

Le politiche per la non autosufficienza in Italia: un caso di cambiamento graduale senza riforme

Giuliana Costa*

RPS

Il campo delle politiche pubbliche tese a fronteggiare i bisogni di cura a lungo termine non è stato oggetto di alcuna riforma istituzionale esplicita nell'ultimo decennio.

L'inerzia pubblica nell'aggiornare l'impianto generale dell'indennità di accompagnamento e nel riconoscere fattivamente l'emergere e il consolidamento di un mercato

privato della cura non ha impedito però che attorno alla dipendenza si avviassero dei profondi cambiamenti nel nostro paese. In questo articolo si ripercorrono i fattori che, nonostante un apparente immobilismo, hanno fatto sì che le politiche siano state oggetto di un cambiamento istituzionale, per quanto graduale e parziale.

1. Introduzione

Le revisioni del sistema di protezione sociale italiano portate a termine nelle ultime due decadi non hanno riguardato le politiche per la non autosufficienza. Le riforme degli anni '90 si sono, infatti, concentrate prevalentemente sul sistema pensionistico – con il passaggio epocale da un modello retributivo ad un modello contributivo – e in parte, sull'assetto delle politiche sanitarie, arricchite dell'armamentario teorico e metodologico del *New public management* (Ferlie e al., 2005). Nonostante la *long-term care* (d'ora in poi Ltc) sia entrata nell'agenda pubblica dall'inizio del nuovo millennio e siano state avanzate numerose proposte di riforma dell'impianto su cui si basano le risposte esistenti, le uniche iniziative pubbliche direttamente rivolte a fronteggiare i crescenti bisogni di cura negli ultimi dieci anni sono state la creazione di un modesto e temporaneo «Fondo nazionale per la non autosufficienza» nel 2007 e, nello stesso anno, il supporto all'istituzione di un Contratto collettivo nazionale di lavoro per i lavoratori domestici, tra cui anche coloro impegnati nella cura di persone dipendenti¹ (soprat-

* Vorrei ringraziare Costanzo Ranci ed Emmanuele Pavolini per i loro preziosi commenti lungo il lavoro di ricerca che ha portato alla stesura di questo articolo.

¹ I termini «dipendenza/dipendenti» e «non autosufficienza/non autosufficienti»

tutto anziane), teso ad agevolare la regolarizzazione di rapporti di lavoro altrimenti difficilmente inquadrabili dal punto di vista giuridico.

I cambiamenti socio-demografici ed economici in corso nel nostro paese indicano chiaramente che i rischi sociali connessi alla non autosufficienza si stanno acuendo e che i tentativi di fronteggiarli stanno vieppiù peggiorando la qualità della vita di chi è implicato, in prima persona o meno. Inoltre, i bisogni di cura di lunga durata coinvolgono un numero crescente di famiglie e di individui. Ciononostante, le politiche di cura non sono state oggetto di riforme esplicite e incisive, né a livello nazionale, né a quello regionale². Benché il processo di decentralizzazione delle politiche sociali nel nostro paese sia stato e continui per certi versi ad essere foriero di innovazione per ciò che riguarda la capacità delle agenzie pubbliche di rispondere alla crescente domanda sociale, non si è stati finora in grado di dare una risposta di carattere collettivo sulla base di criteri solidaristici alle numerose forme di bisogni di cura, tra cui spiccano quelli di lunga durata e che rimandano a condizioni psico-fisiche croniche o cronicizzate. Le famiglie italiane hanno cercato (e trovato) risposte individuali all'emergere di problemi di cura severi rivolgendosi prevalentemente al lavoro di donne immigrate, le assistenti familiari, comunemente chiamate «ba-

verranno qui utilizzati in modo interscambiabile per quanto abbiano significati solamente in parte sovrapponibili. Stanno comunque ad indicare gli individui che hanno bisogno di supporti e aiuti consistenti e di lunga durata per lo svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

