Le politiche di supporto socioeconomico alla cura della non autosufficienza in Italia in un contesto europeo: alcune riflessioni

L'invecchiamento della popolazione e il numero crescente di anziani non autosufficienti hanno un impatto sempre più importante sulle famiglie caregivers, anche in termini di inclusione sociale e di deprivazione socioeconomica. Il contributo di Georgia Casanova offre spunti di riflessione a partire dall'osservazione di alcune delle politiche di sostegno alla cura informale promosse in alcuni paesi europei, compresa l'Italia.

Di Georgia Casanova *(IRCCS-INRCA, Università di Valencia)*

L'invecchiamento della popolazione e la lotta alla povertà sono due delle sfide che i sistemi di welfare devono affrontare in molti paesi, tra cui l'Italia. I due temi spesso vengono trattati separatamente dalle politiche ma in realtà hanno un legame interno molto forte.

Le attuali strategie per affrontare i bisogni di cura degli anziani non autosufficienti

Nel 2050, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la popolazione anziana mondiale supererà i due miliardi e quasi un quarto delle persone avrà un'età superiore agli ottant'anni. Di conseguenza, **la crescita esponenziale dei bisogni di cura sarà inevitabile** (ONU, 2019). Le strategie per rispondere ai bisogni di cura passano per tre diverse modalità: a) l'uso di servizi di cura pubblici, che in Italia può richiedere una compartecipazione alla spesa; b) l'acquisto di servizi di cura privati, con un impatto diretto e totale sull'economia familiare; c) l'erogazione da parte di uno o più membri della cura informale, riducendo la disponibilità di tempo lavorativo remunerato ed esponendo il familiare ad un rischio di isolamento ed esclusione. Tutte queste strategie hanno un impatto economico diretto o indiretto per l'anziano e la sua famiglia (Casanova, Lillini, 2021). Negli ultimi anni, **la pandemia Covid-19 ha aumentato la rilevanza del tema**: i sistemi sanitari e di cura sono stati a messi alla prova **richiedendo fondi specifici anche a scapito di altre attività di cura specializzata**. Il potenziamento dei servizi ospedalieri per la cura dei malati di Covid 19, ha comportato la riorganizzazione ospedaliera in molte regioni, riducendo la dotazione di posti letto e i servizi di cura di altre specializzazioni mediche. Parallelamente le risorse umane infermieristico e medico destinate alla domiciliarità sono state spesso impiegate nei servizi di assistenza domiciliare Covid 19, Tutto ciò ha comportato, inevitabilmente una riduzione della capacità di risposta del sistema ai bisogni di assistenza a lungo termine degli anziani non legate alla crisi pandemica. Inoltre, le misure di contenimento del COVID-19 hanno avuto un effetto negativo sulla crescita economica e sulla produttività globale, aumentando il rischio di povertà e deprivazione sociale. I dati Istat sulla situazione italiana nel 2021 confermano questa tendenza: il 7,5% delle famiglie italiane sono in povertà assoluta e la voce di spesa per servizi sanitari e spese per la salute è aumentata del 9% rispetto all'anno precedente. In più, l'Italia ha una popolazione particolarmente anziana; a fine 2021, quasi il 24% della popolazione totale aveva più di 65 anni e il 7,6% più di ottant'anni (Istat, 2022). **La sfida per i responsabili politici consiste quindi nell'affrontare l'invecchiamento della popolazione e il numero crescente di anziani fragili che necessitano di cure a lungo termine, tenendo conto anche dell'impatto sulle famiglie in termini di inclusione sociale e rischio di deprivazione socioeconomica.** Inoltre, nonostante i parenti continuino ad essere i principali caregivers degli anziani in stato di dipendenza, i cambiamenti nei modelli demografici e sociali possono portare a una **diminuzione del sostegno familiare, che è tipicamente la fonte di sostegno più critica per gli anziani in uno stato**

di dipendenza nella maggior parte dei sistemi. In questo articolo si offrono alcuni spunti di riflessione che emergono dall'osservazione di alcune delle politiche di sostegno socio-economico alla cura informale promosse in alcuni paesi europei, compresa l'Italia. Lo studio fa parte delle più ampie attività di ricerca inserite in SEreDIPE project (progetto realizzato grazie alla Marie Curie Individual Fellowship – g.a. 2019-888102), che mira ad analizzare gli effetti dei bisogni assistenziali sul rischio di deprivazione socio economica delle famiglie in Europa.

