	3.2	8.3	11.8	19.8	59.1
Olanda	14.7	25.9	27.3	3.8	8.0	10.9	21.8	47.2
Austria	17.2	26.1	29.0	4.6	7.2	11.4	25.4	50.6
Polonia	13.5	24.2	36.2	3.0	7.7	13.1	19.0	69.0
Portogallo	17.4	24.9	30.9	4.2	7.6	12.8	25.9	54.8
Romania	14.9	22.9	35.0	2.8	6.2	13.1	21.3	65.3
Slovenia	16.1	27.4	33.4	3.5	8.4	13.9	23.0	62.2
Slovacchia	12.0	23.0	36.1	2.6	6.4	13.2	16.6	68.5
Finlandia	16.5	26.4	27.8	4.3	9.4	10.8	24.8	49.3
Svezia	17.5	23.6	26.6	5.3	8.1	10.0	26.7	46.7
Regno Unito	16.1	21.9	24.7	4.5	6.7	9.0	24.3	42.1
Norvegia	14.6	22.6	25.4	4.6	7.1	10.0	22.1	43.9
Svizzera	16.4	25.2	28.0	4.7	7.7	11.1	24.1	48.5

La pressione sui sistemi sanitari europei sarà notevole e potrebbe minare i principi di equità, solidarietà ed universalità. Poiché l'invecchiamento della popolazione è accompagnato da un mutamento epidemiologico - da una prevalenza di malattie infettive ed alta mortalità materno-infantile verso un'aumentata prevalenza di malattie non trasmissibili, specialmente croniche - i sistemi sanitari dovranno essere orientati diversamente per potersi occupare del crescente numero di persone con disabilità.

Più in generale, l'invecchiamento, come sottolineato dalla Commissione Europea nel Disability Action Plan 2006-07, è fortemente correlato alla prevalenza della disabilità. Circa il 30% delle persone in età compresa fra 55 e 64 anni denunciano una disabilità, e il 63% delle persone con una disabilità hanno più di 45 anni.

Ciò potrebbe aggravare un problema che evidenze empiriche dimostrano quanto mai attuale: il rischio di povertà tra la popolazione anziana.

La tabella seguente mostra come il rischio di povertà tra gli over 65 nell'Unione europea sia rimasto pressoché invariato dal 1996, con una riduzione del rischio povertà tra i Paesi che partivano da condizioni economiche molto sfavorevoli (Grecia, Portogallo) e, al contrario, un sostanziale peggiorante del grado di rischio tra i Paesi ritenuti economicamente più solidi (Germania, Olanda, Italia, Francia); Paesi virtuosi, almeno da questo punto di vista devono essere considerati Danimarca ed Austria.

Tasso di rischio povertà tra gli over 65 (%)

geo/time	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
UE (27 pays)										19	19	19
UE (25 pays)			18	17	17	16		17	18	19	19	19
UE (15 pays)	20	18	18	17	17	18		19	19	20	20	21
Belgio	25	23	22	22	24	26		23	21	21	23	23
Bulgaria					15	15	14	14	16	18	18	
Repubblica Ceca						6				5	6	5
Danimarca						24		21	17	18	17	18
Germania	17	12	12	11	10	12				14	13	17
Estonia					16	18	16	17	20	20	25	33
Irlanda	22	27	33	34	42	44		41	40	33	27	29
Grecia	33	34	35	33	31	33		29	28	28	26	23
Spagna	14	16	15	16	19	22	28	28	30	29	31	28
Francia	18	17	18	19	19	11	10	11	15	16	16	13
Italia	18	17	17	14	13	17			21	23	22	22
Cipro								52		51	52	51
Lettonia					6					21	30	33
Lituania					14	12				17	22	30
Lussemburgo	9	9	9	8	9	7		11	8	7	8	7
Ungheria					8	12	8	10		6	9	6
Malta					20					21	19	21
Olanda	7	4	4	7	6	8	8	7		5	6	10
Austria	21	22	21	24	23	24		16	17	14	16	14
Polonia					8	7				7	8	8
Portogallo	36	37	35	33	33	30			29	28	26	26
Romania					17	19	19	20	17	17	19	19
Slovenia					21	20	19	19		20	20	19
Slovacchia										7	8	8
Finlandia	12	12	16	16	19	18	18	17	17	18	22	22
Svezia						16	15		14	11	12	11
Regno Unito	28	25	25	21	24	27	26	24		26	28	30
Croazia								31				
Turchia							23	21				
Islanda									10	9	10	15
Norvegia								21	19	19	18	14

Ciò sta portando a continue modifiche nella spesa pubblica, perlopiù connesse all'invecchiamento della popolazione. Cfr tabella seguente.

Tabella 2 – Spesa pubblica connessa all'invecchiamento, 2007-2060, variazioni del PIL in punti percentuali

	Pensioni		Servizio sanitario		Assistenza a lungo termine		Sussidi di disoccupazione		Istruzione		Totale		
	Livello	Variazione	Livello	Variazione	Livello	Variazione	Livello	Variazione	Livello	Variazione	Livello	Variazione	
	2007	2060	2007	2060	2007	2060	2007	2060	2007	2060	2007	2060	
BE	10,0	4,8	7,6	1,2	1,5	1,4	1,9	-0,4	5,5	0,0	26,5	6,9	BE
BG	8,3	3,0	4,7	0,7	0,2	0,2	0,1	0,0	3,3	-0,2	16,6	3,7	BG
CZ	7,8	3,3	6,2	2,2	0,2	0,4	0,1	0,0	3,5	-0,3	17,9	5,5	CZ
DK	9,1	0,1	5,9	1,0	1,7	1,5	1,0	-0,2	7,1	0,2	24,8	2,6	DK
DE	10,4	2,3	7,4	1,8	0,9	1,4	0,9	-0,3	3,9	-0,4	23,6	4,8	DE
EE	5,6	-0,7	4,9	1,2	0,1	0,1	0,1	0,0	3,7	-0,2	14,3	0,4	EE
IE	5,2	6,1	5,8	1,8	0,8	1,3	0,8	0,1	4,5	-0,3	17,2	8,9	IE
GR	11,7	12,4	5,0	1,4	1,4	2,2	0,3	-0,1	3,7	0,0	22,1	15,9	GR
ES	8,4	6,7	5,5	1,6	0,5	0,9	1,3	-0,4	3,5	0,1	19,3	9,0	ES
FR	13,0	1,0	8,1	1,2	1,4	0,8	1,2	-0,3	4,7	0,0	28,4	2,7	FR
IT	14,0	-0,4	5,9	1,1	1,7	1,3	0,4	0,0	4,1	-0,3	26,0	1,6	IT
CY	6,3	11,4	2,7	0,6	0,0	0,0	0,3	-0,1	6,1	-1,2	15,4	10,8	CY
LV	5,4	-0,4	3,5	0,6	0,4	0,5	0,2	0,0	3,7	-0,3	13,2	0,4	LV
LT	6,8	4,6	4,5	1,1	0,5	0,6	0,1	0,0	4,0	-0,9	15,8	5,4	LT
LU	8,7	15,2	5,8	1,2	1,4	2,0	0,4	0,0	3,8	-0,5	20,0	18,0	LU
HU	10,9	3,0	5,8	1,3	0,3	0,4	0,3	-0,1	4,4	-0,4	21,5	4,1	HU
MT	7,2	6,2	4,7	3,3	1,0	1,6	0,4	0,0	5,0	-1,0	18,2	10,2	MT
NL	5,6	4,0	4,8	1,0	3,4	4,7	1,1	-0,1	4,6	-0,2	20,5	9,4	NL
AT	12,8	0,9	6,5	1,5	1,3	1,2	0,7	0,0	4,8	-0,5	26,0	3,1	AT
PL	11,6	-2,8	4,0	1,0	0,4	0,7	0,1	-0,1	4,4	-1,2	20,5	-2,4	PL
PT	11,4	2,1	7,2	1,9	0,1	0,1	1,2	-0,4	4,6	-0,3	24,5	3,4	PT
RO	6,6	9,2	3,5	1,4	0,0	0,0	0,2	0,0	2,8	-0,5	13,1	10,1	RO
SI	9,9	8,8	6,6	1,9	1,1	1,8	0,2	0,0	5,1	0,4	22,9	12,8	SI
SK	6,8	3,4	5,0	2,3	0,2	0,4	0,1	-0,1	3,1	-0,8	15,2	5,2	SK
FI	10,0	3,3	5,5	1,0	1,8	2,6	1,2	-0,2	5,7	-0,3	24,2	6,3	FI
SE	9,5	-0,1	7,2	0,8	3,5	2,3	0,9	-0,1	6,0	-0,3	27,2	2,6	SE
UK	6,6	2,7	7,5	1,9	0,8	0,5	0,2	0,0	3,8	-0,1	18,9	5,1	UK
ZONA EURO	11,1	2,8	6,7	1,4	1,3	1,4	1,0	-0,2	4,2	-0,2	24,3	5,2	ZONA EURO
UE 27	10,2	2,4	6,7	1,5	1,2	1,1	0,8	-0,2	4,3	-0,2	23,1	4,7	UE 27
UE 15	10,2	2,4	6,9	1,5	1,3	1,2	0,8	-0,2	4,3	-0,1	23,5	4,8	UE 15
UE 10	9,7	1,0	4,9	1,4	0,4	0,6	0,2	0,0	4,2	-0,8	19,2	2,1	UE 10
UE 25	10,2	2,3	6,8	1,5	1,2	1,2	0,8	-0,2	4,3	-0,2	23,3	4,7	UE 25

5. La nuova emergenza europea: la non autosufficienza

Non è facile dare una definizione univoca di non autosufficienza. Così come non è di immediata percezione comprendere cosa si intenda per cura o sostegno di lunga durata.

Sul primo punto le differenze da paese a paese sono enormi; si passa dall'Italia dove non esiste una legge che detti una definizione precisa di non autosufficienza e che preveda forme organiche di contrasto, all'esempio della Spagna che nel 2007 ha prodotto una legislazione all'avanguardia nelle forme e modalità di contrasto alla non autosufficienza o, ancora, al Lussemburgo dove pur non essendoci una definizione precisa del problema, il ridotto numero di abitanti consente la valutazione caso per caso delle necessità dell'individuo.

Per tentare di comparare le esperienze Paese, pertanto, è necessario prendere a riferimento una definizione che possa comprendere tutti gli aspetti del problema. A tale scopo forse la più declinabile pare essere quella definizione elaborata negli USA ed in uso nel Regno Unito – e ripresa in tutti i contratti assicurativi - che classifica le attività della vita umana in principali (che si riferiscono alle capacità di: vestirsi/spogliarsi; lavarsi; mangiare e bere; muoversi nella propria abitazione; recarsi in bagno; spostarsi dalla sedia a rotelle al letto e viceversa) e strumentali (prepararsi i pasti; pulire l'abitazione; lavare il proprio abbigliamento; prendere medicinali; visitare luoghi oltre la distanza di passeggio; fare acquisti; gestire i propri risparmi; usare il telefono/internet), facendo discendere da queste il grado di disabilità¹.

Sul secondo punto, ovvero cosa debba intendersi per cura di lunga durata è accettabile la definizione che la considera come un insieme ben progettato e ben organizzato di servizi e di programmi di cura, rivolto ai bisogni/problemi multidimensionali di un cliente specifico o di una categoria di persone con i bisogni/problemi simili².

In definitiva, risulta di difficile individuazione un "unicum" che possa offrire una descrizione precisa del quadro comunitario di contrasto a tale problematica, infatti:

1. I servizi sono spesso divisi fra i diversi livelli di governo ed intervento (nazionale, provinciale, regionale, locale);
2. Le cure di lunga durata sono influenzate dalle differenti strutture di cura informali o della famiglia (come si è visto sopra, i paesi del c.d. welfare mediterraneo hanno utilizzato il sistema familistico molto di più rispetto alla media dei Paesi europei, sviluppando molto meno il sistema di cure istituzionali di lunga durata);
3. Si stanno modificando gli investimenti nelle singole voci di spesa componenti la spesa complessiva della protezione sociale (interessati da riforme e riorganizzazioni,

¹ Le attività strumentali della vita quotidiana (IADL), si ritrovano nel Working paper n. 477 dell'OCSE; ECO/ WKP (2006).

² Anche qui sarebbe necessario precisare cosa si debba intendere per "cura" od anche per "lunga durata", significati che, come è possibile immaginare, differiscono da paese a paese. Per tali punti si rinvia alle schede Paese elaborate sulla scorta dei questionari restituiti alla Ferpa dalle Federazioni affiliate Per l'OCSE, l'assistenza a lungo termine rappresenta «una questione politica trasversale che raggruppa una gamma di servizi per persone che dipendono da un aiuto nelle attività di base della vita quotidiana per un lungo periodo di tempo». L'assistenza a lungo termine può comprendere la riabilitazione, le cure mediche di base, l'assistenza infermieristica a domicilio, l'assistenza sociale, l'alloggio e servizi come il trasporto, i pasti, l'assistenza occupazionale e l'aiuto nelle attività quotidiane.

principalmente dal lato della spesa, nei paesi nordici e centrali ed, al contrario in forte espansione nei paesi del sud);

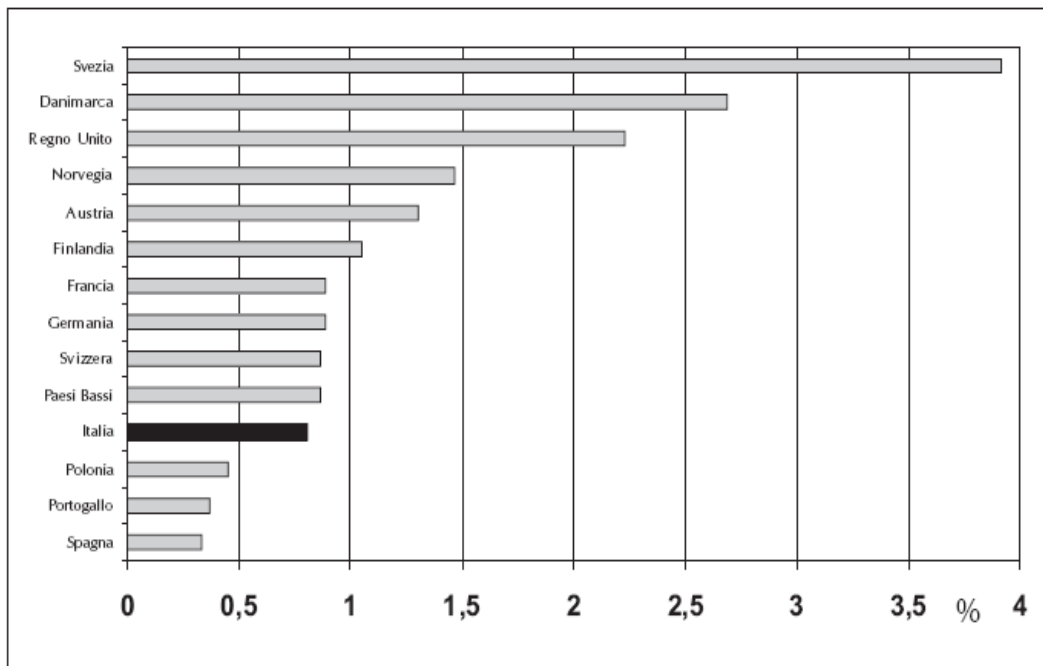
4. Riguardo ai servizi sociali di cura e sostegno della persona, il contesto locale assume molta più rilevanza di quello nazionale o europeo;

Dal punto di vista dell'offerta di servizi, è possibile affermare che, generalmente, l'assistenza è fornita a persone con handicap fisici o mentali, vulnerabili, anziane o che necessitano di un aiuto particolare nelle attività quotidiane³, e dal momento che, come abbiamo visto sopra, i cittadini europei vivono più a lungo, le risorse pubbliche destinate all'assistenza sanitaria e a lungo termine sono diventate la seconda componente della spesa per la protezione sociale, subito dopo le pensioni di vecchiaia e di reversibilità. Con l'aumento della durata media della vita degli europei, la domanda per i servizi di assistenza a lungo termine, sia a domicilio sia in strutture pubbliche, dunque, è destinata a crescere ulteriormente.

L'avvertenza, per avvicinarsi alla lettura delle schede Paese elaborate dalle risposte fornite dalle Federazioni Nazionali ai questionari inviati dalla FERPA, è bene ribadirla, è quella di ricordare che ogniqualvolta si utilizzano dati comparati (anche in materia di assistenza e servizi di cura) è d'obbligo una certa dose di cautela, poiché nei singoli paesi e nei diversi progetti si ricorre a definizioni difformi dei medesimi oggetti di interesse.

Il punto di partenza di un possibile confronto può sicuramente considerarsi l'impianto degli aggregati di spesa pubblica, che evidenzia la percentuale di PIL investito in long-term care nei singoli Paesi..