² Alla stregua di quanto accade in molti paesi occidentali, in Italia la Ltc non si iscrive in un campo di policy specifico, le politiche che lo riguardano sono scarsamente istituzionalizzate e fanno capo ad agenzie nazionali, regionali e locali molto diverse e non coordinate tra loro (Oecd, 2011). Anche i dati relativi alla Ltc riflettono questa frammentazione e dispersione (Chiatti e al., 2010) dato che risulta molto difficile delinearne uno scenario chiaro. Va rilevato inoltre che i bisogni di cura di lungo periodo non sono definiti da alcuna normativa nazionale attraverso un criterio comune. Ogni territorio li definisce diversamente a seconda anche del contesto entro cui si colloca tale definizione, talvolta entro norme regionali e locali, talvolta entro norme amministrative di varia natura, come ad esempio i regolamenti dei singoli servizi stilati a livello comunale o sovra-comunale. La definizione di dipendenza in età anziana cambia in maniera considerevole anche a scala locale, tra comuni confinanti e magari facenti parte dello stesso ambito ai fini della programmazione sociale. Vi sono solamente tre condizioni definite da leggi nazionali, vale a dire «la disabilità grave», «l'invalidità civile» e «l'aver diritto all'indennità di accompagnamento».

danti». Lo hanno fatto anche grazie all'esistenza di una misura monetaria rivolta al sostegno delle persone gravemente dipendenti introdotta nel nostro ordinamento trenta anni fa eppure ancora cruciale per coloro che si trovano in queste condizioni. L'«indennità di accompagnamento» è stata creata con l'intento di compensare gli individui disabili adulti per i mancati guadagni da lavoro, ma oggi essa è prevalentemente utilizzata da persone non autosufficienti molto anziane e spesso alimenta la capacità finanziaria delle famiglie di rivolgersi a servizi privati di cura. Questo trasferimento economico non è mai stato modificato in maniera incisiva e così, nel corso degli anni, ha cambiato scopo e destinatari, offrendo un tipo di supporto che si è modificato nel tempo. La presenza sempre più massiccia di badanti nelle famiglie italiane non è stata però oggetto di specifici tentativi di regolare le loro modalità di lavoro raccordandole con i servizi esistenti o innalzandone il livello qualitativo e il grado di formalizzazione.

Lo scenario di fondo entro cui gli individui e le famiglie sono chiamati a fare fronte ai bisogni di cura di lunga durata si è trasformato radicalmente negli ultimi anni in Italia, soprattutto per via dell'accelerazione senza precedenti dell'invecchiamento della popolazione e per la rottura definitiva del modello *male breadwinner*. Se si considera anche l'inerzia pubblica nel riformare l'indennità e nell'ampliare e diversificare l'offerta per Ltc (Ranci e Pavolini, 2011) e invece il relativo «attivismo» di famiglie e lavoratrici, si può affermare che, pur in assenza di riforme, si sia comunque prodotta una trasformazione degli assetti di cura. Si tratta di una forma di cambiamento istituzionale graduale, fatta di piccoli mutamenti e dovuta in ogni caso, più ad effetti secondari che non a scelte pilotate (Streeck e Thelen, 2005; Mahoney e Thelen, 2010), ma che è stata in grado di modificare le caratteristiche del tradizionale assetto di cura italiano, basato pressoché esclusivamente sull'utilizzo di risorse familiari, siano esse di tempo, di lavoro o economiche.

2. Paradossi del «care regime» nostrano: trasformazioni e persistenze

Da quando gli studi comparativi hanno messo in luce il ruolo fondamentale svolto dalle famiglie nell'organizzazione, erogazione e finanziamento delle attività di cura nel nostro paese, il «care regime» nostrano è stato, assieme a quello di altri paesi del Sud Europa, definito «famili-