Il processo di individuazione delle pratiche di supporto alla cura informale

In Europa esistono quattro diversi modelli di cura per non la non autosufficienza, caratterizzati da differenti modalità di individuazione dei livelli di bisogno, differenti strategie e politiche messe in campo. In questo studio, oltre l'Italia, sono coinvolti altri sette paesi europei: Spagna, Germania, Austria, Finlandia, Paesi Bassi, Polonia e Romania, adeguati a rappresentare la strategia europea per la cura continuativa nel suo complesso (Schulmann & Leichsenring, 2014), sottolineando allo stesso tempo differenze e peculiarità di ciascun paese. Questo studio ha realizzato una ricerca desk di pratiche a favore della domiciliarità messe in campo negli otto paesi e con un risvolto socio economico diretto e/o indiretto per i beneficiari della cura e la loro famiglia. La selezione delle pratiche si è focalizzata su cinque tipologie di intervento: a) le indennità o assegni di cura; b) le indennità a supporto dell'erogazione di permessi di lavoro; c) il voucher o buono servizi; d) i servizi di supporto (es. mobilità, comunicazione, ecc.); e) i benefit fiscali per beneficiari della cura e familiari. Sono state individuate 22 politiche con le loro caratteristiche specifiche, elencate in tabella 1.

MODELLO FAMILISTICO	
Italia	- Schemi di welfare aziendale specifici per la cura continuativa (2016) - Indennità in accompagnamento (1980) - Assegno di cura per il caregiver famigliare (1995)
Spagna	- Voucher di servizio (2006) - Beneficio economico/assegno per l'assistenza familiare e sostegno ai caregiver non professionali (2006) - Beneficio finanziario/assegno per la cura della persona (2006)
MODELLO DI CURA MISTO	
Germania	- Buono per l'assistenza domiciliare (1995) - Regime di indennità per l'assistenza informale (2015) - Prestazioni di sicurezza sociale per i caregiver familiari (2015)
Austria	- Assegno per assistenza a lungo termine (Pflegegeld) (1993) - Assegno di assistenza 24 ore (2007) - Congedo di cura per badanti che lavorano (Pflegekarenz) (2014) - Indennità per congedo di cura (2014)
MODELLO DI CURA DEI PAESI IN TRANSIZIONE	
Polonia	- Prestazioni di assistenza (dodatek pielęgnacyjny) (2003) - Indennità infermieristica (zasilek pielegnacyjny (2003) - Indennità infermieristica per cure informali (świadczenie pielegnacyne) (2003)
Romania	- Buono per l'assistenza domiciliare (2000) - Indennità di cura (2011) - Strutture per la mobilità e la comunicazione (2000)
MODELLO NORDICO –UNIVERSALISTICO	
Finlandia	- Assegno di assistenza ai pensionati (n.a) - Sostegno all'assistenza informale (2005)
Paesi Bassi	- Regime di congedo di cura (n.a.)

Fonte: tabella creata dall'autore su Salido et al., 2022.

Tabella 1- Le politiche selezionate nei diversi paesi e per modello di cura

Elementi “generali” di una strategia “comune”