Figura 5 - Spesa pubblica per il *long-term care* in % del PIL (2005)



Fonte: Huber e Rodriguez 2008

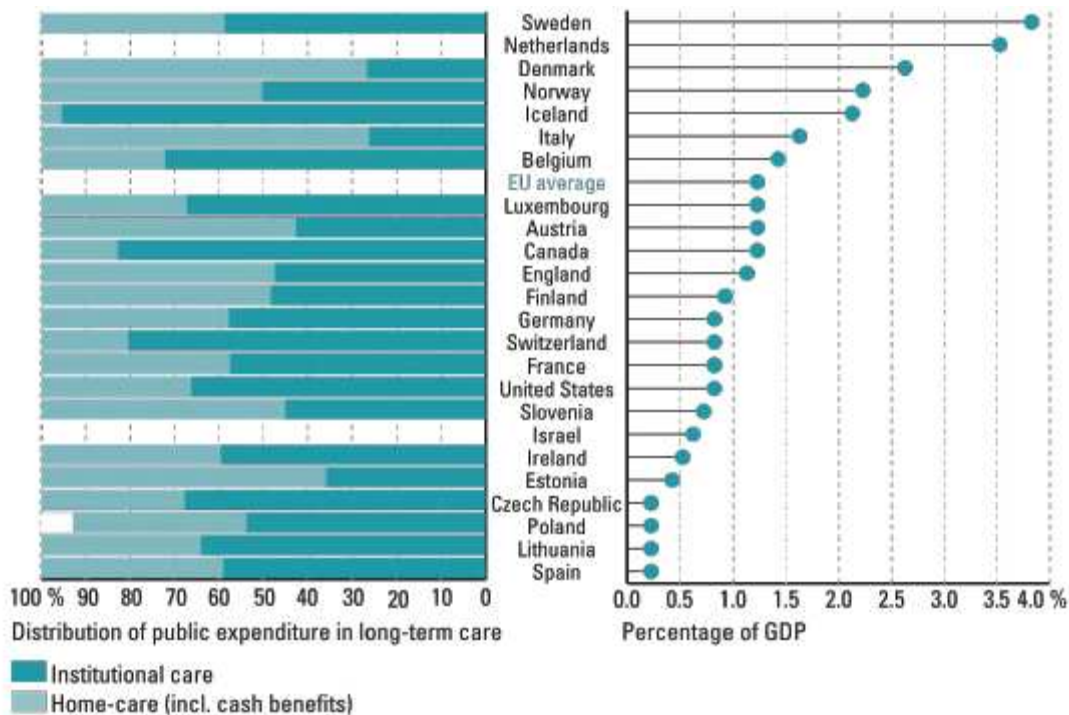
Uno sguardo alla composizione della spesa di *long-term care* conferma, anche in termini comparati, la differenza di composizione della spesa esistente tra i diversi Paesi oggetto dell'indagine.

³ Secondo l'OCSE, si ha una «prevalenza di necessità di assistenza a lungo termine aumenta nei gruppi di età più avanzata (...) che rischiano in misura maggiore di soffrire di patologie croniche causa di disabilità mentale o fisica».

Sono evidenziabili le seguenti peculiarità: dove dominano i trasferimenti monetari (indennità di accompagnamento ecc.), è possibile notare un impegno contenuto sul fronte dei servizi residenziali e domiciliari.

Country	Sources	Total expenditure (in % of GDP)	Institutions (% of total expenditure)	In-kind home care (% of total expenditure)	Cash allowances (% of total expenditure)	Old-age expenditure (in % of GDP)
Belgium	OECD	1.5%	72%	27.9%		-
Czech Republic ^(a) (l)	National sources	0.3%	67.7%	32.3%		-
Denmark	Eurostat, NOSOSCO	2.7%	27%	73.3%	0.0%	1.7%
Germany ^(b)	OECD, Eurostat	0.9%	57.7%	17.8%	24.4%	-
Estonia	OECD	0.5%	35.8%	4.5%	59.7%	0.1%
Ireland ^(c) (c)	National	0.6%	60%	40.4%	19.6%	-
Spain ^(l)	National	0.3%	59.0%	27.0%	13.9%	0.2%
France ^(c) (a) (h)	National	0.9%	57.4%	42.6%	20.7%	-
Italy	National	1.7%	26.2%	31.7%	42.1%	1.1%
Latvia	National	0.3%	-	-	-	0.1%
Lithuania	Eurostat	0.3%	64%	5.3%	32.3%	0.1%
Luxembourg ^(c)	OECD, national	1.3%	67.2%	32.8%	2.1%	-
Netherlands	National	3.6%	-	-	-	2.5%
Austria ^(a)	National	1.3%	43%	57.3%	-	-
Poland ^(a)	National, OECD	0.3%	53.8%	34.6%	4.4%	-
Slovenia ^(c) (a)	National	0.8%	25.7%	74.3%	27.5%	-
Finland	Eurostat, NOSOSCO	1.0%	48.3%	45.0%	6.7%	0.7%
Sweden	Eurostat	3.9%	58.7%	38.1%	3.3%	2.4%
England ^(e)	National	1.2%	47.4%	24.2%	28.5%	1.2%
EU average	(k)	1.3%	-	-	-	1.0%
Iceland	Eurostat, NOSOSCO	2.2%	95.2%	4.8%	0.0%	1.8%
Norway	OECD, Eurostat	2.3%	50.2%	41.9%	7.9%	1.6%
Switzerland	OECD, Eurostat	0.9%	80.4%	19.6%		-
Canada	OECD	1.3%	82.8%	17.2%	0.0%	-
United States ^(f)	National	0.9%	66.3%	33.7%	0.0%	0.9%

Dal punto di vista grafico può essere riassunto nel modo seguente



6. Le riposte degli Stati membri

La questione dell'assistenza a lungo termine è affrontata perseguendo tre obiettivi mutuamente concordati e interconnessi per i servizi offerti: accesso universale, qualità elevata e sostenibilità a lungo termine.

Esiste un consenso generale sul fatto che l'accesso all'assistenza sanitaria non dovrebbe essere limitato alle possibilità economiche individuali, né dipendere dal reddito o dalla ricchezza della persona. Il bisogno di cure non dovrebbe condurre alla povertà o alla dipendenza finanziaria.

Tuttavia, i diritti universali non sempre garantiscono un accesso universale e continuano a persistere ostacoli e disuguaglianze. Gli impedimenti spaziano dalla mancanza di copertura assicurativa e di certi tipi di assistenza a tempi d'attesa lunghissimi, informazioni insufficienti e procedure amministrative troppo complesse, che possono variare addirittura da una regione all'altra nello stesso Stato membro. Dare la continuità necessaria all'assistenza per le persone che lo necessitano può rivelarsi difficile. Gli sforzi profusi in alcuni paesi per aiutare i pazienti a recuperare al massimo l'autosufficienza tramite cure riabilitative, ad esempio, possono essere minati quando alcuni elementi dell'assistenza a lungo termine non sono considerati rimborsabili in certi sistemi sociali di assicurazione malattia.

Anche i costi rappresentano una barriera, specialmente per i gruppi a basso reddito, che potrebbero dover affrontare una parte della spesa da soli. Molti paesi, come Cipro, l'Estonia e l'Irlanda, hanno introdotto sistemi di partecipazione alle spese per le cure di lunga durata. In Germania, una piccola fetta della popolazione (attualmente l'1 %, ma la tendenza è in crescita) ha stipulato un'assicurazione privata complementare volontaria per coprire costi quali le spese di soggiorno nelle case di riposo. Tutto questo si somma a meccanismi specifici di assicurazione per le cure di lunga durata e di assistenza sociale. Esistono vari programmi per la riduzione dei costi diretti dell'assistenza per i cittadini, tra cui:

- esenzioni e contributi basati sul reddito;
- aiuti finanziari supplementari e prestazioni assistenziali per gli anziani, le persone dipendenti, i disabili e i malati cronici;
- copertura statale dell'assistenza a lungo termine per i nuclei familiari a basso reddito;
- uniformità dei contributi a livello nazionale;
- sovvenzioni statali per l'impiego di servizi privati.

La tendenza generale è quella di un trasferimento dall'assistenza tradizionale (con l'esclusione dei casi più gravi) a favore dello sviluppo di servizi su misura domiciliari e basati sul territorio, favoriti da tecnologie moderne quali la sanità elettronica, il telemonitoraggio, la telemedicina e i sistemi per la vita autonoma. In questo modo, i cittadini, soprattutto gli anziani, hanno una maggiore libertà di scelta riguardo all'assistenza che necessitano e possono continuare a vivere il più a lungo possibile in un ambiente familiare, nelle proprie abitazioni, vicino alla famiglia e agli amici, godendo comunque dell'eventuale supporto dell'assistenza istituzionale.

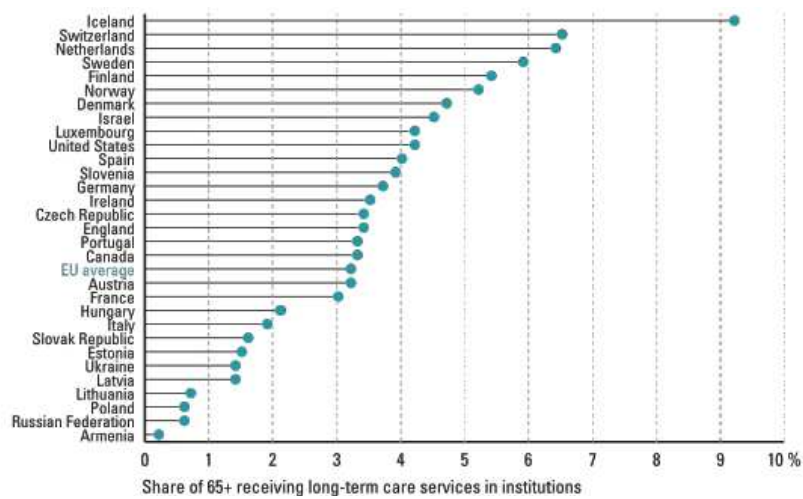
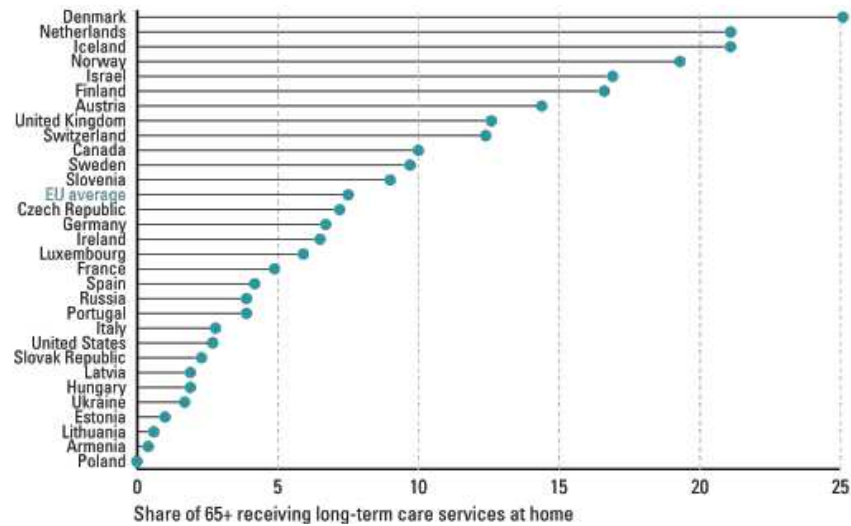
La tabella seguente evidenzia chiaramente come la tendenza sia riscontrabile nella maggior parte dei Paesi.

	Source:	Mid 1990's			Year	Most recent date		
		Total	Home-care	Institutional care		Total	Home-care	Institutional care
Czech Republic ^(a)	National	11.4	8.0	3.4	2006	10.7	7.2	3.5
Denmark	National	24.1	20.0	4.1	2007	29.8	25.1	4.8
Germany	OECD	10.6	7.3	3.3	2006	10.5	6.7	3.8
Estonia	National	2.7	1.5	1.2	2005	2.6	1.0	1.6
Ireland	National	10.0	5.6	4.4	2004	10.1	6.5	3.6
Spain ^(b)	National	3.9	1.1	2.8	2006	8.3	4.2	4.1
France ^(c)	National	4.8	2.5	2.4	2007	8.1	4.9	3.1
Italy	National	4.0	1.8	2.2	2004	4.8	2.8	2.0
Latvia ^(b)	National	1.7	0.3	1.4	2007	3.4	1.9	1.5
Lithuania	National	1.5	0.8	0.7	2007	1.3	0.6	0.8
Luxembourg	OECD				2006	10.2	5.9	4.3
Hungary ^{(a)(b)}	National	3.8	2.0	1.8	2005	4.1	1.9	2.2
Netherlands	National				2006	27.7	21.1	6.5
Austria ^(b)	National	16.0	13.2	2.8	2006	17.8	14.4	3.3
Poland ^(b)	OECD, national	-	-	-	2006	0.7	0.0	0.7
Portugal ^(a)	National				2007	7.3	3.9	3.4
Slovenia ^(b)	National	12.5	8.5	4.0	2007	13.0	9.0	4.0
Slovak Republic ^{(a)(b)}	National				2005	4.0	2.3	1.7
Finland	National	20.7	15.6	5.1	2005	22.1	16.6	5.5
Sweden	NOSOSCO, national	20.4	12.0	8.4	2007	15.7	9.7	6.0
England	National	18.1	14.2	3.9	2006	16.1	12.6	3.5
EU average ^(c)		10.2	7.2	3.0	-	10.8	7.6	3.3
Armenia ^{(a)(b)}	National	-	-	-	2006	0.6	0.4	0.3
Iceland	NOSOSCO	30.8	19.2	11.6	2005	30.4	21.1	9.3
Israel	National	18.6	14.0	4.5	2004	21.5	16.9	4.6
Norway	National	23.9	18.2	5.7	2007	24.7	19.3	5.3
Russian Federation ^{(a)(d)}	National	-	-	0.6	2001	4.6	3.9	0.7
Switzerland	OECD	19.8	13.0	6.8	2006	18.9	12.4	6.6
Ukraine ^{(a)(b)}	WHO, national	-	-	-	2000	3.2	1.7	1.5
Canada	National	14.0	10.3	3.7	2003	13.4	10.0	3.4
United States	National	8.3	4.2	4.1	1999/2000	7.0	2.7	4.3

Leggenda: (a) può includere chi si avvicina alla soglia dei 65 anni (per l'Ungheria solo per le cure ospedaliere); (b) include i beneficiari con + di 60 anni; (c) media pesata di diversi anni; (d) include i beneficiari con + di 55 anni.

Per perseguire tale scopo, sono necessari una cooperazione attenta tra le autorità nazionali, regionali e locali e partenariati costruttivi con i settori privato e volontario. In assenza di questo approccio integrato, la conseguente frammentazione dei servizi e gli ostacoli amministrativi potrebbero impedire ai cittadini di ricevere le cure necessarie. Ad esempio, le persone dimesse dall'ospedale dovrebbero poter avere accesso a cure domiciliari su misura o a servizi analoghi sul territorio; in assenza di offerte di questo tipo, l'accessibilità dell'assistenza personalizzata a lungo termine è limitata. La Germania sta affrontando questa situazione assegnando un "case manager" ai pazienti bisognosi di assistenza, nella transizione dall'ospedale alla loro abitazione o a un'altra struttura. Dal 2009 è stato affrontato ogni aspetto dell'organizzazione dell'assistenza a lungo termine per il sostegno individuale e saranno a disposizione consulenti per tutti i pazienti, a prescindere dalle modalità di erogazione dell'assistenza.

Le tabelle seguenti distinguono, rispettivamente, la percentuale di popolazione con più di 65 anni che riceve assistenza di lunga durata in casa e la percentuale di ultra sessantacinquenni che riceve lo stesso tipo di assistenza nelle istituzioni di cura.



La qualità dei servizi di assistenza a lungo termine ricevuti presenta enormi variazioni. Non sorprende, pertanto, che indagini e relazioni abbiano evidenziato casi di insoddisfazione e attirato l'attenzione sulle lacune esistenti, dalla sistemazione inadeguata e dalla mancanza di privacy nelle case di riposo fino all'uso indebito della forza e alla coercizione. Anche a causa di queste lamentele, gli Stati membri stanno sviluppando o emendando regole e norme in grado di garantire l'adozione e il rispetto di standard sufficientemente elevati.

D'altra parte non è facile valutare la qualità dei vari servizi di assistenza, a lungo termine erogati; se questo è vero per strutture formali come le case di riposo o gli ospedali, lo è infinitamente di più per i contesti informali che vanno dall'abitazione del paziente alle case di amici o parenti.

L'OCSE classifica i vari indicatori utilizzati in base alla struttura (ampiezza delle stanze e rapporto personale/pazienti), al processo (le valutazioni e i meccanismi utilizzati) e ai risultati (prevalenza di talune condizioni mediche); essi rivelano che, in generale e fortunatamente, si va verso un miglioramento della qualità.

Nell'ambito dell'assistenza a lungo termine, l'enfasi si sta spostando in modo crescente dal rispetto formale dei requisiti verso una garanzia di qualità a tutto tondo che considera, tra l'altro, i diritti del paziente e la formazione continua del personale. Allo stesso tempo, gli indicatori standard per la valutazione della qualità dell'assistenza, come il rapporto personale/pazienti e

l'adeguatezza della formazione, potrebbero essere inidonei a valutare l'assistenza erogata a domicilio dai prestatori di cure informali.

Le autorità nazionali stanno affrontando il problema dell'esigenza di misurare il miglioramento della qualità in modi diversi. Alcuni (Paesi Bassi, Slovacchia) impiegano misure di accreditamento della qualità, affiancate da sistemi di monitoraggio (Cipro, Francia, Germania, Grecia, Paesi Bassi). Altri (Germania, Lussemburgo) impiegano linee guida cliniche derivate dalla medicina basata su prove di efficacia. Per prevenire sperequazioni regionali nell'erogazione delle cure di lunga durata e valutazioni arbitrarie delle esigenze dei pazienti da parte delle autorità regionali e locali, molti paesi (Estonia, Germania, Lettonia, Lituania, Regno Unito, Repubblica ceca, Slovenia, Spagna, Svezia) applicano meccanismi uniformi di assicurazione della qualità.

I parametri pratici per valutare la qualità dell'assistenza erogata si fanno sempre più sofisticati e affidabili, ma non sono ancora pienamente soddisfacenti in molti Stati membri. I fattori considerati variano dal sostegno assicurato ai prestatori di cure informali all'aumento delle possibilità di scelta per il paziente, dalla garanzia delle capacità di chi opera nel campo dell'assistenza a lungo termine alle tecnologie che possono essere di aiuto.

Anche la valutazione del livello dell'assistenza che i pazienti ricevono è presenta difficoltà, soprattutto se essa è erogata in un contesto informale anziché istituzionale e se tale valutazione è, come spesso accade, basata sulla misura del grado di soddisfazione e delle necessità non soddisfatte.

6.1. I servizi domiciliari.

I Paesi dell'area mediterranea (Grecia, Spagna, Portogallo, Italia) sono quelli con la minore percentuale di utenza, forma e offerta nei servizi disciplinari. La ridotta percentuale di fruitori porta a concentrarsi su anziani particolarmente fragili: i beneficiari dei servizi domiciliari, infatti, hanno in tali Paesi tassi di "compromissione funzionale e cognitiva" assai più elevati rispetto a quasi tutti gli altri paesi europei.