stico» (Saraceno, 1994; Bettio e Plantenga, 2004; Pavolini e Ranci, 2008; Ranci e Pavolini, 2011; Naldini e Saraceno, 2008) o, meglio, «implicitamente familistico» (Saraceno, 2010). Il forte coinvolgimento della famiglia nella cura non è però una prerogativa italiana: come evidenziato da numerosi contributi di ricerca (Österle, 2001; Eurofamcare Consortium, 2006; Fujisawa e Colombo, 2009), curare ed essere curati rimane in Europa «una questione di famiglia» dato che la maggior parte delle attività di cura a favore delle persone dipendenti viene svolta dai loro più stretti familiari. Anche laddove sono disponibili e resi accessibili servizi privati e/o pubblici le famiglie mantengono un ruolo pivot negli assetti di cura. Allora cos'è che contraddistingue l'Italia e altri paesi mediterranei dal resto del continente? È l'assunto, da parte delle politiche (e della politica), che le famiglie siano sempre disposte a prestare cura e che possano redistribuire ogni genere di risorse, incluse quelle di cura, al loro interno (Saraceno, 2002)³. Nella «*care responsibility culture*» (Titmuss, 1973) italiana si assume che le famiglie debbano essere in prima linea nel rispondere ai bisogni di cura delle persone dipendenti⁴. Poiché curare è un'attività costruita normativamente, si tratta di un obbligo sociale da cui risulta difficile sottrarsi per motivi di carattere prettamente culturale (Lewis, 1993; Costa, 2007a) ma che finisce per essere anche il frutto dell'assenza di valide alternative.

Dall'esame degli assetti di cura delle famiglie italiane con almeno una persona anziana (di età uguale o superiore a 65 anni) si evince come la cura sia un compito prevalentemente familiare (tabella 1). Per tutte le classi di età e per tutte le condizioni analizzate, che vanno dall'essere semplicemente anziano al presentare una forma di grave dipendenza, la maggior parte degli aiuti in natura sotto forma di servizi alla persona forniti agli anziani proviene dalle loro famiglie.

³ Come è stato messo in evidenza da Groppi (2010) questo è un assunto costruito storicamente. L'ideologia del sangue è il risultato di continue negoziazioni tra responsabilità familiari e responsabilità collettive risolte attraverso l'intervento dello Stato o dei tribunali lungo l'intera era moderna.

⁴ Si pensi quanto sono estesi gli obblighi alimentari nel sistema normativo italiano (codice civile art. 433 e ss.) se paragonati a quelli di altri paesi (Millar e Warman, 1996; Naldini e Saraceno, 2011).

Tabella 1 - Percentuali di famiglie italiane con anziani per tipi di aiuti ricevuti (anno 2009)

Tipi di famiglia	Famiglie che ricevono aiuti	Familiari	Privati	Pubblici	Plurimi (almeno due tipi)	Famiglie che non ricevono alcun tipo di aiuto
Con 65+	29,2	16,2	14,0	7,9	7,5	70,8
Con 65+ grav. dipend.	49,6	29,6	22,9	22,0	20,1	50,4
Con 65+ dipend.	31,1	17,6	14,6	6,0	6,4	68,9
Con 80+	45,0	26,0	23,6	13,2	14,8	55,0
Con 80+ grav. dipend.	61,5	37,1	31,9	27,6	28,0	38,5
Con 80+ dipend.	43,9	25,4	22,2	9,2	11,2	56,1

Fonte: Istat (2010).

La percentuale delle famiglie con anziani che ricevono aiuti cresce all'aumentare dell'età di questi ultimi nonché dal loro grado di dipendenza. Secondo dati recenti (Istat, 2010), il 61,5% delle famiglie con una persona di età uguale o superiore a 80 anni e gravemente dipendente riceve un qualche tipo di aiuto, sono invece poco meno della metà nel caso di famiglie con anziani di almeno 65 anni. Cambia la composizione degli aiuti: il 37,1% versus il 29,6% dal network informale, il 31,9% versus il 22,9% grazie all'acquisto di prestazioni sul mercato, il 27,6% versus 22% da agenzie pubbliche e il 28% versus 20,1% da una pluralità di fonti (almeno due). La proporzione di coloro che non ricevono aiuti pur in situazioni di grave dipendenza resta elevata per entrambi i gruppi di famiglie, raggiungendo quasi il 40% tra le famiglie con anziani ottantenni (38,5%) e il 50% tra le famiglie con dipendenti anziani più in generale. Se ci si concentra invece sugli individui anziani che percepiscono un sostegno pubblico specificamente rivolto a coloro che presentano forti limitazioni nella propria autonomia, si rileva che soltanto il 5,9% non può fare alcun affidamento su aiuti di tipo familiare. La grande maggioranza è anzi assistita solamente da membri della famiglia o da questi ultimi affiancati da servizi pubblici o privati. Quasi il 30% dei percettori di indennità viene assistito da un familiare congiuntamente a una (più raramente un) badante, ingaggiata direttamente dalla famiglia o dal soggetto bisognoso di assistenza. Questo è il mix che assicura il maggior numero di ore di cura a settimana se si esclude la soluzione ottimale di poter ricevere aiuti da tutte le possibili fonti e soggetti e contemporaneamente (Da Roit, 2008).