La strategia di sostegno alla cura informale in molti Paesi si basa su interventi radicati e poco innovativi. Ad eccezione degli schemi di welfare occupazionale, timidamente introdotti in Italia nel 2016, **tutte le politiche analizzate esistono da almeno 15 anni, se non da quaranta come nel caso dell’indennità di accompagnamento italiana**. In questo senso è chiaro il motivo per cui le prestazioni in denaro siano ancora le misure più diffuse in Europa e solo recentemente messe in discussione dai venti riformatori, come quelli recentemente mossi dalla proposta di riforma della non autosufficienza in Italia. I criteri di inclusione a tali politiche di sussidio in denaro variano da iniziativa a iniziativa e da Paese a Paese e, in generale, non sono sottoposte a verifica del reddito. Elemento importante, che emerge dall’osservazione comparata delle iniziative di sussidio in denaro, è la loro gestione in forma separata dalle altre politiche di cura continuativa. In Italia, così come in altri paesi, enti differenti gestiscono le misure di supporto alla cura informale e i servizi di cura continuativa. Questa caratteristica rende questo tipo di politica meno sensibile ai mutamenti dovuti a cambi di strategia o ad approcci alla cura continuativa del paese dovuti alle evoluzioni politiche di un paese. D’altra parte, **la mancanza di coordinamento ed integrazione con le altre politiche ne accentua il carattere di “indennizzo” forfettario a favore di un bisogno a cui il sistema non trova risposta in altra maniera**. In Spagna, Austria e Germania hanno ovviato parzialmente a questo problema, promuovendo schemi nazionali complessivi di cura continuativa afferenti a leggi di riforma nazionali di cura continuativa o a un sistema di assicurazione obbligatoria per la non autosufficienza (caso tedesco). Gli schemi nazionali, cosi pensati, pur esprimendo una strategia complessiva nazionale, funzionano come luogo di raccolta di politiche separate e, a volte, frammentate. L’iniziativa finlandese di “sostegno all’assistenza informale” promuove l’idea di coordinamento interno allo schema di intervento, offrendo benefici finanziari, servizi di supporto oltre che prestazioni in denaro. In Italia, un tentativo simile è fornito dalla recente introduzione di schemi di welfare occupazionale specificatamente indirizzati alla cura degli individui non autosufficienti. In tale caso, però, lo sforzo di integrazione è delegato ai soggetti privati erogatori degli programmi di assistenza e alle imprese che scelgono quali schemi inserire nei loro sistemi interni. Anche il “voucher servizi” si distingue come una delle tipologie di iniziative più utilizzate. La tabella 2 evidenzia come sia presente in cinque degli otto paesi oggetto di studio.

Tipologia di intervento	Anziani non autosufficienti	Caregiver familiare	Lavoratore (caregiver familiare)
Indennità/ assegni di cura	GER, AU, RO, FI, SP, IT, PL	GER, PL, FI, IT	
Voucher servizi	GER, AU, RO, SP		IT
Indennità di congedo dal lavoro			AU, PO, IT
Attività di supporto	RO, IT, SP	FI	
Benefit fiscali	AU	GER	GER, FI, IT

Fonte: tabella creata dall’autore su Salido et al., 2022

Tabella 2 – Le iniziative selezionate per tipologia di intervento, e target di riferimento