Dall'inizio degli anni '90 l'area meridionale ha sperimentato una forte crescita, anche se l'utenza rimane esigua rispetto al resto d'Europa. Il valore si è quadruplicato percentualmente (da 1 a 4%) ma la distanza dagli altri paesi, pure diminuita, continua ad essere assai ampia. Negli anni, dunque, l'Europa meridionale ha compiuto progressi notevoli ma non quel grande "salto in avanti" necessario a colmare le lacune iniziali e ad avvicinare in maniera significativa il resto del continente. A differenza di quanto accaduto nel Sud, nell'Europa settentrionale la percentuale di utenza è rimasta sostanzialmente stazionaria dall'inizio degli anni '90. Già allora, infatti, l'offerta pubblica era lì decisamente estesa, raggiungendo il 14% degli anziani; la tabella contiene il paese scandinavo con la percentuale di utenti più alta (la Danimarca) e quello con la percentuale più bassa (la Svezia). In Danimarca l'estrema diffusione della domiciliarità – la più elevata percentuale in Europa – ha permesso di spingere particolarmente avanti le politiche di deistituzionalizzazione.

Nel 1987 è stata introdotta una legge che vieta la costruzione di ulteriori strutture residenziali, imponendo che in caso di ospedalizzazione inappropriata dovuta ad indisponibilità di servizi domiciliari l'ente responsabile di questi ultimi, il Comune, ne sostenga il costo. La Svezia, invece, ha adottato – in particolare nella seconda metà dello scorso decennio – la strategia "meno utenti e più intensità", illustrata sopra, accompagnando la riduzione dell'utenza con l'incremento degli accessi per gli anziani più fragili; la stessa strategia è stata applicata nel Regno Unito.

L'Europa centrale ha visto una sostanziale crescita poiché – nella seconda metà dello scorso decennio – sono state introdotte riforme strutturali in Belgio, Germania, Francia e Lussemburgo. L'utenza complessiva è aumentata di un terzo, passando dal 6 all'8%, e l'incremento ha toccato soprattutto l'assistenza domiciliare sociale, che era lì particolarmente limitata. Tutte le riforme

realizzate nell'Europa centrale hanno visto una maggiore assunzione di responsabilità, innanzitutto finanziaria, da parte dello Stato.

I servizi domiciliari in europa, % anziani utenti

Macroarea/paese	Inizi anni '90	Inizi anni 2000	Metà anni 2000
Europa settentrionale	14	15	13
Danimarca	20	25	21
Svezia	9	8	9
Europa centrale	6	8	8
Germania	3	7	7
Francia	2	6	8
Europa meridionale	1	2	4
Spagna	1	2	4
Italia	2	3,8	4,9

6.2. I Servizi residenziali

Si riscontra una difficoltà nel reperire materiali specifici ed aggiornati che riguardano i servizi residenziali in Europa. In una delle ultime ricerche concluse nell'Unione europea (che purtroppo si riferisce ancora ai a 15 Paesi) la media non ponderata degli anziani ospitati nelle strutture residenziali risulta del 5,1% . Si registra però una tendenza dei paesi del centro e nord Europa (Belgio, Svezia, Olanda, Francia) a collocarsi al di sopra del 6% ed una corrispondente tendenza dei paesi del sud d'Europa (Grecia, Italia, Spagna) a collocarsi ad un livello di sviluppo della residenzialità collettiva per anziani pari o inferiore al 4,0% (cfr. tab. seguente).

Tabella 9 - Anziani assistiti in strutture residenziali in Europa. Metà degli anni 2000

Posizione	Nazione	% anziani assistiti in strutture residenziali	Posizione	Nazione	% anziani assistiti in strutture residenziali
1	Belgio	8,1	9	Irlanda	4,6
2	Svezia	7,5	10	Danimarca	4,4
3	Olanda	6,9	11	Spagna	4,0
4	Portogallo	6,7	12	Lussemburgo	3,9
5	Francia	6,3	13	Germania	3,9
6	Austria	5,5	14	Italia	3,0
7	Regno Unito	5,1	15	Grecia	1,0
8	Finlandia	4,9		Europa media non pesata	5,1

Note: il dato del Belgio considera impropriamente anche eventuali ospiti con età 60-64 anni; i dati del Portogallo si riferiscono ai posti letto.

Fonte: Pesaresi (2005), ISTAT (2008b); Imsero (2006), OECD (2005, 2008), Corens (2007), Pita Barros & De Almeida Simoes (2007), De Boer (2006)

Nell'ultimo decennio, la maggioranza dei paesi dell'Unione europea ha invertito la tendenza alla crescita ed ha ridotto la percentuale di anziani ospitati nelle residenze collettive. Il fenomeno è assai significativo perché è il frutto di politiche specifiche portate avanti da vari paesi (per primi dai paesi scandinavi), ma soprattutto perché non era mai accaduto prima. Le motivazioni sono da ricercare nell'interesse, condiviso da pubbliche amministrazioni e anziani, a ridurre i costi dell'assistenza e a garantire una migliore qualità della vita presso il domicilio dell'anziano stesso. Invece, nell'Europa del sud continua a crescere l'assistenza residenziale in Spagna e Portogallo soprattutto in virtù del fatto che il livello dell'offerta dei servizi è ancora molto più basso di quello medio europeo.

7. La spesa ed il finanziamento delle politiche di contrasto alla non autosufficienza.

La sostenibilità a lungo termine della spesa pubblica per l'assistenza sanitaria e, in particolare, per l'assistenza a lungo termine, sarà sottoposta a enormi pressioni a causa dell'invecchiamento della popolazione. Tali pressioni, tuttavia, potranno essere alleviate se i cittadini, invecchiando, rimarranno in buona salute. Anche un approccio preventivo, capace di integrare i servizi sanitari e di assistenza a lungo termine con l'uso delle nuove tecnologie e delle TIC, può infatti contribuire a mantenere sotto controllo i costi.

Il **finanziamento dell'assistenza a lungo termine** varia in seno all'UE, rispecchiando tradizioni e priorità diverse.

Quattro sono i fattori in gioco:

1. i programmi e la popolazione coperti dall'assistenza a lungo termine;
2. i meccanismi nazionali di finanziamento del sistema assistenziale;
3. il grado di partecipazione finanziaria dei privati;
4. la linea di demarcazione tra responsabilità pubblica e privata per l'assistenza a lungo termine.

I programmi pubblici ad ampio spettro possono essere finanziati tramite:

- assicurazioni sociali (Germania, Lussemburgo, Spagna);
- tasse (Lettonia, paesi nordici);
- meccanismi soggetti a particolari condizioni di reddito (Cipro, Regno Unito);
- Sistemi di finanziamento misti che coniugano le risorse derivanti dai meccanismi assicurativi e dalle tasse con vari budget e istituzioni responsabili per l'erogazione e l'acquisto dell'assistenza a lungo termine (Belgio, Francia, Grecia).

In riconoscimento della necessità di assicurare una solida base finanziaria a lungo termine per le cure di lunga durata, molti Stati membri (Germania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Svezia) si stanno muovendo in questo senso, sia creando contributi e programmi di assicurazione sociale universali dedicati sia tramite la tassazione (Austria, Svezia).

Gli Stati membri, considerati gli stanziamenti necessari, stanno valutando un mix di interventi pubblici e privati, in particolare nel settore sociale.

Politiche di prevenzione e riabilitazione

Favorire uno stile di vita attivo e sano reca evidenti e significativi benefici agli individui, oltre ad avere le potenzialità per offrire vantaggi più ampi alla società in generale riducendo i costi per la salute pubblica, consentendo alle persone di rimanere attive più a lungo e prevenendo la diminuzione dei tassi di produttività a causa delle assenze per malattia. Nella maggior parte dei paesi UE esistono programmi di vaccinazione e screening nonché campagne per la promozione dell'invecchiamento sano ma, sebbene essi rappresentino un importante passo in avanti, è troppo presto per valutarne l'impatto ed è essenziale un buon coordinamento tra i diversi fornitori di assistenza volto alla promozione di politiche di prevenzione.

Le cure riabilitative sono fondamentali per consentire al paziente di riconquistare la massima autosufficienza, di vivere il più normalmente possibile e di ritornare in un ambiente di lavoro soddisfacente. La promozione efficace di queste cure, come gli Stati membri hanno compreso, non può prescindere dall'esistenza di personale qualificato e adeguatamente formato e dall'impiego efficiente delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

Coordinamento dell'assistenza

Il coordinamento dell'assistenza è fondamentale per garantire l'elevata qualità delle cure erogate, l'uso efficiente delle risorse e il trattamento su misura e continuo necessario ad alcuni pazienti.

È indispensabile un coordinamento tra enti e servizi nazionali, regionali e locali per anticipare e superare eventuali ostacoli, derivanti ad esempio dalla presenza di budget separati per il finanziamento dei vari servizi, dall'organizzazione dell'erogazione dei servizi e dalla molteplicità di organismi coinvolti nel settore sanitario e sociale.

La misura del successo nell'erogazione di assistenza continua è la capacità dei servizi sanitari e sociali di completarsi a vicenda per rispondere ai bisogni specifici di ciascun paziente.

A tale scopo, due elementi sono importanti: l'erogazione coordinata dei servizi e la migliore gestione del passaggio tra diversi contesti (l'ambiente domestico, l'ospedale e la casa di riposo).

Le autorità nazionali ora prestano maggiore attenzione all'introduzione di misure che miglioreranno la capacità dei diversi servizi di collaborare efficacemente.

In alcuni paesi sono state stabilite strategie e priorità nazionali al fine di garantire uniformità nell'erogazione dei servizi: un elemento di particolare rilievo, dato che l'assistenza a lungo termine è generalmente devoluta e gestita a livello locale e regionale (Regno Unito, Spagna, Svezia). Obiettivi simili possono essere centrati tramite contratti quadro tra compagnie assicurative e fornitori di servizi di assistenza a lungo termine, come accade in Germania.

L'integrazione dell'erogazione dei servizi di assistenza a lungo termine può essere ottenuta tramite punti unici di accesso o team di valutazione territoriali (Paesi Bassi, Regno Unito) o tramite la decentralizzazione e l'integrazione dei servizi a livello regionale e locale (Regno Unito, Spagna, Svezia). Molti paesi hanno siglato (Belgio, Finlandia, Germania, Spagna) o stanno elaborando (Lettonia, Malta, Polonia, Ungheria) accordi per integrare l'erogazione dell'assistenza a lungo termine e assicurare la continuità delle cure.

Esistono vari esempi di paesi che allineano il finanziamento dell'assistenza a lungo termine con le componenti dell'assistenza sanitaria e sociale.

- Austria: ha integrato gli assegni per l'assistenza a lungo termine formale e informale;
- Germania: ha introdotto programmi di assicurazione comprensivi per l'assistenza a lungo termine per fornire sostegno ai prestatori di cure formali e informali;
- Regno Unito: la maggior parte dei finanziamenti per i servizi sociali viene devoluta localmente con la possibilità per le strutture ospedaliere di chiedere contributi agli enti locali nei casi in cui la dimissione del paziente sia impedita dall'assenza di servizi di assistenza a lungo termine;
- Spagna: ha coordinato i finanziamenti regionali per i servizi sociali e sanitari;
- Svezia: ha integrato i finanziamenti comunali per le cure a pazienti con patologie acute e per l'assistenza a lungo termine.

Altre iniziative comprendono le politiche tese a migliorare il coordinamento dell'assistenza, soprattutto fra i budget sanitari e sociali (Francia, Irlanda, Lettonia, Lussemburgo, Polonia, Portogallo, Spagna), e i piani per meccanismi comuni di accertamento e per la valutazione ad opera di équipe multidisciplinari con l'obiettivo di stabilire quale programma di assistenza adottare (Belgio, Danimarca, Estonia, Finlandia, Germania, Irlanda, Italia, Lettonia, Portogallo, Regno Unito, Slovacchia, Spagna, Svezia).

Un importante aspetto, da considerare con attenzione, è costituito dal fatto che l'assistenza, sia essa erogata sul territorio o in una struttura pubblica, è un settore ad alta intensità di manodopera nel quale i costi del personale rappresentano la fetta più grande della spesa.

Attrarre il personale “giusto”, soprattutto date le competenze mediche e le sensibilità sociali richieste, è una delle prime preoccupazioni delle autorità, che devono tener conto della carenza di manodopera in possesso della professionalità adeguata. Fattore centrale e decisivo diventa la Formazione, particolarmente importante, dal momento che gli sviluppi nelle conoscenze mediche e tecnologiche richiedono un aggiornamento pressoché costante delle abilità e delle qualifiche della forza lavoro.

L’assistenza domestica a lungo termine solleva preoccupazioni diverse, dato che essa è prestata generalmente da familiari e amici, che spesso mancano di una formazione specializzata.

Di fronte a tali lacune, molti Stati membri (Francia, Lituania, Repubblica ceca, Spagna e Svezia) hanno introdotto politiche intese ad ampliare il numero di persone che intende svolgere un lavoro infermieristico, a migliorare la formazione e a offrire programmi didattici per i professionisti dell’assistenza sanitaria e sociale al fine di rispondere all’aumento della domanda.

Altri paesi (Estonia, Lettonia, Polonia) intendono migliorare le condizioni occupazionali e i salari al fine di scoraggiare il personale specializzato dal cercare lavoro all’estero.

È necessario dare un sostegno adeguato ai prestatori di cure informali, il che comprende informazioni, formazione, consulenza, assistenza di sollievo, formalizzazione nella previdenza sociale e sostegno finanziario. Sono inoltre disponibili altre forme di assistenza:

- aiuti finanziari (Austria, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Repubblica ceca, Slovacchia, Spagna, Svezia, Ungheria);
- crediti d’imposta ed esenzioni fiscali (Francia, Germania, Grecia, Lussemburgo, Spagna);
- congedi per assistere i familiari (Austria, Finlandia, Germania, Paesi Bassi, Spagna);
- riconoscimento dei contributi pensionistici al prestatore di cure per i periodi di assistenza;
- formalizzazione dello status dei prestatori di assistenza e inclusione negli schemi di previdenza sociale.

8. Gli approfondimenti nazionali

8.1 La non autosufficienza in Francia.

La tradizione francese di assistenza e il contrasto alla non autosufficienza.

L’attenzione ai cittadini in difficoltà è una caratteristica della legislazione francese, addirittura dal 1796 con la creazione degli uffici di beneficenza. Questa caratteristica non è andata persa con gli anni: ad oggi sono numerose le leggi che stabiliscono l’organizzazione dell’azione sociale in Francia. Per quel che riguarda i nostri fini, la legge n. 647/2001 stabilisce che ogni persona anziana, con almeno 60 anni, residente in Francia che si trova nell’incapacità di assumere le conseguenze della mancanza o della perdita d’autonomia legata al suo stato fisico o mentale, ha diritto ad un sussidio personale che permetta una soddisfazione adeguata delle sue esigenze⁴.

Questo sussidio è concesso alle medesime condizioni in tutto il territorio nazionale, ed è destinato alle persone che, nonostante le cure che ricevono, hanno bisogno di un aiuto per il compimento degli atti essenziali della vita o il cui stato richiede una regolare sorveglianza.

4 La legislazione francese (legge dell’11 febbraio 2005 riguardante l’uguaglianza dei diritti e delle possibilità, la partecipazione e la cittadinanza delle persone handicappate), pur non definendo il non autosufficiente, propone la definizione di handicap “Costituisce un handicap, ai sensi della presente legge, qualsiasi limitazione d’attività o restrizione di partecipazione alla vita in società subita nel suo ambiente da una persona a causa di un’alterazione sostanziale, duratura o definitiva di una o più funzioni fisiche, sensoriali, mentali, conoscitive o psichiche, di un polyhandicap o di un disordine invalidante di salute ».

In Francia viene utilizzata la griglia di valutazione AGGIR (*Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources*) che permette di prendere in considerazione differenti variabili come ad esempio la coerenza, l'orientamento, i bisogni personali e la comunicazione.

Si possono distinguere in base a questa classificazione sei gruppi:

1. Gir 1 - comprende le persone limitate al letto o alla poltrona, che avendo perduto la loro autonomia mentale, corporale, di movimento e sociale, necessitano di assistenza continua;
2. Gir 2 - composto da due sottogruppi: da un lato, le persone limitate al letto le cui funzioni mentali non sono completamente alterate e che richiedono di un'assistenza per la maggior parte delle attività della vita corrente, dall'altro quelle le cui funzioni mentali sono alterate ma che conservano le loro capacità di movimento;
3. Gir 3 - riguarda le persone che hanno conservato la loro autonomia mentale e, parzialmente, la loro autonomia nei movimenti, ma che necessitano più volte al giorno aiuti per le loro esigenze corporali;
4. Gir 4 - comprende le persone necessitano di aiuti per la pulizia personale ed i pasti, non riuscendo ad alzarsi in maniera autonoma, ma che, una volta in piedi, riescono a muoversi all'interno della propria abitazione;
5. Gir 5 - è composto dalle persone che sono capaci di alimentarsi, vestirsi e muoversi. Possono aver bisogno di un aiuto specifico per la pulizia personale o della casa e la preparazione dei pasti;
6. Gir 6 - raggruppa le persone che non hanno perso la loro autonomia per gli atti ordinari della vita quotidiana.

Solo le persone comprese tra Gir 1 e Gir 4 sono assistibili dall'APA (Aiuto Personalizzato d'Autonomia). Le persone in Gir 5 e 6 possono beneficiare dell'azione sociale delle casse d'assicurazione vecchiaia. Per i gruppi 5 e 6, due nuove variabili sono state appena esaminate: lo spostamento all'esterno e l'utilizzo dei mezzi di comunicazione a distanza, in caso di bisogno.

La legge del 30 giugno 2004 ha introdotto alcune modifiche alla legislazione istitutiva dell'APA; creando un nuovo organismo di regolazione la CNSA (*Caisse nationale de solidarité pour l'Autonomie*) che in più occasioni ha saputo dare prova della sua importanza ed efficacia.

Il finanziamento e la ripartizione delle risorse.