RPS

Giuliana Costa

Tabella 2 - Gli assetti di cura delle persone anziane che ricevono l'indennità di accompagnamento e che vivono presso il domicilio abituale e numero di ore di cura (anno 2008)

Assetto di cura	% di anziani gravemente dipendenti che risiedono presso il domicilio abituale che ricevono	Numero di ore di cura ricevute/settimana
Solo supporto e cure da caregiver familiari	39,8	90,7
Solo servizi pubblici	0,8	13,9
Solo servizi privati	3,3	66,0
Cure familiari + servizi pubblici	11,3	92,9
Cure familiari + servizi privati	29,6	119,5
Servizi pubblici + servizi privati	1,8	103,3
Cure familiari + servizi privati + servizi pubblici	13,4	121,3
Totale	100,0	102,4

Fonte: Da Roit (2008).

Lo sviluppo di un mercato privato di cura nell'ultimo decennio è certamente uno dei fenomeni che più ha influenzato, modificandole, le strategie adottate dalle famiglie italiane all'insorgere di problemi di cura di carattere continuativo e non facilmente reversibile. L'importanza e la consistenza di tale mercato sono cresciute nel corso degli anni al punto che alcuni autori hanno sostenuto che abbiano modificato la natura del modello di cura italiano, imperniato, come si è brevemente illustrato, sulla famiglia, traghettandolo a ciò che è stato definito «*migrant in the family mode*» (Bettio, Simonazzi e Villa, 2006, p. 272). In effetti, il gap che si è creato dall'aumento della domanda di servizi di cura per via dell'allungamento della vita media da una parte e la limitata offerta pubblica di servizi organizzati sull'intero arco della giornata nonché la ridotta capacità delle famiglie di curare in prima persona su base continuativa dall'altra, è stato coperto perlopiù dal ricorso all'acquisto di servizi privati low cost, come quelli resi dalle badanti.

Il mercato del lavoro di cura privato vede la presenza massiccia di donne immigrate provenienti da paesi in via di sviluppo, le cui provenienze prevalenti si sono modificate negli anni. Gran parte di coloro che oggi incominciano a svolgere questo lavoro in Italia provengono dall'Est Europa, con una recente sostituzione delle lavoratrici romene

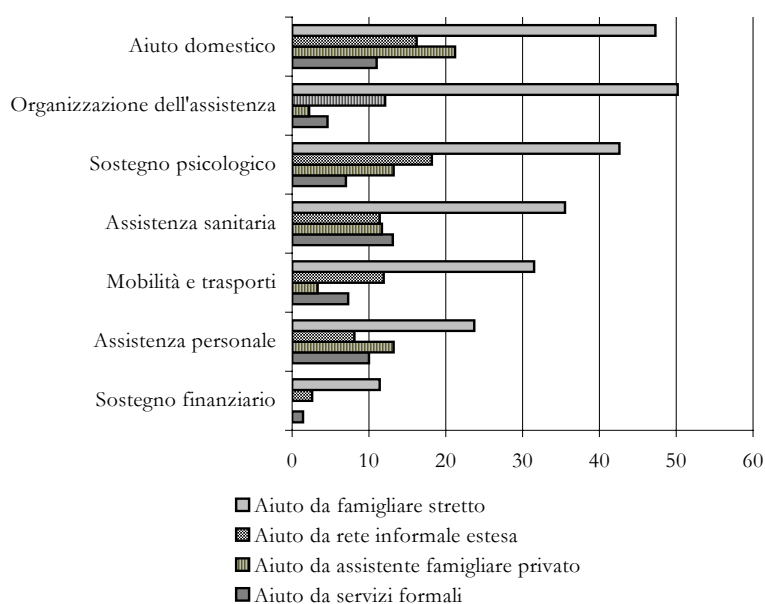
soppiantate da donne ucraine a seguito dell'entrata della Romania nell'Unione europea, evento che ha reso il lavoro domiciliare molto meno attraente per persone ormai in grado di candidarsi a svolgere altre occupazioni. Le nuove leve di badanti sono composte dunque da donne di mezza età, acculturate e disposte a lavorare in regime di convivenza, con elevati carichi orari.