Il “beneficio finanziario legato ai servizi” spagnolo e rumeno offre un sostegno finanziario per il pagamento di un servizio specifico quando la persona non può accedere a un servizio di assistenza pubblico o convenzionato. In Germania, invece, il sistema di voucher sostiene l’acquisto di assistenza domiciliare e la partecipazione all’assicurazione nazionale per la Long-Term Care (LTC). In Austria, il “sussidio per l’assistenza 24 ore su 24” include tra i servizi privati acquistabili con il voucher l’assistenza prestata da assistenti familiari e i relativi benefici fiscali e previdenziali. In Italia i voucher servizi sono presenti in alcune esperienze locali, a supporto dell’acquisto del servizio tramite privati convenzionati, in alcuni casi spendibile anche per assistenti familiari (ad esempio in Regione Valle d’Aosta). Come per le altre misure, l’accesso e le caratteristiche interne dei voucher segue criteri disomogenei, ma generalmente è erogato in presenza di una disabilità grave e/o un bisogno di cura accertato. Dal punto di vista del sostegno socio economico, il voucher è una misura diretta di copertura/rimborso dei costi di cura sostenuti dalla persona non autosufficiente e dai suoi familiari. Le tipologie di servizio acquistabile sono solitamente prestabilite, così come le quantità del servizio. Questa caratteristica rende lo strumento poco versatile ed adattabile alle esigenze individuali, riducendone in alcuni casi l’utilizzo stesso. **Le esperienze di congedo di assistenza** in Austria, Italia e Paesi Bassi assicurano che i caregiver familiari che lavorano ricevano l’attenzione che meritano. L’obiettivo principale di queste misure è migliorare la compatibilità tra l’attività lavorativa e le funzioni di cura, consentendo ai lavoratori di fornire assistenza informale, senza ripercussioni economiche per loro stessi o per il datore di lavoro. Particolarmente **interessanti risultano le caratteristiche del congedo austriaco**. Se il lavoratore (e caregiver familiare) non è in grado di lavorare da 1 a 6 mesi a causa dei bisogni di cura del proprio familiare fragile, può usufruire del congedo di cura (da 1 a 6 mesi). Il beneficio è una sostituzione salariale equivalente al 55 % del reddito netto giornaliero (esattamente come il sussidio di disoccupazione), con un importo minimo corrispondente al salario minimo (fino a 400 euro/mese). Le attività di supporto alla cura comprendono iniziative di facilitazione della mobilità e comunicazione, o l’erogazione di altri piccoli servizi di cura assistenziale, quali l’erogazione di pasti a domicilio o servizi di pulizie. Poche le informazioni tecniche su questo tipo di iniziative. Dal punto di vista socio-economico tali misure promuovono un sostegno indiretto della cura, erogando servizi di supporto alla gestione di vita quotidiana che permettono di liberare risorse da impiegare eventualmente per altri bisogni, non ultimi quelli di cura. Inoltre tali servizi riconoscono la deprivazione sociale come un elemento di rischio per gli anziani e per i loro caregiver. Infine in quasi tutti i paesi sono stati individuati schemi di defiscalizzazione a beneficio delle persone non autosufficienti, o dei loro caregivers, in particolare se lavoratore.

Gli obiettivi di supporto socio economico. Per quale target?

Quasi la totalità delle pratiche selezionate dichiara l’obiettivo di sostenere economicamente la cura formale e informale erogata a domicilio. Si distinguono da questo trend il voucher tedesco e l’assegno di cura per i pensionati finlandese che, pur evidenziando l’opportunità di utilizzo per l’acquisto di servizi, non inseriscono la riduzione della deprivazione materiale tra gli obiettivi della misura. Inoltre i regimi di congedo o le politiche pensate per i caregiver lavoratori, così come gli schemi di welfare aziendale, sottolineano l’obiettivo di conciliazione dei tempi di vita-lavoro, tralasciando gli effetti socio economici dell’intervento. Interessante per questo studio **le proposte spagnola e tedesca di supporto socio economico basate sul riconoscimento di prestazioni di sicurezza sociale e fiscalità per i caregiver familiari. Di fatto, sanciscono un diritto per i caregiver di essere equiparati ai lavoratori. Il supporto socio economico, in questo caso, deriva dai benefici dell’essere inclusi in sistemi previdenziali.** Nei regimi finlandesi, l’assistenza informale è in toto equiparata all’attività lavorativa: il caregiver percepisce un assegno in denaro ed ha diritto a prestazioni previdenziali e giorni di riposo. Indipendentemente dal tipo di obiettivo dichiarato, la maggior parte delle iniziative si concentra sul target degli anziani (65+) e grandi anziani (75+), evidenziando la tendenza ad utilizzate l’età anagrafica come proxy del bisogno di cura. Le esperienze spagnole, come stabilito dalla “Ley de Dependencia” del 2006, propongono, invece, iniziative dedicate alle persone non autosufficienti di tutte le età. La riforma messa in atto da Zapatero prevede, infatti, un sistema di cura incentrato sulla rilevazione dei livelli di non autosufficienza e delle capacità legate alle attività di vita quotidiana (AVQ), più che sul livello di disabilità e/o di condizione di salute dell’individuo. La tabella 2 offre un ulteriore spunto di riflessione riguardo alla figura del caregiver familiare: nella maggior parte dei paesi vengono riconosciuti come destinatari diretti di politiche, ma per alcune