Le risorse per il finanziamento di tali politiche provengono dai diverse fonti: dalla cassa assicurazione malattia e sicurezza sociale, dal contributo di solidarietà generalizzata e dai contributi per l'assicurazione vecchiaia della CNSA.

Benché fosse prevista una ripartizione egualitaria (50% Stato e 50% Dipartimenti) nella realtà ora il finanziamento è a carico per 1/3 allo Stato e 2/3 ai dipartimenti che hanno difficoltà a farvi fronte. Data la particolare modalità di finanziamento è difficoltoso ricostruire a quanto ammonti il finanziamento globale. Quello statale negli ultimi quattro anni ha visto un crescita dell'ammontare da 13,986 miliardi di euro del 2006, a 15,2 miliardi di euro nel 2007, a 17, 09 miliardi di euro del 2008, ai circa 19miliardi di euro del 2009.

Tali somme sono attribuite direttamente ai beneficiari o ai loro tutori in caso di cure a domicilio, ai servizi residenziali che prendono in carico il non autosufficiente negli altri casi.

Un piano "Alzheimer" è stato lanciato nell'ottobre 2008 per un intervento complessivo che si dovrà chiudere nel 2012. Inoltre, due testi riguardanti i servizi alla persona (per tutte le fasce di età, comprese le persone anziane) sono stati votati nel 2005 e nel 2008.

Tali norme tuttavia sono giudicate ancora non sufficienti ad assicurare un efficace contrasto alla problematica della non autosufficienza.

Un progetto di riforma molto interessante è quello che in Francia viene chiamato il 5° rischio, in riferimento ad un articolo del codice della sicurezza sociale francese, ma ha difficoltà a “vedere il giorno”, probabilmente perché le assicurazioni private hanno fiutato l'affare sulle problematiche connesse alla non autosufficienza.

La valutazione dell'efficacia delle misure viene effettuata a livello del singolo caso dal Consiglio generale, a cui spetta anche la decisione finale sulla pertinenza e congruità degli aiuti accordati. I risultati dell'azione complessiva di efficacia del sistema (pertinenza della legge, applicazione della stessa, difficoltà o inadempimenti del sistema di cura e tutela), invece, spettano alle organizzazioni sindacali, alle associazioni e al CNRPA (*Comité national des retraités et personnes âgées*) istituito all'interno del Ministero del Lavoro, della Famiglia e della Solidarietà.

La struttura della legislazione e le prospettive di riforma.

Non è prevista in Francia una legislazione a livello dipartimentale per quel che riguarda il contrasto alla non autosufficienza. Sono previste, tuttavia, forme “non legislative” di collaborazione con l'APA da parte del Consiglio Generale o da parte delle Istituzioni di sicurezza sociale. Merita menzione, tra queste, il sussidio “terza persona” che è stabilito prima dell'entrata in pensione e versato in aggiunta a questa in caso di problematiche connesse alle attitudini dei soggetti.

Altre forme di aiuti, questa volta alla famiglia, possono essere considerati la possibilità di usufruire di un congedo straordinario o di un'interruzione temporanea del contratto di lavoro. In alcuni casi particolari, infine, un membro della famiglia può essere remunerato dall'APA per l'assistenza prestata al familiare non autosufficiente.

Volendo esprimere considerazioni sul sistema di contrasto alla non autosufficienza si può sostenere che l'APA merita di essere finanziata ulteriormente, perché permette il finanziamento dell'assistenza a domicilio e i servizi domiciliari. Tuttavia, le discussioni ed i ritardi sull'evoluzione ed il finanziamento dell'APA sta compromettendo la situazione finanziaria del sistema. Ciò a maggior ragione se si considera che la CNSA non utilizza tutti i fondi che riceve.

In definitiva, la discussione intorno alla revisione del sistema non è infondata. Una legge che voglia intervenire in senso migliorativo sulle politiche di contrasto alla non autosufficienza, non può prescindere dalla considerazione di alcuni principi:

1. un diritto universale che riconosce al non autosufficiente una garanzia di sostentamento dalla nascita alla morte;
2. la necessità di un'organizzazione specifica per il 5° rischio;
3. un finanziamento basato sugli stessi principi degli altri rischi;
4. un'organizzazione che preveda una delega con obiettivi precisi ai Consigli Generali, perché a questi si associ un organismo di sorveglianza composto da partecipanti ed utenti;
5. il consolidamento generale del sistema, magari aprendo anche al mondo delle assicurazioni private purchè rispettino determinate condizioni e consentano la sottoscrizione di polizze collettive.

La sfida da raccogliere è quella di intervenire in un sistema, ognuno con le proprie convinzioni e professionalità, ma con l'obiettivo di implementare un sistema che consenta ai soggetti non autosufficienti di vivere la propria vita, nonostante le difficoltà giornaliere, con dignità e serenità.

È necessario che i Paesi europei si facciano carico di affrontare il problema anche in sede comunitaria. Sono, infatti, come molti studi dimostrano, quelli più interessati dal fenomeno dell'invecchiamento della popolazione.

La questione della perdita di autonomia dei soggetti deve essere esaminata da tutti i punti di vista e da parte di tutti gli Stati membri, in modo da porre le basi per una definizione comune delle

problematiche connesse allo stato di dipendenza, così da garantire a tutti i medesimi diritti, in primis quello della libera circolazione.

8.2. Il Lussemburgo ed il contrasto alla non autosufficienza

La popolazione che fa ricorso alle prestazioni fornite dalla copertura contro la non autosufficienza rappresenta circa il 2% di quella totale, anche se non risulta agevole fornire un dato “certo” data la mancanza di un coordinamento che stili un bilancio centrale e la pluralità delle amministrazioni interessate dal problema.

Secondo l'indagine PSELL-3/2005 del CEPS/INSTEAD sulla povertà nel Granducato di Lussemburgo il lavoro non basta sempre a preservare della povertà o dalle necessità di ricorrere all' aiuto sociale, soprattutto tra gli operai, poiché il 22% di questa categoria lavoratori si trova in tale situazione, e tra i lavoratori assunti con un contratto a tempo determinato.

La stessa indagine arriva ad un'altra conclusione interessante: il rischio di povertà è spesso trasmesso tra generazioni e la persona che ha avuto problemi finanziari nel corso della sua adolescenza è più spesso esposta al rischio di povertà una volta adulta; anche se per valutare il rischio di dipendenza occorre comunque fare riferimento al reddito familiare.

La necessità d'aiuto di una persona terza per gli atti essenziali della vita, inoltre, deve essere almeno pari a 3,5 ore a settimana e deve essere probabilmente duratura o irreversibile.

La protezione Sociale nel Granducato di Lussemburgo si è concentrata nel fornire tutele soprattutto a quelle tipologie di problematiche coperte dalla sicurezza sociale in senso stretto.

Ai nostri fini occorre considerare due aspetti:

1. l'assistenza e l'aiuto sociale da un lato, di competenza del Fondo Nazionale di Solidarietà;
2. l'assicurazione contro la dipendenza dall'altro, che provvede all'assistenza delle persone dipendenti.

Sul primo punto occorre ricordare che l'assistenza sociale è espressione della solidarietà nazionale e non viene fornita in contropartita di contributi professionali, si basa soltanto sulle necessità individuali dei soggetti.

L'aiuto sociale è costituito dai soccorsi forniti dalle Comunità pubbliche alle persone con risorse insufficienti. Gli uffici sociali stabiliti in ogni comune del paese, sono incaricati dell'amministrazione dei beni destinati ai poveri e della distribuzione degli aiuti.

Le prestazioni la cui competenza è del Fondo Nazionale di Solidarietà sono le seguenti:

1. L'accoglienza gerontologica. - L'integrazione viene assegnata alle persone accolte nelle strutture a tempo indeterminato, ma senza risorse personali che permettano di sostenere i costi del settore alberghiero e le necessità personali ed è versata direttamente alla struttura che le ospita.
2. Il sussidio di riscaldamento - Sostituito dal 1.1.2009 con l'indennità di “caro vita” a favore delle famiglie a reddito modesto.
3. L'indennità di “caro vita”, accordata, su domanda, alle famiglie a reddito modesto, secondo le condizioni e modalità stabilite dagli appositi regolamenti.
4. L'indennità speciale per persone disabili, riconosciuta alle persone con problemi di handicap ai sensi della legge del 12 settembre 2003.
5. Reddito minimo garantito (RMG). L'importo del RMG è fissato in funzione della composizione della famiglia. La persona è considerata come membro di una Comunità domestica se:
 - vive nella famiglia dei suoi discendenti;
 - è “majeure infirme” e vive nella famiglia dei suoi discendenti o fratello o sorella;
 - è accolta per pietà

Gli importi del RMG variano in relazione alla composizione familiare, l'età dei componenti e sono previsti supplementi per infermità.

I differenti montanti con indice base pari ad € 70229 sono elevati a:

Prima persona	1198,67.-€
Seconda persona	599,34.-€
Per bambini	109,00.-€
Supplementi per infermità	460,29.-€

La legislazione principale deriva dalla legge del 19 giugno 1998, modificata dalla legge del 23 dicembre 2005, disciplinata dal codice delle assicurazioni sociali, nuovo ramo delle assicurazioni sociali obbligatorie.

La dipendenza è definita come “lo stato di una persona che, in seguito a malattia fisica, psichica o mentale o ad una mancanza di ugual natura, presenta una necessità importante e regolare d'aiuto di una persona terza per gli atti essenziali della vita”. Questi comprendono i settori seguenti: l'igiene corporale, la nutrizione, la mobilità.

Le prestazioni previste dall'assicurazione dipendenza sono le seguenti:

- aiuti e cure per gli atti essenziali della vita, igiene corporale, nutrizione e mobilità;
- aiuti nel settore dei compiti domestici;
- attività di sostegno che sono soprattutto destinate a mantenere il potenziale d'autonomia per gli atti essenziali della vita del beneficiario, ma anche garantire una assistenza pianificata di sostegno individuali (sedute d'ergoterapia, kinésterapia sostegni psico-sociali, guardia a domicilio, accompagnamento) o per le attività di gruppo (frequenza di un centro diurno psico-geriatrico, assunzione a carico in un centro giornaliero per persone disabili, attività di gruppo in stabilimento);
- attività di addestramento per gli atti essenziali della vita (in attesa di preparare la persona a compiere tali atti in autonomia) ed i consigli ai familiari (aiutando ad aiutare senza nuocere e nuocersi);
- prodotti per aiuti e cure;
- aiuti tecnici messi gratuitamente a disposizione per il tempo necessario (letto adattato, sedie a rotelle, alzapersona, ascensori, ecc.);
- adattamenti dell'alloggio in attesa di promuovere l'autonomia della persona a domicilio (adattamento di un bagno, allargamento di porte, installazione di rampe, ecc.);
- l'assunzione in carico dei contributi previdenziali di chi si occupa della persona dipendente.

Quando la persona dipendente è assistita a domicilio, le prestazioni in natura, cioè quelle fornite dal un servizio professionale, previste per gli atti essenziali della vita ed i compiti domestici possono essere parzialmente convertite in una prestazione in contanti, che il beneficiario può utilizzare per remunerare che il privato che lo aiuta; le due prestazioni possono essere combinate. Esistono, infine, altre forme di agevolazioni per le persone che non sono completamente dipendenti o che sono al di sotto di una certa di soglia di reddito. A titolo di esempio si ricordano:

- la tariffa sociale;
- la partecipazione del fondo nazionale di solidarietà al prezzo dell'accoglienza gerontologia;
- l'accompagnamento socio pedagogico

Il finanziamento e la valutazione del sistema di contrasto.

Si provvede al finanziamento con contributi a carico, nella misura dell'1,41% su tutti i redditi professionali e patrimoniali, delle persone attive e dei pensionati. Esiste anche un contributo a carico del settore elettrico. Al finanziamento partecipa lo Stato con una partecipazione del 45% alle spese complessive. La commissione tripartita del 2006 ha fissato questo contributo a 140 milioni di EURO (Questa disposizione dovrebbe essere stata rivista alla fine del 2009).

Tutti gli assicurati ed i membri della loro famiglia hanno diritto alle prestazioni in caso di dipendenza e possono beneficiarne indipendentemente dai loro redditi.

Tabella: Evoluzione delle entrate e delle uscite correnti dell'assicurazione dipendenza, dal 2004 (in milioni di euro).

	2004	2005	2006	2007
Entrate correnti	317.5	380.1	379.7	472.9
Spese correnti	334.0	390.9	396.6	424.9

Il Nucleo di valutazione (NCO) è un servizio pubblico, posto sotto l'autorità del Ministro della sicurezza sociale e composto da medici, infermieri, psicologi, terapeuti e assistenti sociali, che valuta le necessità d'aiuto della persona che richiede le prestazioni e definisce le prestazioni alle quali si ha diritto.

Nel sistema lussemburghese, non si è dunque optato per una classificazione delle persone con dipendenza, ma per una valutazione individuale, basata sulle esigenze di aiuto o di cura.

La particolarità risiede nel fatto che ogni aiuto o cura presa in considerazione per la persona non autosufficiente è stabilito anche come durata; la somma delle durate degli atti disposti costituisce la misura oggettiva della dipendenza e definisce la base del pagamento delle prestazioni ed il riferimento per la soglia ed i vari massimali delle prestazioni.

Il Nucleo di valutazione e d'orientamento ha anche altre missioni:

- proporre, se necessario, misure di riabilitazione e di riadattamento;
- informare e consigliare in relazione a tutte le istanze rappresentate;
- controllare la qualità delle prestazioni fornite;
- controllare l'adeguatezza delle prestazioni fornite in risposta alle necessità della persona dipendente.

I fornitori dell'assicurazione dipendenza per operare nel quadro dell'assicurazione dipendenza, devono impegnarsi a fornire alla persona dipendente tutti gli aiuti e cure specificati nel programma, con personale proprio o procedendo a subappalto con altro fornitore.

La legge riconosce quattro tipi di fornitori, in relazione alle condizioni di salute del soggetto e alla necessità di mantenere il disabile nel proprio domicilio. I servizi prestati sono vari e hanno l'obiettivo di permettere una vita la più possibile autonoma. Si ricorre anche alle nuove tecnologie come braccialetti e l'impianto di apparecchi per i portatori di handicap.

I costi e le prestazioni di servizi sono forfetari. Per le persone a basso reddito i comuni partecipano in parte alle spese, in alcuni casi le spese sono prese in carico completamente dai comuni.

La Cassa Nazionale per la salute sostiene, su prescrizione medica, invece le spese per sedie a rotelle, aiuti alla marcia, letti elevatori.

Il valore ed il pagamento delle prestazioni dell'assicurazione dipendenza e le prestazioni in servizi dell'assicurazione dipendenza sono pagate al fornitore di aiuti e di cure, al contrario, le prestazioni in contanti sono erogate direttamente al beneficiario.

Il valore monetario delle prestazioni è negoziato annualmente tra l'organismo gestionale dell'assicurazione dipendenza e l'organismo rappresentativo dei fornitori di aiuti e di cure.

Esistono poi alcune associazioni che operano nel settore. L'associazione ADAPTH è una associazione che assiste e consiglia le persone dipendenti o minorate e procura i mezzi tecnici per l'adattamento dell'alloggio.

Opera con personale qualificato e il materiale specifico occorrente per la soluzione consigliata è in una prima fase affittato per permettere un periodo di prova prima di procedere all'acquisto.

Si ritiene che in questo settore esistano buone prospettive di sviluppo; i progetti del programma "Ambiant Assisted Living" è sostenuto da "Luxinnovation" e dal Fondo Nazionale di Ricerca.

Per le persone dipendenti, sono previsti soggiorni permanenti nei Centri e anche soggiorni con ritorni periodici a domicilio, secondo le prescrizioni..

L'organizzazione dell'assicurazione dipendenza

Alla gestione dell'assicurazione dipendenza provvede la Cassa Nazionale della Salute (CSN), che gestisce allo stesso tempo le prestazioni dell'assicurazione malattia e dell'assicurazione dipendenza.

La Cassa Nazionale Salute valuta e decide le istanze individuali e gestisce i bilanci dell'assicurazione dipendenza. I pareri riguardanti l'attribuzione delle prestazioni, delle forniture e le quantificazioni, sono espressi dal Nucleo di valutazione e d'orientamento.

Esiste anche una Commissione consultiva, composta da rappresentanti dei beneficiari dell'assicurazione, di rappresentanti dei fornitori, di parti sociali e di rappresentanti dell'organismo gestionale. Esprime pareri su:

- strumenti della misura della dipendenza, cioè il questionario di valutazione ed il rilevamento degli aiuti e cure;
- progetti di azioni sperimentali da condurre nel quadro dell'assicurazione dipendenza, a vantaggio di alcuni gruppi specifici;
- l'elenco degli aiuti tecnici da assumersi con l'assicurazione dipendenza.

La Commissione di Qualità delle Prestazioni, poi, voluta dal legislatore per rispondere ad un'esigenza diffusa, ha il compito di definire linee direttive e standard in materia di qualità di tutte le prestazioni dell'assicurazione dipendenza; il controllo di questa qualità è garantito, come già detto, dal Nucleo di valutazione e d'orientamento.

Gli inadempimenti alla qualità potranno essere sanciti dalla Commissione di sorveglianza, che è incaricata di definire le controversie che possono verificarsi tra l'organismo gestionale ed i fornitori. La legge prevede una conferenza periodica dei Ministri della famiglia, della salute e del bilancio, delle Organizzazioni operanti nei settori sanitari, della famiglia e dell'azione sociale come pure dei rappresentanti delle persone dipendenti, che convocata dal ministro della sicurezza sociale ha lo scopo di esaminare il funzionamento dell'assicurazione dipendenza, delle reti di aiuti e di cure e degli stabilimenti e avanzare proposte di miglioramento.

Conclusioni ed iniziative future del governo.

Le confederazioni sindacali rappresentative nazionali del Granducato di Lussemburgo sono pilastri portanti della sicurezza sociale in generale. Sono, infatti, rappresentate nei vari comitati, direttorii e in diversi consigli d'amministrazione della sicurezza sociale e possono dunque influenzare le decisioni di questi organi.