La crescita di questo mercato è dovuta a diversi fattori: la disponibilità nelle grandi città italiane di un'ingente forza lavoro femminile immigrata, la scarsità di servizi pubblici o comunque regolati dal pubblico, l'alta propensione delle famiglie italiane ad agevolare la permanenza delle persone dipendenti nella propria casa, l'aumento dell'occupazione femminile e, da ultimo, i relativamente più alti livelli di reddito a disposizione degli attuali pensionati italiani rispetto a quelli delle generazioni precedenti (Da Roit, 2007b; Rossi, 2006; Spanò, 2006). Co-optare una badante è più conveniente di altre soluzioni di cura e assistenza prestazioni più complete, continuative e flessibili rispetto a quelle erogate per tramite di servizi formali, siano essi pubblici o privati. È proprio «l'informalità» a costituire un punto di forza di questa scelta: le cure sono prestate spesso sull'arco delle 24 ore qualora la badante sia convivente, senza una netta distinzione tra tempi personali e tempi di lavoro. Le badanti rispondono anche molto bene ai bisogni di monitoraggio più che di cura, come nel caso, per esempio, di persone anziane ancora fisicamente prestanti e magari compromesse dal punto di vista cognitivo, o viceversa. Facendo esplicito riferimento al caso italiano si è affermato che l'offerta ha creato domanda (Colombo, 2005) e che la disponibilità di lavoro immigrato a relativamente basso costo ha aumentato le aspettative societarie nei confronti di questa soluzione privata sia in termini di affidabilità, sia per quanto riguarderebbe la loro rapida e facile reperibilità. Come si evince dalla tabella 1, la percentuale di famiglie con anziani che impiega almeno una badante arriva a quasi il 32% se si tratta di una persona molto avanti negli anni e gravemente dipendente. Secondo recenti stime, le famiglie italiane spenderebbero circa 9,5 miliardi l'anno per pagare le badanti (Pasquini e Rusmini, 2010).

Se si analizza la composizione dell'intero carico di cura nei confronti delle persone anziane completamente non autosufficienti per fonte ricevuta e si escludono i dati relativi all'aiuto familiare da parenti stretti che, come visto, costituisce lo zoccolo duro della cura in Italia, emerge che le badanti si accollano relativamente di più compiti *time consuming* come l'aiuto domestico, l'accompagnamento e l'assistenza psi-

cologica e l'assistenza personale (figura 1). Il caregiving è ancora saldamente erogato da familiari che, oltre ad accollarsi buona parte dei lavori domestici e delle cure personali a favore delle persone non più in grado di farlo in autonomia, si assumono la regia degli interventi altrui, compreso quello della/e badanti. L'evidenza empirica ha infatti messo in evidenza come il ricorso a badanti non si costituisce come alternativa al lavoro di cura familiare, ma piuttosto si configuri come soluzione ad essa complementare (Eurofamcare Consortium, 2006; Istat, 2010).

Figura 1 - Persone con oltre 65 anni completamente non autosufficienti, per fonte di assistenza ricevuta, Italia (anno 2007, in %)



Fonte: Gori e Lamura (2009).