misure di sussidio – non ultima l'indennità di accompagnamento italiana – il riconoscimento della cura informale è ancora indiretta, perché l'importo viene erogato alla persona non autosufficiente. Da questo punto di vista, gli interventi per caregiver lavoratori, per quanto settoriali e specifici, stimolano **lo sviluppo di una maggiore consapevolezza dell'indipendenza identitaria del caregiver familiare** rispetto al familiare non autosufficiente e dell'esistenza di specifici bisogni.

Spunti utili per l'Italia e non solo

La comparazione delle pratiche esistenti fino a qui discussa sottolinea l'esigenza di innovazione sistemica della cura continuativa in Italia e in Europa. È un'esigenza di innovazione caratterizzata dal superamento della visione settoriale della cura, che tenga conto della relazione con altre dimensioni del welfare. In particolare, **le implicazioni socio-economiche della cura per gli anziani e per le loro famiglie non possono essere considerate marginali nel processo di design del sistema di politiche nazionali e locali**. Tale esigenza è ancor più vera se si pensa alla rinnovata centralità della domiciliarità e della cura informale nelle strategie di cura continuativa europea, anche nei paesi nordici tradizionalmente orientati ad una cura residenziale o comunque istituzionalizzata. Per ottenere tale risultato, l'obiettivo di supporto socio economico deve essere chiaramente dichiarato nella strategia generale di settore, oltre che essere inserito nella singola politica. **L'attuazione di una visione sistemica e di riforma del settore pone l'accetto sulla questione del riconoscimento dell'identità del caregiver familiare, quale soggetto centrale della cura domiciliare** che presenta specifici bisogni e correlati diritti non riconosciuti. In questo senso, **il caregiver può essere pensato come il fulcro attorno a cui disegnare una serie di politiche integrate e interconnesse, che ne sostengano l'attività di cura svolta, promuovendone contemporaneamente il miglioramento della qualità di vita**. Concretamente, **ciò è possibile grazie all'equiparazione della cura informale ad una attività lavorativa, attraverso la definizione di un salario e relative contribuzioni fiscali e di sicurezza sociale**. Particolarmente interessante a tal riguardo, l'esperienza austriaca che definisce una gradazione del salario in base alle ore di cura prestate e alle limitazioni di vita quotidiana riscontrate nell'anziano non autosufficiente, prevedendo comunque un salario minimo sotto il quale non si possa scendere (pari a circa 400 euro). L'attuazione di tutto ciò richiede **due passi coraggiosi**, in Italia cosi come in altri paesi. Innanzitutto, **il superamento dell'utilizzo dei sussidi economici orientati ad indennizzare forfettariamente una cattiva condizione fisica o una cura prestata, più che riconoscere l'effettivo bisogno**. In seconda battuta, è necessario **il diffondersi della quantificazione dell'intensità di cura basato sulle ore di cura realmente prestate in relazione delle limitazioni di vita quotidiane effettivamente riscontrate.**

BIBLIOGRAFIA

Casanova G., Lillini R. (2021), *Disability in Older People and Socio-Economic Deprivation in Italy: Effects on the Care Burden and System Resources*, in Sustainability,14(1), 205.

ONU (2019), *World Population Prospects 2019: Highlights. 2019 Jun 17* [cited 4 June 2021]. In: United Nations | Department of Economic and Social Affairs. Section: Publications. Category: Population [Internet]..

Salido M.F., Moreno-Castro C., Belletti F., Yghemonos S., Ferrer J.G., Casanova G. (2022), *Innovating European Long-Term Care Policies through the Socio-Economic Support of Families: A Lesson from Practices*, in Sustainability,14 (7), 4097.

Schulmann K., Leichsenring K. (2014), *Social support and Long-Term Care in EU care regimes. Framework conditions and*

initiatives of Social Innovation in an Active Ageing perspective, Overview Report WP8 MoPAct Project.