Il nuovo programma governativo prevede un certo numero di iniziative come la trasposizione della convenzione internazionale dell'ONU relativa ai diritti delle persone minorate per garantire loro l'accessibilità alla vita sociale e professionale.

Il governo estenderà anche, secondo criteri sociali, gli assegni servizi alle persone anziane, in particolare per il finanziamento dei servizi di prossimità, per migliorare la loro qualità della vita e promuovere così il mantenimento a domicilio.

In via sussidiaria sono anche previsti la promozione e lo sviluppo di nuove forme d'alloggio e la creazione di servizio-stabilimenti ospedalieri specializzati nell'assistenza alle persone anziane.

Concludendo, il governo intende presentare un progetto di legge orientato alla salvaguardia dei diritti ed obblighi del paziente che permetterà da un lato la creazione di una gestione dei reclami orientata sul paziente e dall'altro l'instaurazione di un'istanza di mediazione per risolvere eventuali reclami di pazienti.

Specialmente in periodo di difficoltà economica, la sicurezza sociale assume un ruolo stabilizzatore mantenendo il potere d'acquisto di una parte significativa della popolazione e garantendo occupazione e retribuzione alle persone occupate nel settore sanitario e, soprattutto, delle cure a lungo termine e delle persone dipendenti. I principali orientamenti strategici dovrebbero articolarsi allo scopo:

- di garantire la validità a lungo termine dell'assicurazione dipendenza;
- anticipare i rischi futuri che derivano in particolare dall'evoluzione demografica;
- migliorare il coordinamento delle cure tra il settore del domicilio, il settore stazionario acuto e quello a lungo termine;
- promuovere la qualità ed organizzare un sistema di controlli delle prestazioni;
- portare una trasparenza nel finanziamento delle prestazioni di cure a lungo termine.

Ne deriva la necessità di migliorare la trasparenza in materia di prestazioni dell'assicurazione dipendenza ed il prezzo del settore alberghiero e d'alloggio. Tuttavia, non si ritiene di ridurre il volume dell'intervento dell'assicurazione dipendenza ma di orientare di nuovo e di definire e organizzare meglio le prestazioni che riguardano il reddito minimo garantito (RMG).

Il governo procederà ad una revisione di questa legge che costituisce un pilastro incontestato del sistema di protezione sociale in Lussemburgo.

8.3. La non autosufficienza in Italia.

Il contesto di sicurezza ed assistenza sociale e il contrasto alla non autosufficienza.

Il sistema di welfare in Italia è investito, alla pari degli altri sistemi di welfare europei, da ampi processi di revisione sul piano culturale e sul piano economico-finanziario. Questo ha comportato un notevole ritardo nel fornire risposte adeguate ed omogenee sull'intero territorio nazionale ai fenomeni della "terza e quarta età".

In generale si può sostenere che la sicurezza sociale è garantita da forme assicurative alimentate dai contributi versati dai lavoratori e dai datori di lavoro pubblici e privati durante il periodo di attività di ciascun cittadino. Della sicurezza sociale fa parte l'assistenza sanitaria attraverso le prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (Legge n. 833/1978) e comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il sistema di garanzia sociale in Italia è stato regolamentato dalla legge 328 /2000 che è la prima legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali. Essa pur riconoscendo allo Stato il compito di programmare un sistema integrato di servizi sociali, ne demanda lo svolgimento alle Regioni, agli Enti locali e ai Comuni attraverso l'elaborazione dei Piani di Zona.

Le prestazioni pubbliche di assistenza si articolano in: *a*) servizi residenziali (presidi sociosanitari e presidi socio-assistenziali), *b*) servizi semiresidenziali (centri diurni), *c*) servizi domiciliari

(assistenza domiciliare sociale, Sad, e assistenza domiciliare integrata, Adi), *d*) trasferimenti monetari (indennità di accompagnamento e assegni di cura), *e*) sostegni al lavoro privato di cura.

In questo ambito l'attività assistenziale pubblica prestata ai non autosufficienti è ancora carente. Infatti, la spesa sostenuta dalle famiglie italiane nel 2008 per retribuire le badanti supera quella stanziata dallo Stato nel 2007 per l'indennità di accompagnamento: lo 0,59% del Pil contro lo 0,54%. La componente sanitaria della spesa pubblica dedicata agli over 65 rappresenta lo 0,46% del Pil, mentre la componente comunale si ferma a quota 0,12% (dati 2007).

La normativa vigente in materia di non autosufficienza è lacunosa in quanto, pur prevedendo un fondo specifico per la non autosufficienza, stabilito dall'art. 15 della legge n. 328 del 2000, non ha ancora approvato una legge nazionale che ne dia una definizione e ne indichi le caratteristiche.

Infatti, per valutazione della persona non autosufficiente vengono utilizzate VDM, scale, schede, accertamenti sanitari, accertamenti socio-sanitari, la cui disciplina si ritrova in norme e misure differenziate, difficilmente riconducibili ad un unicum.

L'esistenza in Italia di più meccanismi paralleli di accertamento del bisogno di cura ed attivazione delle risposte ad esso (per il riconoscimento dell'invalidità civile e l'ottenimento dell'indennità di accompagnamento, facente capo all'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale); per l'accesso ai servizi sanitari, facente riferimento alle Asl (Aziende Sanitarie Locali); per il ricorso ai servizi sociali, tramite i Comuni), impedisce al momento di raccordare l'erogazione di contributi con quella degli altri servizi.

Una possibile, auspicabile soluzione potrebbe essere rappresentata dall'approvazione del progetto di legge di iniziativa popolare presentata nel 2005 dai sindacati dei pensionati.

Il progetto benché non approvato riuscì comunque nell'intento di riaprire la questione. Con l'avvento dell'attuale Governo, il problema della mancanza di una legge e di risorse adeguate per i non autosufficienti, più volte riportato alla ribalta dalle Organizzazioni sindacali anche con la recente manifestazione dello scorso giugno, non ha trovato ancora una risposta.

Solamente al livello territoriale, alcune regioni e province hanno emanato una legge specifica sul tema della non autosufficienza dandone una definizione precisa. A tal fine si riporta la definizione data dalla legge approvata dalla Provincia autonoma di Bolzano che all'art. 2 definisce i non autosufficienti: *“Ai fini della presente legge si intende per non autosufficiente una persona incapace in misura rilevante e permanente, a causa di patologie o disabilità fisiche, psichiche o mentali, di svolgere le attività della vita quotidiana negli ambiti costituiti da alimentazione, igiene personale, funzioni escretorie, mobilità, vita psico-sociale e conduzione dell'economia domestica, e che necessita pertanto dell'aiuto regolare di un'altra persona, mediamente per più di due ore al giorno la settimana; al riguardo va tenuta presente la possibilità di migliorare l'autonomia personale del richiedente mediante l'utilizzo di ausili tecnici”*.

L'intensità dell'intervento e l'erogazione di risorse viene commisurato al grado di non autosufficienza riconosciuto dalla Commissione multidimensionale.

Il fabbisogno d'assistenza sussiste in presenza dei seguenti requisiti:

- a) almeno una diagnosi di malattia/disabilità che comporti una non autosufficienza rilevante;
- b) una limitazione funzionale che ne deriva in almeno uno dei settori da a) a e) indicati all'art. 2 della legge di non autosufficienza;
- c) il deficit funzionale deve essere rilevante e permanente.
- d) La stessa legge per l'assegnazione delle prestazioni previste sull'assistenza alle persone non autosufficienti, indica su una scheda di rilevamento, in quattro possibili livelli assistenziali, e precisamente:
 - 1° livello assistenziale quando è riconosciuto un fabbisogno complessivo d'assistenza oltre 60 fino a 120 ore mensili;
 - 2° livello assistenziale quando è riconosciuto un fabbisogno complessivo d'assistenza oltre 120 fino a 180 ore mensili;

- 3° livello assistenziale quando è riconosciuto un fabbisogno complessivo d'assistenza oltre 180 fino a 240 ore mensili;
- 4° livello assistenziale quando è riconosciuto un fabbisogno complessivo d'assistenza superiore a 240 ore mensili.

In definitiva, non esiste alcun piano di contrasto alla non autosufficienza, benché fosse stato in parte previsto dal dettato dell'art 18 della legge 328/00 all'interno del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali e nel successivo Patto per la salute.

Le risposte a tale fenomeno sono di carattere regionale, solo in 10 regioni è stato istituito il "fondo per la non autosufficienza" e i regolamenti attuativi, ma manca una regia e una legge nazionale di riferimento⁵.

Gli atti normativi di programmazione ed indirizzo, infatti, fanno parte del Piano Sanitario Nazionale. Le regioni possono legiferare definendo le risorse ed i comuni, dal canto loro, operativamente intervengono nella gestione ed erogazione di prestazioni e servizi.

Il Piano Sanitario Nazionale, tuttavia, non ha forma di legge, ma è un atto emanato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali.

Hanno, al contrario, forma di legge regionale i Piani sanitari Regionali ovvero i Piani di contrasto alla non autosufficienza adottati da alcune regioni.

I finanziamenti e la destinazione dei Fondi.

L'intervento economico a favore dei non autosufficienti è stato previsto per la prima volta a partire dalla legge finanziaria 2007 (legge n. 296/06) e poi nelle successive leggi di bilancio. Esso è ripartito per regioni in base ad alcuni indicatori, è integrato nella totalità delle regioni e in alcuni casi anche dai Comuni, soprattutto quelli che hanno una maggiore dimensione con fondi propri.

Dal 2007, il finanziamento è stato pari a 100 milioni di euro per il primo anno, 300 milioni di euro per il secondo e 400 milioni per il 2009.

In tale settore della protezione sociale l'Italia investe l'1,13% del PIL, secondo la seguente articolazione⁶:

- a) componente sanitaria 0,46% (per servizi sanitari e riabilitativi e RSA);
- b) indennità di accompagnamento, assegnata direttamente al soggetto non autosufficiente, 0,54%;
- c) componente degli enti locali 0,12% (con una composizione mista tra servizi e sostegno al soggetto);
- d) sostenuta dalle famiglie per retribuire assistenti familiari 0,59

L'articolazione degli interventi e le prospettive di riforma

In Italia, in assenza di una apposita normativa organica di prevenzione di contrasto alla non autosufficienza, gli interventi in questo senso sono affidati agli enti locali, attraverso la predisposizione di servizi (es. centri diurni semiresidenziali) o attività di socializzazione come i centri sociali per anziani e terapie occupazionali. Ovviamente, allo stesso modo la verifica dei servizi e delle prestazioni erogate presenta forti criticità su tutto il territorio nazionale. Il monitoraggio, effettuato dall'AGENAS, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali avviene solo in alcune realtà più organizzate, (vedi provincia di Bolzano, il Veneto, Emilia Romagna, Piemonte Toscana). Un esempio interessante è costituito dal bilancio sociale riferito alla

⁵ In particolare Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lazio e Provincia di Bolzano, Sardegna.

⁶ Dato Ragioneria dello Stato 2009.

terza età della regione Emilia Romagna, che sta servendo da modello per la costruzione di analoghi percorsi in altre regioni.

La normativa, l'organizzazione e la qualità dei servizi resi sono giudicati carenti, disomogenei sul territorio e non organici soprattutto per l'assenza di un impianto normativo che renda coerenti ed integrati gli interventi, rendendo esigibili i diritti per tutte le persone non autosufficienti.

Non pare, dunque, più differibile la predisposizione di una normativa che esamini e risolva il problema su tutti gli aspetti: definizione, soggetti, risorse e finanziamenti, servizi ed efficacia degli interventi, magari ripartendo dalla proposta presentata dalle organizzazioni sindacali.

8.4. Il sistema di contrasto alla non autosufficienza in Romania.

In Romania è la legge n. 448/2006 sulla protezione e promozione (o emancipazione) delle persone disabili a prevedere e regolare il sistema di contrasto alla dipendenza. Anche se, si può anticipare, anche il rumeno, al pari di quello di altri Paesi europei, non pare essere un sistema di contrasto efficace in grado di coprire i nuovi rischi derivanti dai problemi sociali emergenti.

È la stessa legge a definire le persone handicappate come quelle persone che, a causa di una malattia fisica, mentale o sensoriale, mancano della capacità di svolgere in maniera normale le attività quotidiane, necessitano di misure di protezione e sostegno per il recupero, l'integrazione e l'inclusione sociale.

La legge contempla numerosi tipi di handicap: si va da quello fisico a quello mentale o psichico; oppure a quello relativo ad una deficienza sensoriale relativa alla vista, all'udito, alla mancanza della parola; o ancora a quello relativo ad alcune malattie contratte, HIV/SIDA, o associato a qualche forma di morbo o malattia rara. Ognuna di queste alterazioni ai sensi della legge può manifestarsi in diverse forme, la cui misurazione è declinata in una scala di valori che vanno da lieve, ad intermedio, a pronunciato e fino a grave.

Il compito di inquadrare i soggetti adulti nelle differenti griglie relative ai diversi tipi e gradi di handicap è di competenza di una Commissione ad hoc denominata Commissione di Valutazione delle Persone Handicappate Adulte.

In Romania tutte le azioni connesse alla tutela dei soggetti dipendenti, come anche quelle per la gestione del finanziamento in materia di non autosufficienza rimangono ad appannaggio del sistema nazionale.

Ai sensi della legge n. 448/2006 le persone handicappate che chiedono di essere integrate, o reintegrate, in un luogo di lavoro hanno diritto all'accesso gratuito, alla valutazione e all'orientamento professionale in relazione all'età, al tipo e grado di handicap. La medesima legge prevede aiuti finanziari per le famiglie dei disabili. Ad esempio, la famiglia al cui interno vive un bambino/adulto con handicap grave, beneficia di un assegno mensile pari ad 1/3 del salario minimo nazionale e di un budget supplementare personale pari al 15,1% dello stesso salario minimo nazionale. Tali benefici possono ridursi al 27,6% e 11,3% nel caso di presenza di soggetti con handicap pronunciato; e nel caso di handicap intermedio si ha diritto al solo budget supplementare personale nella misura del 5,58%.

Le persone con handicap grave, stabilito in base ad una valutazione che tiene conto degli aspetti medici, psichici e sociali, hanno diritto anche ad un assistente personale.

Le famiglie dei bambini con handicap grave possono chiedere un assistente personale o un assegno mensile pari al salario minimo nazionale.

Il sistema legislativo per la tutela dei disabili deve essere migliorato e, in attesa di una discussione più approfondita, un primo passo importante potrebbe essere la ratifica della Convenzione per i diritti delle persone handicappate.

L'Autorità Nazionale delle Persone Handicappate ha nel suo programma, comunque, di presentare nel futuro prossimo una proposta di revisione dell'impianto complessivo del sistema di contrasto

alla non autosufficienza. Tale proposta, vista l'importanza del tema oggetto della stessa, non potrà che essere preceduta da un'ampia discussione aperta al contributo di tutte le Istituzioni e le Organizzazioni e le associazioni interessate a tale problematica.

8.5. Il contrasto alla non autosufficienza in Spagna.

Il sistema spagnolo di sicurezza sociale ed il sistema di tutela connesso alla dipendenza

La legislazione spagnola in materia di sicurezza sociale prevede le seguenti prestazioni:

- Assistenza sanitaria gratuita per i pensionati;
- Aiuti a domicilio
- Pensioni non contributive;
- Sussidio di disoccupazione
- Tele assistenza
- Centri diurni
- Servizi residenziali

La recente normativa spagnola in materia, definisce la dipendenza come una situazione a carattere permanente in cui si trovano le persone che per ragioni di età, infermità, incapacità derivanti da mancanza o perdita di autonomia fisica, mentale, intellettuale o sensoriale, necessitano dell'attenzione di altra o altre persone, o aiuti importanti per svolgere le attività di base della vita quotidiana o, nel caso di persone con incapacità intellettuale o infermità mentale, di altri appoggi per la propria autonomia personale.

La legge n. 39 del 14 dicembre 2006 sulla promozione dell'autonomia personale e sull'attenzione alle persone in situazione di dipendenza, che deriva da una proposta dell'UGT fatta propria dal Governo e accettata da tutti i gruppi politici presenti in parlamento, prevede diversi gradi di non autosufficienza:

grado 1 – dipendenza moderata

grado 2 – dipendenza severa

grado 3 – dipendenza grave

con ognuna al proprio interno due livelli (1 e 2).

Lo scopo della legge è di prestare attenzione integrale verso la persona in tutti i suoi aspetti e circostanze ambientali. Stabilisce mezzi adeguati di prevenzione, riabilitazione, stimolo sociale e mentale. Altro principio importante della legge è la ricerca del mantenimento della persona, ove possibile, nel suo ambiente originario, calibrando i servizi da prestargli in relazione a tutte le sue esigenze ed attività. La legge, infine, detta le modalità di coordinamento tra servizi sanitari e servizi sociali.

Il grado ed il livello di dipendenza si determinano mediante l'applicazione di una unica scala di valutazione in tutto il Paese, approvata dal governo in un decreto del 2007, e le azioni di contrasto vengono realizzate congiuntamente dal livello nazionale e da quello regionale.

Il finanziamento del sistema e le prestazioni previste

Il finanziamento del sistema è a carico tanto dello stato che dalle comunità locali autonome, con la differenza il primo finanzia la copertura di base per tutto il Paese.

In alcuni casi, tuttavia, al non autosufficiente è richiesta la partecipazione alle spese.

Il finanziamento globale nel corso degli ultimi anni è stato il seguente: 2007, 400milioni di euro; 2008, 678685396; 2009, 979364617; 2010, 1160330812. Per il 2011 è stato previsto un finanziato pari a 1545425613.

Le prestazioni economiche previste sono:

- **prestazioni economiche alla persona** – commisurate al grado di dipendenza e di capacità economica, potranno essere ricevute in caso di presenza di determinati requisiti, con il vincolo di utilizzarle per le prestazioni necessarie;
- **Sussidi economici ai familiari** – riconosciute ai familiari che si prendono cura dei soggetti non autosufficienti e che si impegnano a rispettare un programma di informazione e formazione stabilito dalle istituzioni di sicurezza sociale;
- **Prestazioni economiche di assistenza personalizzata** – per sviluppare il grado di autonomia di tali soggetti con l'obiettivo, attraverso un'assistenza personalizzata e per un numero stabilito di ore, di facilitare l'accesso al mondo del lavoro, l'educazione ad una vita più autonoma con la realizzazione delle attività di base della vita quotidiana.