Le famiglie (con loro le badanti) non possono che rappresentare risorse cruciali in un contesto, come quello italiano caratterizzato da livelli di offerta di servizi pubblici molto modesti e da diritti di cura dallo statuto debole. Le politiche di cura infatti, non possono fare leva su diritti garantiti e chiaramente riconosciuti né dalla Carta costituzionale né da altre fonti normative (Costa, 2007b). Essere curati costitui-

sce ancora un «diritto incompleto» (Leira, 1993; Knijn e Kremer, 1997) dato che ottenere un aiuto o un supporto in natura non è un diritto opponibile in via legale. L'unico intervento pubblico esigibile una volta che un soggetto si trova in situazione di grave dipendenza, e comunque a seguito di un processo di valutazione di tale condizione, è l'indennità di accompagnamento, la cui erogazione non è accompagnata da alcun meccanismo in grado di assicurare che lo si riesca ad utilizzare adeguatamente o in forma congruente con i reali bisogni di cura, di accudimento e di assistenza. I tassi di copertura dei servizi pubblici italiani rivolti agli anziani sono particolarmente bassi se paragonati a quelli assicurati dagli altri paesi europei⁵ o da quelli assicurati dall'indennità di accompagnamento o dal ricorso a badanti (tabella 3).

Tabella 3 - Tassi di copertura dei diversi sostegni per la Ltc in età anziana (almeno 65 anni)

	2005-2008
Servizi domiciliari*	4,0-5,0
A contenuto sanitario	3,0
A contenuto sociale	1,9
Servizi residenziali	3
Indennità di accompagnamento	9,5
Badanti	6,6

* I dati statistici disponibili non permettono di determinare quali e quante sovrapposizioni ci siano tra gli utenti che fruiscono di servizi di assistenza domiciliare sanitaria e/o sociale, motivo per cui i due tassi non possono essere sommati.

Fonte: Gori e Lamura (2009).

Lo scenario descritto può essere illustrato anche attraverso i dati di spesa per la Ltc. Secondo i dati disponibili (Chiatti e al., 2010), nel 2008 la spesa pubblica per la Ltc ha raggiunto l'1,18% del Pil, circa 18 miliardi di euro: 0,49% per spese sanitarie, 0,56% per le indennità di accompagnamento e 0,13% per gli interventi sociali dei Comuni. La spesa è cresciuta di uno scarso 0,13% tra il 2004 e il 2008, di cui il 61% per le prestazioni economiche, le indennità. La spesa privata per la Ltc rappresentata da ciò che le famiglie spendono per remunerare il lavoro delle badanti è stata stimata in circa 0,59% del Pil (Pasquinelli e Rusmini, 2009), equivalente quindi a circa metà dell'intera spesa pubblica per i bisogni di cura di lunga durata.

⁵ Per problemi di spazio si rimanda ai dati europei riportati nel saggio comparativo di Carrera, Pavolini, Ranci e Sabbatini in questo numero.