La valutazione dell'efficacia degli interventi è affidato ai soggetti firmatari di un accordo: Patronati, sindacati e Governo.

La legge sulla dipendenza è stata valutata positivamente da tutte le Istituzioni e dalla cittadinanza. La legge stabilisce anche una serie di meccanismi di cooperazione tra l'amministrazione centrale dello Stato e le Comunità autonome, tra cui merita menzione la creazione di un Consiglio territoriale del sistema delle autonomie e l'attenzione alla dipendenza.

Le prospettive.

Creare una legge in tutti i Paesi europei sulla non autosufficienza è ormai improcrastinabile. Un'attenzione alla dipendenza è il riflesso della maggiore sensibilità sociale scaturita anche da un maggior benessere economico raggiunto che consente di tener presente maggiormente le problematiche della vita umana, che devono tenere conto anche dell'invecchiamento della popolazione. Basti pensare che in Spagna a pochi anni dalla sua emanazione, la legge sulla dipendenza, è considerata il quarto pilastro del benessere sociale. La legge, infatti, non ha soltanto dato risposta alle problematiche che affliggono le persone con un certo grado di disabilità, ma ha avuto anche l'effetto di creare nel sistema di cura di lungo periodo alle persone, numerosi posti di lavoro, quantificabili in 340000 di impiego diretto e 160000 indiretto.

Il procedimento seguito in Spagna potrebbe essere preso in considerazione dagli altri Paesi in cui manca una legislazione in materia.

In conclusione sono da considerarsi fondamentali la professionalizzazione del personale che fornisce l'assistenza ed una formazione adeguata nei casi in cui il dipendente sia assistito dai suoi familiari o da persone che non hanno specializzazione. Al finanziamento dei servizi dovrebbero contribuire lo Stato, le Comunità autonome e anche i beneficiari in relazione alle proprie possibilità economiche, in modo tutelare le persone non autosufficienti per tutta la durata del periodo di infermità.

8.6. La Croazia e il sistema di contrasto alla non autosufficienza

Il sistema di assistenza croato

Il sistema di assistenza sociale è regolato dalla Legge di assistenza sociale che è entrata in vigore il 1° gennaio 1998 con l'obiettivo di soddisfare le esigenze di base della vita di quelle persone che, per circostanze sfavorevoli personali, economiche, sociali o altro, non vi possono provvedere, da soli o con l'aiuto dei membri delle loro famiglie. La legge distingue due gruppi di utenti:

1. il primo, composto dai soggetti privi di reddito personale o più basso del livello minimo prescritto cioè insufficiente ad assicurare i bisogni di base;

2. il secondo composto dagli utenti che ricevono l'assistenza per esigenze causate principalmente dall'invalidità, dalla vecchiaia, dalla malattia mentale, ecc. Questo gruppo comprende anche bambini e giovani senza tutela familiare sufficiente o con disordini di comportamento o vittime di violenza nella famiglia.

Il benessere sociale, secondo le disposizioni legali, è finanziato dalle città e dai comuni. Tuttavia, il bilancio generale comprende il finanziamento di tutti i diritti standard di benessere generale oltre all'assistenza per alloggio ed il cibo. Le strutture decentrate del governo possono, con i loro propri mezzi, finanziare prestazioni sociali al di sopra del livello standard garantito dalla Legge o riconoscere diritti/prestazioni/servizi i diritti completamente nuovi.

L'ammontare di tutti i benefici finanziari concessi dal sistema di welfare croato è calcolato in percentuale rispetto ad un minimo di trattamento determinato da una decisione del Governo. Attualmente tale minimo di base ammonta a 500 kuna (pari a 68 EURO).

La normativa prevede le seguenti forme di assistenza e di sussidio:

1. L'assistenza permanente alle persone con forme gravi di disabilità con l'erogazione di importi diversi in relazione all'età e alla composizione familiare;
2. Il diritto all'assistenza per le spese riguardanti l'alloggio, copre le spese di affitto, quelle riferite all'elettricità, al gas, all'alimentazione, arrivando come importo fino alla metà di quelli previsti per l'assistenza permanente.
3. Il sussidio per la cura e l'assistenza che riconosce, secondo le necessità dello stato di salute, agli utenti il diritto all'importo ridotto o completo.
4. L'assistenza a domicilio viene riconosciuta a coloro che, per malattie fisiche o mentali o altri danni permanenti, hanno bisogno di assistenza ed alla cura di altre persone (questo servizio è subordinato al reddito e alla possibilità di organizzare tale cura nella zona dove i non autosufficienti risiedono).
5. Il diritto all'assegno personale di inabilità, è una rendita finanziaria per le persone con alto grado di inabilità. Anche in questo caso sono previsti diversi importi e per i genitori di bambini fino ai 7 anni sono previsti permessi di paternità/maternità o riduzioni nell'orario di lavoro.
6. Esiste un permesso concesso al disabile disoccupato fino a quando non muta la propria condizione occupazionale. Tale è calcolato nella misura del 70% del tasso base (circa 48 EURO)
7. La condizione del genitore che presta assistenza al proprio bambino, è stata introdotta come nuovo diritto dalla Legge sulle modifiche e sulle correzioni della Legge sulla "Healthcare" (2007) e ricorre a favore di un genitore nei casi in cui, su prescrizione del medico, lo stesso sia in grado (o riceve una formazione tale da consentirgli) di effettuare alcune procedure tecnico-mediche per fornire cure specifiche al proprio bambino o, in casi eccezionali, quando un bambino dipende completamente dalla cura dei genitori.
8. Cura fuori della famiglia. La cura all'esterno del nucleo familiare è una possibilità residuale, nel senso che viene riconosciuta soltanto nei casi in cui la persona e la sua famiglia non possono essere considerati beneficiari di altri aiuti previsti nel quadro di assistenza, o quando tale forma di cura è giudicata più utile per la formazione, l'addestramento, la riabilitazione, ecc.
9. Un sussidio può essere, inoltre, assegnato alla singola persona o famiglia che a causa di difficoltà materiali intervenute non sono in grado di far fronte ad alcuni bisogni specifici collegati alla nascita o la formazione del bambino, la malattia o la morte di un membro della famiglia, l'acquisizione di beni di prima necessità della famiglia quali vestiti, calzature, ecc. l'importo massimo concedibile è pari a cinque volte il tasso minimo di base, cioè 342 EUR. Se l'importo necessario supera detto limite, occorre il permesso del Ministero competente. Questo sussidio può essere erogato in soldi o in natura.
10. Consulenze ed aiuti per superare momentanee difficoltà. Questo servizio include il sostegno sistematico e programmato per superare varie difficoltà quali: malattia, vecchiaia, morte di un membro della famiglia, problemi dell'infanzia, inabilità o trattamenti di lunga degenza.

La Legge di assistenza sociale stabilisce che il diritto alle prestazioni assistenziali può “essere assegnato ad una persona che a causa di inabilità fisica o mentale, cambia permanentemente nello stato di salute o per vecchiaia ha un'esigenza urgente di aiuto permanente e la cura di un'altra persona perché non è capace di soddisfare autonomamente le esigenze di base della vita “

L' assegno di cura e di sostegno è assegnato nell'importo completo o viene ridotto, in presenza di altra persona che può prendersi cura del non autosufficiente. In Croazia, tuttavia, esistono anche programmi specifici di prevenzione della salute.

Nel sistema croato sono previsti dei piani sanitari di prevenzione, in cui vengono dettate le regole per e le modalità per la copertura per la non autosufficienza.

Il Finanziamento e l'organizzazione dei piani di contrasto

La maggior parte dei finanziamenti necessari per le azioni di contrasto viene posta a carico del livello nazionale e precisamente a carico del Ministero della famiglia, dei veterani e della solidarietà tra generazioni; a livello locale le unità regionali e anche le città e i comuni, secondo i propri programmi, bisogni e possibilità

Non esistendo un bilancio unico non è possibile quantificare le risorse finanziarie utilizzate per il contrasto alla non autosufficienza. Un indicatore può essere considerato il numero di utenti che, negli ultimi tre anni, è aumentato da 72.550 nel 2006 a 76.872 nel 2008.

Per quanto riguarda le modalità di erogazione, i mezzi sono assegnati direttamente alla persona che usufruiscono del sussidio di cura e di sostegno.

Allo stato attuale, non esistono procedure codificate di valutazione e verifica, ma esistono sono previsti ed effettuati controlli permanenti sulle concessioni dei sussidi da parte degli uffici competenti e autorizzati di self-government nazionale, regionale e locale ed i cittadini hanno diritto di accesso a tutte le informazioni e, ovviamente, ad avanzare reclami e ricorsi.

Molto importante si sta dimostrando l'azione delle organizzazioni della società civile in Croazia che stanno fornendo il loro fattivo contributo alla correzione ed al miglioramento dei servizi riservati agli anziani ed ai disabili.

Non ci sono normative, oltre quelle di livello nazionale; tuttavia, ogni unità del self-government regionale e locale può, all'interno della propria competenza e responsabilità, adottare la strategia, i piani di azione ed i relativi finanziamenti, che ritiene più idonei per le politiche di contrasto alla non autosufficienza.

È importante ricordare la Legge sulla “presa in carico” (letteralmente, cura adottiva) (Official Gazette Narodne novine No. 79/07) per soddisfare le esigenze di base di una persona. Sulla base della decisione del centro di assistenza sociale per il riconoscimento del diritto, la persona che fornisce la cura è autorizzata al sussidio mensile per accudire ai bisogni dell'utente in cura

La prestazione economica, stabilita da un contratto con i centri di assistenza locali, varia in relazione al numero degli utenti.

Le prospettive di riforma

In anni recenti il Ministero responsabile di cura sociale ha iniziato ed effettuato una serie di riforme che hanno l'obiettivo di aumentare l'efficacia del sistema generale della cura sociale, compreso il sistema della cura per le persone anziane ed incapaci. La linea ispiratrice è quella di puntare sulla decentralizzazione dei servizi cura per le persone anziane ed incapaci e in questo senso le istituzioni sociali centrali di cura stanno provvedendo ad una riorganizzazione per assicurare una maggiore qualità del loro lavoro.

Il Ministero della famiglia, dei veterani e della solidarietà tra generazioni ha adottato il programma di sviluppo dei servizi per le persone anziane nel sistema della solidarietà tra generazioni 2008-

2011; in questo ambito sta attuando due programmi di solidarietà tra generazioni quali “aiuto a domicilio per le persone più anziane” e “residenza quotidiana ed aiuto a domicilio per le persone più anziane”.

La Repubblica di Croazia ha esposto i propri impegni di programma con la previsione di ulteriori sviluppi del sistema sociale di cura nel documento di pre-adesione intitolato “Memorandum sull'inclusione sociale”.

Secondo il Ministero, il quadro giuridico della Repubblica di Croazia per quanto riguarda la cura per gli anziani e i disabili risponde generalmente ai bisogni tenuto conto delle possibilità di bilancio. I programmi di riforma prevedono ulteriori miglioramenti soprattutto come sviluppo dei servizi all'interno della Comunità, spingendo sul decentramento e altre iniziative in fase di studio.

Tuttavia, secondo la ricerca di SUH, in Croazia l'11.3% dei pensionati ha espresso un'esigenza di maggiore assistenza domiciliare e il 34% necessita di assistenza continua.

Come abbiamo già accennato esistono progetti di riforma, che si stanno portando avanti anche sulla base di studi e ricerche. Una ricerca scientifica effettuata da SUH sullo stato di salute e sociale della popolazione più anziana in Croazia ha evidenziato che il 15% non può fronteggiare le spese, e il 2.5% sono completamente dipendenti poiché, non potendo deambulare, dipendono completamente dalle loro famiglie. Il SUH ha proposto molte revisioni della normativa in vigore, soprattutto per alzare il livello dei sussidi e studiare un piano nazionale di sviluppo per la protezione delle persone più anziane. Sarebbe, inoltre, necessario creare centri diurni per gli anziani inabili; migliorare le pensioni dei portatori di handicap e degli inabili.

Su tali punti è necessaria anche una maggiore attenzione dell'Unione Europea, attenzione che si dovrebbe tradurre in iniziative e programmi per una politica più forte e trasparente in favore degli non autosufficienti e che dovrebbe affermare alcune linee guida operative valide per tutti gli Stati membri.

Altro punto delicato riguarda gli operatori del settore che lavorano all'interno dei servizi pubblici, operatori a maggioranza femminile. Non sono remunerati come gli altri settori e hanno poca possibilità di sviluppi di carriera, anche se sarebbe necessaria una maggiore continuità di addestramento. Il Ministero competente confida in un miglioramento della situazione economica per l'attenuazione dei problemi e delle insufficienze attuali e per un aumento delle persone tutelate comprendendo ulteriori categorie.

L'assistenza dedicata ai membri più vulnerabili della società non è considerata come carriera professionale e spesso non è riconosciuta, la qualcosa si misura dai bassi livelli salariali e dalle condizioni di lavoro sfavorevoli. La qualità di servizio è solitamente molto bassa.

In una tal situazione, quando non è sufficiente dichiarare l'efficacia dei controlli perché vengono denunciate attività criminali in questo ambito, e nessuno si preoccupa delle persone non autosufficienti che rimangono a casa loro e sono esposte a vari pericoli, come essere forzate a firmare i contratti e derubate delle loro proprietà. Sfortunatamente, ci sono indicazioni che alcuni degli impiegati nel sistema sociale di cura sono coinvolti in tale “commercio,,.

La Croazia ha un livello molto basso di cura per le persone dipendenti: a titolo di esempio, non vi è ospedale che prenderebbe, tranne il pronto soccorso, le persone anziane che diventano dipendenti in via transitoria. E ancora: non ci sono reparti geriatrici negli ospedali e non vi è cura palliativa organizzata nel paese ed il programma di cura non è realmente controllato.

I programmi di solidarietà tra generazioni del Ministero della famiglia, dei veterani di guerra e della solidarietà tra generazioni hanno l'obiettivo di sviluppare i servizi per le persone più anziane all'interno dei sistemi internazionali 2008 - 2011 e sono orientati verso forme supplementari e istituzionali di cura per le persone più anziane come si evince dai titoli dei due programmi chiave della solidarietà tra generazioni: “Aiuti nel paese per le persone più anziane,, e “la residenza quotidiana ed aiuti nel paese per le persone più anziani, tuttavia tali programmi sono, in realtà, in una fase iniziale e si rivolgono ancora ad un numero piuttosto basso di utenti

Il governo croato e la Commissione Europea hanno concordato sulle seguenti priorità: allargamento della rete dei servizi sociali per i bambini, le persone più anziane e le persone disabili (particolarmente in più piccole città e nelle zone rurali); sviluppare un piano d'azione sui servizi domiciliari per i bambini e le persone inabili (per arrestare l'istituzione di nuove istituzioni, ingrandire le forme alternative di fornire i servizi sociali e per ridurre il numero di utenti nelle istituzioni di assistenza sociale); avvicinare il più possibile i servizi nelle Comunità in cui gli utenti vivono; per sviluppare la strategia di decentralizzare i servizi sociali, favorire le possibilità di scelta, favorire l'armonizzazione fra vita e lavoro, soprattutto per le donne e favorire la prevenzione.

8.7. Il Regno Unito e il contrasto alla non autosufficienza

Il sistema di protezione sociale e la non autosufficienza

Il sistema di welfare del Regno Unito è basato sul modello Beveridgiano, che offre alcuni servizi liberi universali, accanto ad altre misure di sostegno di sussidi e cura.

Il settore ha, progressivamente, visto crescere il peso del settore privato e del volontariato, a scapito del servizio pubblico, confidando nel ruolo regolatore del mercato. Tale ruolo si è, tuttavia, si è dimostrato debole e spesso inefficace.

Non esiste nel Regno Unito una definizione legale di persona dipendente, ma soltanto alcune verifiche da effettuare, al cui esito positivo i soggetti possono ricevere determinati benefici e servizi. A titolo di esempio, l'accesso alle cure a domicilio è concesso dopo una attenta valutazione dei bisogni della persona ma, nonostante siano quattro le categorie di bisogno riconosciute, molti fornitori di servizi attualmente offrono soltanto la loro disponibilità a coloro che si ritrovano nelle due categorie più estreme.

Le cure a domicilio, comunque, sono a pagamento per coloro che, pur avendone diritto, hanno un reddito annuo superiore a £23,000.

Le quattro classi cui si accennava per il riconoscimento di un bisogno sono:

- Critico – nel caso di pericolo di vita;
- Notevole – quando la persona non può effettuare la maggior parte delle operazioni di cura personale o delle incombenze domestiche e non c'è altra persona in grado di aiutare;
- Moderato – ricorre quando la persona non può compiere le operazioni di cura personale, le attività domestiche o svolgere il proprio ruolo nella famiglia e nella società;
- Basso – in questo caso l'individuo non è in grado alcune operazioni di cura personale e soffre di limitazioni nello svolgimento dei compiti familiari o della società.

Alcuni benefici non direttamente collegati al reddito dei soggetti sono attualmente disponibili per coloro che hanno un'età superiore ai 65 anni e presentano una inabilità fisica o mentale.

Tali benefici ammontano, a secondo del grado di disabilità che il soggetto presenta, ad una somma compresa a settimana tra £70,35 e £47,10.

Le due categorie sono:

1. baso indice, nel caso sia richiesta una assistenza con frequente aiuto durante il giorno per le funzioni corporee normali come vedere, sentire, mangiare ecc.
2. alto indice, invece, quando l'assistenza deve essere continua, prolungata, ripetuta anche durante la notte.

Il funzionamento del sistema e le prospettive di riforma

Risulta difficile dare conto del sistema di contrasto alla dipendenza nel Paese, avendo il Governo il compito di determinare la politica generale, demandando successivamente all'ente pubblico territoriale l'amministrazione e la gestione effettiva di tali politiche

Ciò può talvolta determinare variazioni nel costo, nella disponibilità e nella qualità dei servizi.

Il Governo, che si sta rendendo conto dell'emergenza sociale del rischio di dipendenza, recentemente ha effettuato una ampia consultazione finalizzata ad aprire una discussione sulle prospettive di revisione del sistema. La fase di studio dovrebbe essere definitivamente chiusa e siamo in di proposte specifiche che sono previste per questo inizio di anno. Tuttavia, pur essendo opinione abbastanza diffusa che il sistema del Regno Unito abbia urgente bisogno di una profonda riforma, e nonostante tutti i partiti politici concordino sulla necessità di intervenire con immediatezza, non sembrano, ad avviso del sindacato, ipotizzabili cambiamenti prima di almeno 5 anni.

L'entrata in vigore di un nuovo sistema potrebbe essere purtroppo molto in ritardo per le esigenze dell'attuale popolazione anziana.

La nuova legislazione dovrà generare un nuovo Servizio Nazionale di Cura (NCS). Il governo ha l'obiettivo di disegnare un sistema di cura più giusto, semplice e fruibile dai soggetti in stato di bisogno. Tale impianto dovrà, necessariamente, essere sostenuto dai diritti, dalle logiche e dalle autorizzazioni del livello centrale nazionale, ma le risposte dovranno quanto più possibile essere personalizzate e adeguate ai diversi bisogni.

Modalità di finanziamento e di erogazioni delle prestazioni

Il finanziamento per i servizi di cura viene da due fonti principali:

1. imposta sul reddito generale raccolta a livello nazionale;
2. tassa di consiglio, raccolta a livello locale e dai diversi contributi personali.

L'amministrazione centrale assegna, in genere, i soldi all'ente pubblico territoriale per fornire i servizi di cura nella zona di competenza.

Per alcuni benefici ed i permessi, i soldi sono ricevuti direttamente dai beneficiari delle prestazioni.

Volendo fotografare con una istantanea le misure sociali e le cure di lunga durata fornite nel Regno Unito è possibile farlo come segue:

Servizi di Cura:

- circa un milione di gente anziana riceve una certa forma di cura al proprio domicilio;
- circa di 1,2 milioni di uomini e 1,6 milioni over 50 sono non ricevono le cure necessarie;
- il fatturato del settore, considerando i privati ed i volontari, è di circa £9.3 bilioni l'anno;
- £5.9 bilioni sono spesi individualmente in cure necessarie ;
- esiste una differenza sostanziale sui servizi richiesti dalle gente anziana e ciò che viene loro realmente offerto, dato il razionamento degli stessi. Infatti, sono soltanto quelli con i bisogni più gravi ricevono la tutela necessaria;
- per ricevere assistenza a domicilio gratuita i soggetti dipendenti devono percepire un reddito annuale inferiore a £13,000;
- le spese necessarie per ricevere assistenza per coloro che superano tale soglia di reddito è diversa da zona a zona.

Cure di lunga durata:

- nel 2003, su 500.000 posti a disposizione nel Regno Unito: il 69% erano nel settore privato, il 17% nel settore pubblico ed il restante 14% nel settore del volontariato;
- il settore privato di cure di lungo degenza fattura circa £6,9 bilioni l'anno;

- coloro che forniscono cure domiciliari nel 50% dei casi non avrebbero le capacità e le competenze professionali per farlo;
- coloro con un patrimonio (proprietà compresa) superiore a £23,000 devono costituire un fondo per le proprie esigenze; coloro compresi fra £13,000 e £23,000 pagano proporzionalmente, coloro che non superano £13,000 ricevono dall'autorità locale competente la copertura delle spese.
- le spese di media si aggirano intorno a £800 la settimana.

8.8. La non autosufficienza in Austria

Il sistema di assistenza austriaco

Il sistema di assistenza sociale in Austria è un elemento non contributivo “di ultima istanza” del sistema di previdenza sociale. Sono misure che assicurano un minimo di sussistenza, nei casi di bisogno, di emergenze e che vengono posti a carico della fiscalità generale. I campi principali del sistema di assistenza sociale sono prestazioni di inabilità, centri di cura e soggiorno e contributi monetari affinché le persone dipendenti possano affrontare le difficoltà derivanti dalla loro dipendenza che è chiamata “*Pflegegeld*” (beneficio di lunga durata di cura).

In Austria vi è una definizione legale della dipendenza in relazione all'esigenza di cura nel cosiddetto “*Pflegegeldgesetz*” (*Bundespflegegeldgesetz*, *Landespflegegeldgesetz*). Sono riconosciuti gradi differenti della dipendenza e una scala di valutazione per i livelli differenti della stessa e che discendono dall'esigenza specifica di cura.

Vengono distinti, con livelli crescenti di necessità, in una scala da 1 a 7. Così se il bisogno di cura della persona dipendente è più di 50 ore al mese la persona è inquadrata al 1° livello della scala e ha diritto ad un assegno mensile di 154 EUR. Più elevato è il numero di ore necessarie per fronteggiare i bisogni di cura al mese è più alta è la scala e più alto è il beneficio mensile per soddisfare le esigenze causate dalla dipendenza. Nel valore più alto della scala, il 7°, il bisogno di cura deve essere superiore a 180 ore al mese e la persona dipendente deve trovarsi nell'impossibilità di muovere le braccia o le gambe. Il beneficio previsto, in questo caso, è di 1.665,80 EUR mensili.

E' abbastanza riconosciuto che in Austria la previdenza sociale e il sistema-salute sono molto ben sviluppati (WHO). In particolare c'è molta attenzione sulla demenza, anche a causa dell'aumento di questa malattia negli ultimi anni.

Esistono, già, programmi di governo per fronteggiare il problema, abbastanza vicino nel tempo, dell'invecchiamento della popolazione, che in Austria (come nel resto dell'Europa) farà aumentare, le richieste di cure e assistenze.

Il programma recente di governo si sta concentrando sulle misure per finanziare l'aumento delle richieste di assistenza ed il sostegno le persone dipendenti. L'attenzione, inoltre, è dedicata al miglioramento dei servizi per le persone dipendenti in Austria in modo che rispondano agli stessi standard in tutte le regioni. Il governo programma, inoltre, gli obiettivi per effettuare le misure per una conciliazione migliore “di lavoro e della famiglia” per le persone che si prendono cura dei membri dipendenti della famiglia. Sulla base del programma di governo una nuova legislazione per un'assicurazione sociale libera (assicurazione di pensione e di salute) per le persone che prendono la cura per i loro membri della famiglia già è stata effettuata “nel *Allgemeines Sozialversicherungsgesetz*”, (ASVG).

Il recente programma di governo prevede misure sul finanziamento per fronteggiare l'aumento delle richieste di assistenza e sostegno. Il programma prevede, inoltre, una pianificazione di una assicurazione sociale libera, per pensione e malattia, a favore delle persone che si prendono cura dei membri della famiglia.

Le istituzioni, a livello nazionale e regionale/locale, integrano gli interventi, secondo le proprie competenze e responsabilità. Il finanziamento è unico, per gli interventi nazionali e locali.

I finanziamenti, non essendo disponibili i dati per il biennio 2008 -2009, sono stati:

- per il 2005 1566,4 milioni di euro (Bund) e 294,0 milioni di euro (lander)

- per il 2006 1621,4 e 303,6

- per il 2007 1691,5 e 312,5

I fondi, in via di principio, sono assegnati direttamente ai beneficiari..

Lo sforzo, come già detto, del governo è diretto a rendere omogenei i servizi sul territorio nazionale e, con finanziamenti più cospicui, ha, inoltre, l'obiettivo di rendere più fruibile l'assistenza regolando, in maniera più efficace, le attività di lavoro con le esigenze di cure dei membri dipendenti della famiglia.

Altre misure previste

Oltre al *Pflegegeldgesetz*., di cui si è già fatto cenno vi è "il *Familienhospizkarenzgesetz*., che per le persone che si prendono cura dei malati terminali della famiglia e prevede una licenza - non pagata - dal lavoro. Da ricordare anche le misure previste dalla legislazione per "cura continua di cura 24-Hours-home¹²)

Anche il sussidio alla famiglia è previsto da legge, permesso non retribuito, come detto precedentemente nel „*Familienhospizkarenz* “. Vi è soltanto retribuzione in fondi speciali (da un cosiddetto "*Härtefallfonds*.,).

Ancora: esiste un'assicurazione sociale libera (assicurazione di pensione e di salute) per le persone che prendono la cura per i loro membri della famiglia "nel *Allgemeines Sozialversicherungsgesetz*., (ASVG).

Le prospettive di riforma

All'interno del Ministero degli affari sociali, in questa legislatura, un gruppo degli esperti sta mettendo a punto, un piano per ispirare le decisioni utili ad assicurare il finanziamento e la sostenibilità del sistema di assistenza sociale, nel prossimo futuro e a più lungo termine.

Nell'ultimo periodo legislativo, un altro gruppo di esperti ha suggerito le proposte di riforma "del *Pflegegeldgesetz*., per le persone ed i bambini con problemi psichici.

I risultati di questi studi, che mettono a fuoco i problemi delle persone, indirizzano le azioni del governo, contribuendo a rendere più efficace l'azione di contrasto alle disabilità.

Si ritiene di poter concludere, volendo esprimere un giudizio sintetico, che il sistema legislativo, benché abbastanza sviluppato, trattando una materia così importante, debba regolare meglio i bisogni delle persone non autosufficienti e delle famiglie, facendo tutti gli sforzi possibili per mettere a disposizione degli interventi finanziamenti adeguati.

In Austria non mancano gli studi e le proposte che mettono a fuoco il fenomeno della dipendenza particolarmente nel campo delle demenze ("*Demenzhandbuch*.,, *BMSK 2008*) ed ulteriori studi sul come finanziare i bisogni futuri di una popolazione dipendente che viene valutata in continuo aumento ("*der Pflegevorsorge, WIFO 2008 di Finanzierung del langfristige del und di Mittel*-).

Anche la Federazione austriaca del sindacato (ÖGB) ha presentato interessanti proposte sulle riforme in atto e sui requisiti, chiedendo una armonizzazione tra esigenze familiari e lavorative per i membri della famiglia. Un focus deve essere incentrato su un progetto che veda integrate le esigenze dei soggetti da tutelare, dei loro familiari e degli operatori professionali che li assistono assicurando a questi ultimi condizioni di lavoro e retributive in linea con sacrifici che vengono richiesti. Il ÖGB propone "un *Pflegefonds*., per assicurare, anche per l'avvenire la sostenibilità del sistema, basato su altre forme di finanziamento e tassazioni.

In tali prospettive di riforma che interessano non solo l'Austria ma tutti gli Stati membri, a nostro parere, l'Unione Europea potrebbe svolgere un ruolo molto importante impostando un nuovo programma di finanziamenti per la non autosufficienza, in relazione anche dell'aumento della popolazione interessata. A questi fini, per esempio, si potrebbe utilizzare il fondo monetario sociale europeo (ESF).

Come già detto precedentemente, in Austria le condizioni di lavoro ed il livello degli stipendi degli operatori del settore non sembrano adeguati e questo problema merita una attenzione particolare. Bisogna anzitutto considerare che l'assistenza professionale è fornita principalmente dalle donne e quindi le differenze retributive uomo - donna assumono un ruolo importante. In definitiva, essendo le donne a farsi carico, in caso di dipendenza di un membro della propria famiglia, dell'assistenza, la questione diventa un problema di genere. Si dovrà ricercare una giusta soluzione per un finanziamento che tenga conto delle esigenze di maggiore equità sociale e di sostenibilità dell'intero sistema.

8.9. La non autosufficienza in Polonia.

Il sistema polacco di sicurezza sociale

L'assistenza sociale in Polonia è regolata dalla legge del 12 marzo 2004 ed è organizzata dalle unità centrali e locali del sistema, in collaborazione con le organizzazioni quali le fondazioni, le associazioni, la chiesa cattolica e altre chiese, i gruppi religiosi, datori di lavoro (sia persone fisiche che legali). Le unità di assistenza sociale sono così strutturate:

- nei comuni e nei municipi - centri sociali di assistenza;
- nei poviats (distretti) – dove si concentra il supporto della famiglia;
- nei voivodships - centri regionali di politica sociale

La gestione governativa, a livello centrale e regionale, inoltre, svolge un ruolo importante nel sistema sociale di assistenza. Il livello regionale è, tra l'altro, responsabile della valutazione delle attività, dell'efficienza e della qualità dei servizi forniti dalle unità organizzative di assistenza sociale nei comuni ed nei distretti.

Il Ministro del lavoro e della politica sociale, responsabile del settore di previdenza sociale, è incaricato delle politiche e della strategia di assistenza sociale, dello sviluppo della regolamentazione e definisce i servizi forniti dalle unità organizzative di assistenza sociale così come verifica l'efficacia delle misure approntate.

La maggior parte dei servizi sociali di assistenza è fornita dai centri sociali di assistenza e dai centri di distretto per il supporto della famiglia. Sono questi due Centri ad essere responsabili del sia del pagamento dei benefici dalle prestazioni economiche previste, sia del comparto dell'assistenza non finanziaria.

Il livello regionale si occupa della cooperazione con i fornitori e le organizzazioni di assistenza sociale (per esempio NGOs).

I NGOs forniscono i servizi più diversi come: ripari per i nomadi, sedi per madri single, centri diurni, altri centri di sostegno e altro ancora.

Beneficiari

Secondo le disposizioni delle norme in materia di assistenza sono beneficiari le persone residenti all'interno del territorio della Repubblica di Polonia e gli stranieri che risiedono e che permangono nel territorio della Repubblica, in condizione di permesso, o di rifugiato, di soggiorno, così come i cittadini dell'Unione Europea e dello Spazio economico europeo.

L'assistenza sociale è assegnata alle persone ed alle famiglie, in particolare per i seguenti motivi:

la povertà; la condizione di orfani; la mancanza di alloggio; la maternità; la disoccupazione; l'inabilità; i disagi familiari, specialmente nel caso delle famiglie incomplete e numerose; dell'alcolismo o della droga; difficoltà nel reinserimento dopo periodi di detenzione; disastri naturali o ecologici.

L'assistenza sociale si concretizza in varie forme di benefici: dalle prestazioni economiche in contanti alle forme differenti di supporto non finanziario come il lavoro sociale, servizi di cura, affidamento agli esperti - principalmente legali e psicologici, formazione ecc.

I gruppi principali dei beneficiari di assistenza sono:

- i nomadi (assistenza nella forma di fornire i ripari, i pasti, i vestiti)
- i disoccupati (benefici in contanti, attività di reinserimento)
- i disabili e dipendenti (servizi di cura, sedi sociali di assistenza, benefici in contanti)
- i poveri (benefici in contanti)
- gli anziani (servizi di cura, sedi sociali di assistenza, benefici in contanti)
- le famiglie ed i bambini (benefici in contanti, mense scolastiche)
- le vittime dei disastri naturali ed ecologici (beneficio di scopo).

L'assistenza sociale ha l'obiettivo di agevolare l'integrazione e l'inclusione sociale dei soggetti beneficiari.

Benefici finanziari

La Legge del 12 marzo 2004 sull'assistenza sociale contempla tre tipologie di base di prestazioni economiche di assistenza:

- il beneficio permanente,
- il beneficio periodico e
- quello di scopo, cioè per un fine particolare.

A norma di legge le prestazioni economiche possono essere erogate alle persone ed alle famiglie il cui reddito pro-capite non ecceda i limiti stabiliti dalla legge medesima.

Il beneficio permanente è un permesso obbligatorio, assegnato alle persone incapaci per età o inabilità, a condizione che loro reddito non ecceda i limiti previsti. Questo beneficio costituisce una integrazione loro reddito come la differenza fra il test di verifica di reddito ed il reddito personale, ma in ogni caso mai inferiore a PLN 30 al mese per persona.

Il beneficio provvisorio può essere assegnato alle persone ed alle famiglie senza reddito sufficiente a causa di malattia, inabilità, disoccupazione e altre circostanze; la legge stabilisce i requisiti, la misura e la durata di tale prestazione.

La legge sull'assistenza sociale, inoltre, prevede misure per favorire l'integrazione delle persone coperte da protezione internazionale, come rifugiati e stranieri in particolari condizioni.

L'assistenza è fornita nell'ambito di un programma specifico di integrazione, concordato fra il centro del poviat per il supporto della famiglia e lo straniero, specificanti la quantità, la portata e le forme di assistenza, secondo la situazione specifica di vita dello straniero e della sua famiglia.

L'assistenza è fornita durante il periodo che non eccede i 12 mesi e si concretizza in benefici in denaro, pagamento dei contributi per l'assicurazione contro le malattie e consulenze specializzate.

A chi si rivolge

Secondo la legge del 20 aprile 2004 e J. O. dal 2008, n. 69 p. 415 sul mercato del lavoro, la persona dipendente è una persona che chiede un'assistenza permanente a causa del suo stato di salute o della sua età e che per legami di famiglia o di relazione è vicina al richiedente o alla persona con la quale vive in una comunità domestica. È una definizione del settore della

protezione dell'occupazione ma non può essere applicata in materia d'assistenza a lungo termine alle persone dipendenti a causa della loro età, della loro malattia o altri fattori.

La legislazione polacca prevede servizi per cura di lunga durata con l'impiego di personale infermieristico per la riabilitazione in un modo duraturo, continuo e professionale, con trattamenti farmacologici anche a domicilio, quando non è richiesta l'ospedalizzazione; può comprendere inoltre la formazione sul campo dei membri della famiglia per una migliore assistenza dei malati. La cura di lunga durata non è progettata per le persone che richiedono l'ammissione alle sedi sociali o ai malati terminali. Esistono diverse forme organizzative di cura di lunga durata in relazione alle esigenze.

La politica sociale verso le persone anziane viene attuata con numerosi sistemi, quali il sistema di assicurazione sociale, il sistema di sanità, il sistema di riabilitazione, ecc.