Tabella 4 - I modelli regionali di Ltc per gli anziani non autosufficienti

Modello	Valori medi	Tasso di copertura	Range
1 Modello residenziale (<i>Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta</i>)			
% di anziani in assistenza domiciliare integrata	0,4	+	[0,4 - 0,5]
% di anziani in servizi domiciliari sociali	4,3	+	[3,8 - 4,9]
n. di anziani in strutture residenziali (per mille)	57,9	+	[51,0 - 64,7]
% di anziani percettori di indennità di accompagn.	9,0	+	[9,0 - 9,1]
2 Modello ad alta intensità assistenziale (<i>Emilia-Romagna, Veneto e Friuli-Venezia Giulia</i>)			
% di anziani in assistenza domiciliare integrata	6,5	+	[6,0 - 7,3]
% di anziani in servizi domiciliari sociali	2,3	+	[1,7 - 2,9]
n. di anziani in strutture residenziali (per mille)	57,4	+	[44,0 - 81,2]
% di anziani percettori di indennità di accompagn.	11,2	+	[10,6 - 11,8]
3 Modello cash-for-care (<i>Abruzzo, Calabria, Campania, Sardegna e Umbria</i>)			
% di anziani in assistenza domiciliare integrata	3,2	+	[1,8 - 5,1]
% di anziani in servizi domiciliari sociali	1,7	+	[0,6 - 2,5]
n. di anziani in strutture residenziali (per mille)	14,0	+	[5,8 - 20,4]
% di anziani percettori di indennità di accompagn.	16,3	+	[14,0 - 19,0]
4 Modello a media intensità assistenziale			
a) ...con un orientamento cash-for-care (<i>Basilicata, Lazio, Marche, Puglia e Toscana</i>)			
% di anziani in assistenza domiciliare integrata	3,0	+	[1,8 - 4,1]
% di anziani in servizi domiciliari sociali	1,2	+	[0,8 - 1,8]
n. di anziani in strutture residenziali (per mille)	16,7	+	[5,7 - 30,6]
% di anziani percettori di indennità di accompagn.	12,3	+	[11,3 - 13,4]
b) ...con un orientamento residenziale (<i>Liguria, Lombardia e Piemonte</i>)			
% di anziani in assistenza domiciliare integrata	3,0	+	[1,9 - 4,0]
% di anziani in servizi domiciliari sociali	1,5	+	[1,3 - 1,8]
n. di anziani in strutture residenziali (per mille)	48,2	+	[38,4 - 54,5]
% di anziani percettori di indennità di accompagn.	10,1	+	[9,3 - 11,0]
5 Modello a bassa intensità assistenziale (<i>Molise e Sicilia</i>)			
% di anziani in assistenza domiciliare integrata	2,1	+	[0,9 - 3,4]
% di anziani in servizi domiciliari sociali	3,2	+	[3,1 - 3,4]
n. di anziani in strutture residenziali (per mille)	16,4	+	[9,6 - 23,2]
% di anziani percettori di indennità di accompagn.	11,5	+	[10,8 - 12,2]

* Le Regioni in corsivo in tabella hanno livelli di dipendenza superiori alla media italiana⁶.

Fonte: Chiatti e al. (2010).

⁶ Secondo l'unica survey dedicata a questo tema, *Condizioni di salute e utilizzo dei servizi sanitari*, la cui ultima edizione è stata condotta nel 2004-2005 e pubblicata in Istat, 2008.

Anche se in questa sede non ci si sofferma sulla descrizione dell'assetto dei servizi di cura in Italia⁷, è opportuno non dimenticare che ad oggi sono riconoscibili diversi modelli regionali per quanto riguarda la risposta ai problemi di cura delle persone anziane non autosufficienti, sia in termini di livelli di copertura dei singoli servizi, sia per quanto riguardanti le scelte di spesa, il livello di medicalizzazione o il mix di interventi maggiormente sostenuti (si veda per esempio Da Roit, 2007a). Mentre alcune Regioni privilegiano le soluzioni residenziali, altre dispiegano uno sforzo maggiore sui servizi domiciliari, altre ancora bilanciano gli investimenti o si affidano quasi esclusivamente al supporto offerto dalla indennità di accompagnamento. La tabella 4 riporta un tentativo di tipizzazione dei modelli regionali costruito su indicatori di copertura (Chiatti e al., 2010), il loro valore medio e il loro range di variazione.

3. I processi che spingerebbero per le riforme

L'invecchiamento della popolazione, la diminuita capacità di cura delle famiglie e la crescita dei costi sociali della dipendenza in età anziana sono tre processi interconnessi che costituirebbero dei potenti fattori di cambiamento istituzionale nell'attuale status delle politiche di Ltc. La popolazione italiana non solo è tra le più vecchie al mondo ma presenta anche un tasso di invecchiamento tra i più elevati d'Europa. Secondo L'Istat la proporzione della popolazione anziana era nel 2009 pari al 20,1% del totale, un valore che è cresciuto del 37% in 20 anni e che è quasi raddoppiato in meno di 50 anni. Gli anziani raggiungevano quota 8,7 milioni all'inizio degli anni '90 e raggiungono oggi 11,9 milioni con un incremento netto di 3,2 milioni di individui (tabella 5). L'accelerazione dell'invecchiamento può essere meglio colta dall'analisi dell'evoluzione di coloro che hanno almeno 75 anni di età. Se essi rappresentavano circa il 3,9% della popolazione nel 1971, sono passati a costituire attualmente il 9,6% del totale (Ranci e Pavolini, 2011). Per quanto la compressione della morbidità (Lafortune e Balestat, 2007; Baltes e Smith, 2003) sia avvenuta e sia in atto in Italia, passando dal