Secondo la Legge del 12 marzo 2004 sull'assistenza sociale (Dz.U. 04.64.593), i centri sociali di assistenza forniscono, alle persone che per età, malattie o altri motivi richiedono l'assistenza di altri, i servizi di professione d'infermiera che includono l'assistenza nei bisogni giornalieri di riunione, nella cura igienica, nel trattamento suggerito da un medico e, nella misura possibile, nei contatti con la gente circostante

Attualmente la cura di lunga durata è realizzata in Polonia in due reparti della gestione di governo,: previdenza e assistenza sociale.

E' basato sulla cooperazione reciproca delle istituzioni che forniscono i servizi nella sanità e nel settore sociale di assistenza, con la collaborazione anche di organizzazioni non governative.

I requisiti, la portata come pure le regole ed il metodo di finanziamento dei benefici sono regolati dalla Legge del 27 agosto 2004 sui benefici di sanità finanziati dai fondi pubblici.

La Legge del 12 marzo 2004 su assistenza sociale (Dz.U. 04.64.593, come emendato), regola i servizi resi dai centri sociali di assistenza. Secondo a chi sono rivolti, i centri sono divisi nei centri per: anziani; malati cronici; malati mentali cronici; disabili fisici e mentali sia adulti, giovani, bambini

L'organizzazione ed il finanziamento

Le azioni, pur coordinate e disposte dall'amministrazione centrale, sono realizzate dalle istituzioni locali nel quadro generale dell'assistenza sociale

Il finanziamento è ripartito tra il Fondo nazionale di Sanità (NFZ), nel budget statale per le cure mediche, e gli organismi locali nel quadro dell'assistenza sociale.

Il finanziamento delle cure ai soggetti dipendenti, tuttavia, è una questione molto complessa, dipende da, e comprende, molti fattori. A titolo di esempio il finanziamento del soggiorno in uno stabilimento di cure è a carico del Fondo Nazionale di Salute (NFZ) per gli stabilimenti che appartengono al sistema sanitario pubblico e, al contempo, risulta interessato al versamento di una somma anche la persona interessata, la sua famiglia o il comune per altri casi, in funzione dello statuto dello stabilimento. La NFZ copre anche una parte di spese dell'attrezzatura di riabilitazione, un'altra parte è a carico dell'interessato e se dispone di un certificato medico sulla sua invalidità - da parte di PFRON (fondo nazionale per la riabilitazione delle persone minorate).

Il finanziamento è attribuito a:

- la persona dipendente (assegnazione o prestazione per le cure); se resta in uno stabilimento che se la assume, questa prestazione/assegnazione non è dovuta;
- la sua famiglia - la prestazione per le cure è dovuta in questo caso alle persone che rinunciano all'occupazione o altro lavoro remunerato per potere occuparsi di un bambino avente un certificato d'invalidità (legge sulle prestazioni familiari).

I centri d'assistenza sociale pagano i contributi d'assicurazione vecchiaia e pensione per la persona che non lavora per occuparsi direttamente e personalmente di un familiare malato a lungo termine.

Una prestazione per le cure è dovuta alla persona che non lavora e non è remunerato in altro modo per occuparsi di un bambino avente un certificato d'invalidità. Tale prestazione è anche dovuta per permettere di occuparsi di una persona avente un certificato d'invalidità di grado elevato.

In via generale si può affermare che il sistema d'aiuto alla famiglia non soddisfa affatto le necessità. Gli importi delle prestazioni alle persone che rinunciano al lavoro remunerato per occuparsi di un membro di famiglia dipendente, infatti, sono simbolici e gli stessi della loro attribuzione sono controversi. In definitiva, è, ancora la famiglia della persona dipendente che è incaricata delle sue cure senza sostegno reale dello Stato.

Per quanto riguarda le verifiche, la valutazione dell'efficacia complessiva del sistema e il controlli dell'assistenza a lungo termine viene svolto dal Ministro della sanità, le altre verifiche sono realizzati dagli organismi locali, soprattutto nei distretti.

Un'analisi e una verifica sulle regolamentazioni, i risultati e l'organizzazione delle prestazioni e la fornitura di servizi di lunga durata di cura è stata effettuata nel 2007, poichè vi erano informazioni e segnali su irregolarità. L'analisi ha confermato l'urgenza di riformare il sistema.

La situazione attuale nel sistema di sanità provoca e risente da dispersioni nell'accesso ai servizi di sanità in alcune zone e può interessare in particolare i gruppi sociali a più grave rischio di marginalizzazione sociale, cioè la gente colpita da povertà, i disabili e gli anziani. I motivi per questo si trovano principalmente nei metodi di accumulazione e di ripartizione dei mezzi finanziari e negli errori nell'amministrazione del processo di attuazione del cambiamento. I fenomeni avversi derivano inoltre dal basso livello del finanziamento del sistema di cura di sanità pubblica, che è particolarmente visibile in considerazione di alto tasso di accrescimento dei costi basati sui prezzi che sono esterni al sistema di sanità (prezzi dei prodotti medicinali, apparecchiatura medica, uso dell'infrastruttura, il lavoro) e l'aumento nel comparto più strettamente interessato della cosiddetta salute (generato tramite lo sviluppo di formazione, delle pubblicità, dei processi demografici).

Dall'accesso della Polonia all'UE, è sembrato che le nuove fasi dei cambiamenti fossero più precise che nel passato e si punterà sempre più sui cambiamenti utili per i cittadini.

La NSZZ (sindacato indipendente ed autonomo) „Solidarność”, rivendica una revisione dei principi secondo i quali sono attribuite le prestazioni di famiglia alle persone che rinunciano al lavoro remunerato per occuparsi dei membri non autosufficienti della loro famiglia. Si chiede che questa prestazione costituisca almeno l'importo di un salario minimo, che si elimini il criterio legato al reddito della famiglia e che la base di calcolo dei contributi per le assicurazioni sociali versate dal centro d'assistenza sociale per la persona che rinuncia al lavoro remunerato per occuparsi di un membro della sua famiglia non autosufficiente sia almeno uguale al salario minimo.

8.10. L'assistenza sociale nei Paesi Bassi

I comuni sono responsabili della misura di assistenza sociale: un beneficio mensile da 650 (per una singola persona) a 1300 all'euro (famiglia). I comuni, inoltre, forniscono i servizi sociali e le cure domiciliari. L'Assistenza sociale, secondo la Legge Lavoro e assistenza sociale (WWB): coloro che hanno un reddito insufficiente e un limitato capitale. I destinatari sono tenuti a cercare di ricollocarsi nel più breve tempo possibile.

I giovani fino a 27 anni non possono richiedere un beneficio di WWB. Sono obbligati a lavorare o andare a scuola, altrimenti riceveranno l'equivalente di un beneficio di WWB.

Il quadro giuridico è nazionale; i comuni ricevono un budget per l'esecuzione del WWB e del WMO (Social Support Act).

WWB: alla persona dipendente. Nei casi specifici, il beneficio può essere in natura o può essere pagato direttamente..

Ci sono stati alcuni tentativi di valutare l'efficacia di assistenza a coloro che cercano un lavoro, ma è stata trovata spesso deficitaria.

I comuni sono generalmente riluttanti a controllare che cosa accade alla gente che è trattenuta dal sistema sociale di assistenza.

La FNV esprime critiche sia sulla legislazione sia sull'implementazione della stessa a livello locale. Per quanto riguarda il passato, uno degli strumenti è il lavoro di FNV, una valutazione biennale che valuta le politiche sociali comunali, inducendo cambiamenti considerevoli di politica sociale. Attualmente, sono in raccolta i dati per l'edizione 2010, che dovrebbe essere pubblicata in marzo. Come conseguenza dell'introduzione del WMO, i comuni sono responsabili delle misure di cura domiciliare e sono tentati di subappaltare questi servizi.

La FNV ed i sindacati affiliati hanno tentato di contrastare (anche con successo) una legislazione che tentava di ridurre l'uso di personale specializzato nelle gestioni di cura.

9. Considerazioni conclusive

Le pagine precedenti hanno cercato di delineare gli scenari attuali e gli sviluppi dell'azione di contrasto delle condizioni di non autosufficienza nei Paesi membri.

Operazione non semplice e sicuramente incompleta: Paesi che hanno contesti politici, economici, sociali diversi, ordinamenti, organizzazioni e strutture diversificati, non possono essere facilmente comparati.

La stessa assenza di una definizione comune della non autosufficienza testimonia di questa difficoltà, senza sottovalutare l'importanza che le vicende storiche rivestono sulla situazione dei popoli, sulle decisioni e sulle sensibilità dei governi.

D'altra parte lo scopo dichiarato di questo studio comparato non è certo quello di stilare graduatorie o classifiche, ma con il contributo di tutti (le schede paese sono a tal proposito preziose perché oltre a fornire informazioni essenziali danno la misura della "percezione" dell'efficacia dell'azione di contrasto alla non autosufficienza) di pervenire a ipotesi condivise di riforma, da proporre e rivendicare sia nei singoli Paesi sia a livello comunitario.

Poiché le riforme servono per il futuro occorre riflettere su quanto emerso in tema di prevedibili scenari e, per decidere sulle azioni necessarie e su quelle possibili, porsi alcune indispensabili domande:

1. Qual è il confine dell'intervento pubblico?

È necessario innanzitutto riflettere sulle modalità di finanziamento della spesa pubblica in materia di non autosufficienza. Lo studio che abbiamo condotto ha messo in evidenza una continua e costante modificazione delle componenti di spesa per adeguarsi ai rischi emergenti. In tale periodo di contrazione di risorse, purtroppo, coprire un rischio può voler dire lasciare scoperta un'altra problematica.

Ciò ha immediati riflessi sulla popolazione che, attraverso l'imposizione fiscale in alcuni Paesi o la contribuzione previdenziale in altri, finanzia direttamente l'investimento pubblico in protezione sociale. Tant'è che in alcuni Paesi si sta facendo strada l'idea di una necessaria compartecipazione dei privati alla copertura dei rischi di dipendenza. È un problema quanto mai attuale, a cui bisogna dare risposte immediate per evitare di porvi rimedio quando sarà troppo tardi.

2. Qual è il mix adeguato di servizi e interventi?

Dalle schede risulta essere "giusto" quello che privilegia il punto di vista della persona dipendente e non delle strutture e organizzazioni. Tutti gli interventi devono porsi come obiettivo principale il sollievo dal bisogno della persona colpita da infermità. La gradazione dell'intervento, come avviene in numerosi paesi, dovrà dipendere dalla gravità del problema che affligge di volta in volta i soggetti. Sarà, pertanto, fondamentale implementare strutture di servizi (residenziali e domiciliare) in grado di dare risposte in tempi brevi a tali bisogni tarando l'intervento in relazione al soggetto ed alle sue necessità ed aspettative.

3. Come realizzare la rete dei servizi sul territorio?

Le richieste e le proposte, sulla scorta delle esperienze maturate, vanno nella direzione di avvicinare il servizio il più possibile all'utenza senza rinunciare al coordinamento, anzi valorizzando tutte le opportunità anche quelle ad alto contenuto tecnologico. In tale contesto

bisognerà immaginare diverse modalità di intervento in relazione alle difficoltà infrastrutturali di un territorio, alla presenza o meno di componenti professionali e di reti di volontariato.

4. A chi dare che cosa?

Alla scelta delle modalità di distribuzione delle risorse, tema delicato e cruciale più che mai in questo momento di crisi, dovrebbero partecipare, accanto ovviamente ai soggetti istituzionali, le forze sociali e i portatori di interessi quali organizzazioni di volontariato e associazioni di rappresentanza dei disabili.

5. Come colmare le differenze territoriali?

Non è certamente un problema risolvibile nel breve periodo. Basti pensare che all'interno dei singoli Paesi sussistono ancora profonde differenze nell'offerta e nella fruizione di numerosi servizi. E' necessario, tuttavia, porsi come obiettivo e perseguirlo con coerenza e costanza. Le autorità nazionali stanno esaminando diverse modalità per affrontare il problema della prevista crescita della domanda per i servizi di assistenza a lungo termine, che porterà alla diminuzione del numero di uomini e donne in età lavorativa in grado di prestare assistenza informale proprio all'aumentare delle persone anziane dipendenti. Inoltre, la tendenza alla riduzione delle dimensioni dei nuclei familiari e la diffusione delle famiglie monoparentali, porterà sicuramente ad un aggravio nelle differenze territoriali da paese a paese e da territorio a territorio.

6. Quale deve essere il ruolo dell'Unione europea?

Le differenze riscontrate nelle modalità di risposta ai rischi sociali tradizionali ed emergenti evidenziano che sarebbe necessario un coordinamento europeo più forte ed incisivo con tutti mezzi di cui l'UE dispone: OMC, fissazione di obiettivi, incentivi. Le Istituzioni comunitarie dovranno farsi carico del problema di "consigliare" agli Stati nazionali l'approvare nel breve periodo di una legge specifica che tuteli la non autosufficienza. Sembra impossibile, infatti, che in Paesi con una spesa per protezione sociale in linea con la media europea (l'Italia è l'esempio lampante di quanto sostenuto) non abbiano predisposto una legislazione organica di contrasto al fenomeno.

Si dovranno poi creare dei gruppi di lavoro ad hoc che riflettano e propongano modalità condivise di risoluzione delle problematiche specifiche di una fetta della popolazione in costante aumento. I dati disponibili sul fenomeno, come abbiamo avuto di testare di persona, fotografano la situazione con un ritardo notevole, rischiando di portare il legislatore comunitario fuori strada. È opportuno, pertanto, garantire ai *decision maker* dati stabili e comparabili sul fenomeno della non autosufficienza, e di informazioni precise sull'impatto di questo nella popolazione anziana, al fine di pianificare politiche adeguate. Altrettanto fondamentale è la raccolta di dati sulla presenza dei servizi alle persone non autosufficienti. In particolare vi è la necessità di ottenere dati qualitativamente migliori dai sistemi amministrativi, dati che possano essere confrontati nel tempo tra diversi stati e territori e tra diversi programmi di salute e welfare. In altre parole, in Europa, il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, con l'incremento dell'incidenza dei livelli di disabilità legata all'allungamento della vita, pone la necessità di disporre di dati longitudinali validi e comparabili sulla salute, sia nei giovani che negli anziani, al fine di creare un'ampia base empirica per la formulazione di analisi e la pianificazione di politiche e strategie di sviluppo. Una volta definite le modalità di raccolta dei dati e valutata nel tempo la consistenza degli

stessi, sarà importante, come emerge quasi all'unanimità da parte di chi ha risposto ai questionari, che l'Europa, in attesa di definire politiche di sviluppo comune di contrasto al fenomeno, inizi ad investire su politiche di specializzazione del personale che garantiscano l'assistenza (anche a domicilio) degli anziani non autosufficienti. Tali politiche, di ampio respiro e necessariamente condivise, dovranno essere in grado di:

- istituzionalizzare l'assistenza dedicata ai membri della società più vulnerabili anche attraverso il riconoscimento di una carriera professionale ai soggetti che si occupano dei non autosufficienti. Oggi, soprattutto nei paesi dell'Europa meridionale e dell'Est e come si evince dai bassi livelli salariali e dalle condizioni occupazionali sfavorevoli che contraddistinguono tali professioni, non è così. Non a caso, inoltre, la professione assistenziale è svolta prevalentemente da donne;
- prendere in considerazione l'innalzamento delle qualifiche e della formazione per il personale sanitario; così da innalzare ulteriormente il livello di riconoscimento di tale ruolo professionale;
- assicurare qualità dell'assistenza fornita. Elemento chiaramente correlato ai due elementi sopra esposti, nonché alla questione del finanziamento. I tagli ai fondi statali e il crescente ricorso a operatori sanitari privati e del terziario (volontariato) ha comportato un'inevitabile calo della qualità dei servizi disponibili. Inoltre, si affacciano i primi casi di aziende organizzate per prestare tali servizi anche in paesi diversi;
- garantire un contrasto effettivo alla possibile razionalizzazione dei servizi socio sanitari che, a causa della carenza di risorse disponibili, potrebbe comportare un alto numero di persone anziane esposte ad un elevato rischio di esclusione
- indurre all'interno degli Stati un forte coordinamento tra la componente sociale e quella sanitaria. In alcuni Paesi, infatti, le due componenti del sistema di contrasto agiscono senza conoscere programmi e modalità di intervento dell'altra, con il rischio effettivo di duplicare gli sforzi e sprecare denaro pubblico che potrebbe essere investito più efficacemente.

Un discorso a parte merita il monitoraggio costante di quanto realizzato a livello nazionale in materia di non autosufficienza. Ove, infatti, si decidesse di intervenire – come la FERPA auspica – sul doppio livello, comunitario e nazionale, assumerebbe importanza fondamentale la misurabilità dell'efficacia degli interventi proposti. A tutti livelli, pertanto, diventa necessario costruire ed utilizzare indicatori standard che permettano di comparare i risultati del monitoraggio stesso. A tal riguardo ci sembra importante sottolineare la valenza del progetto della Commissione Europea dal titolo “Quality Care for Quality Aging: European Indicators for Home Health Care (HHC)” che si intende costruire indicatori di qualità per la valutazione degli interventi per gli anziani non autosufficienti assistiti a domicilio in Europa.

Deve considerarsi sicuramente un passo importante la ratifica, il 26 novembre scorso, da parte del Consiglio dell'Unione Europea della Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità⁷.

Tale ratifica, infatti, costituisce un caso senza precedenti, poiché è il primo trattato sui diritti umani ratificato dall'Unione Europea. In conseguenza della ratifica, tutte le istituzioni dell'Unione Europea dovranno tenere in considerazione i valori della Convenzione in tutte le politiche di loro competenza, incluse quelle di cooperazione allo sviluppo. Inoltre, tutti gli Stati Membri dell'Unione saranno vincolati a rivedere legislazioni e programmi nazionali in maniera coerente con la Convenzione stessa.

⁷ In Europa hanno già ratificato singolarmente la Convenzione i seguenti stati: Italia, Austria, Belgio, Croazia, Danimarca, Germania, Gran Bretagna, Portogallo, Repubblica Ceca, San Marino, Serbia, Slovenia, Spagna, Svezia e Ungheria.

La speranza è che sia il primo di una lunga serie di passi che avviino un percorso di impegno concreto delle Istituzioni comunitarie in materia.