⁷ Mentre gli altri contributi in questo numero della rivista si dedicano anche alla descrizione dei servizi rivolti alle persone dipendenti, si è ritenuto di non farlo in questa sede, assumendo che il lettore ne sia a conoscenza e sappia in qualche maniera orientarsi nel dibattito attuale sul tema.

21,7% al 18,8% in età anziana, a crescere sono i numeri assoluti delle persone dipendenti, così come peggiorano le condizioni qualitative di tale dipendenza. Poiché la vita si è allungata per uomini e donne e poiché la probabilità di insorgenza di problemi di cura cresce esponenzialmente al crescere dell'età, è aumentato il numero di individui che hanno bisogno di supporto e assistenza per lo svolgimento delle attività quotidiane.

Tabella 5 - Invecchiamento e dipendenza in Italia

	Gli anni '90	Gli anni 2000	Variazione nel tempo	
	(1993/94)	(2005/08)	Assoluta	Relativa (%)
N. di anziani (in milioni)	8,7	11,9	3,2	+36,7
N. di anziani almeno 75enni (in milioni)	3,7	5,7	2,0	+54,0
N. di anziani dipendenti (in milioni)*	1,8	2,0	0,2	+9,4
N. di anziani dipendenti con severe limitazioni (in milioni)	0,7	1,0	+0,3	+35,6
N. di anziani dipendenti con limitazioni meno severe (in milioni)	1,1	1,1	-0,0	0
Tasso di dipendenza in età anziana (standardizzato)	21,7	18,8	-2,9	-13,4
Tasso di dipendenza severa in età anziana (standardizzato)	8,8	9,3	0,5	+5,7
Tasso di dipendenza meno severa in età anziana (standardizzato)	13,3	10,3	-3,0	-22,6

* Non sono compresi gli anziani istituzionalizzati.

Fonte: Ranci e Pavolini (2011).

È importante sottolineare come vi siano notevoli variazioni dei tassi di dipendenza tra le regioni italiane. Quelle meridionali presentano livelli più alti di dipendenza, spiegati in letteratura dalle peggiori condizioni socio-economiche che le caratterizzano e che finirebbero per determinare peggiori condizioni di salute in età anziana (Costa, Spadea e Cardano, 2004). I dati sopra riportati devono però essere letti congiuntamente a quelli relativi alle dinamiche demografiche in atto e ai cambiamenti strutturali nella partecipazione delle donne al mercato del lavoro. Analizzando il ciclo di vita di tre generazioni di donne italiane quarantenni messe a confronto (tabella 6), appare chiaro come le famiglie stiano diventando più strette e più lunghe dato che si fanno meno figli, li si fa a sempre più tarda età e che diverse generazioni coesistono di più rispetto al passato e soprattutto più a lungo (Istat, 2011).

Tabella 6 - Tre generazioni di quarantenni a confronto (indicatori e proiezioni)

Anno di nascita	N. medio di figli	Età media al primo figlio	% di donne che non hanno o non hanno avuto figli	N. medio di anni di coesistenza con un genitore anziano	% di donne quarantenni nel mercato del lavoro
1940	2,0	25	13	12	30
1960	1,7	27	13	18	50
1970	1,4	30	20	22	62

Fonte: Istat (2011).

Oltre il 60% delle donne quarantenni sono attualmente inserite nel mercato del lavoro, un dato che è più che duplicato nell'arco di 30 anni. Oggi, il 51,9% delle donne tra 40 e 59 anni, coloro che tradizionalmente hanno costituito la riserva di cura del nostro paese, fanno parte della forza lavoro mentre nel 1993 erano il 39,5% (Ranci e Pavolini, 2011). In un contesto in cui non ci sono stati cambiamenti significativi per quanto riguarda la divisione del lavoro familiare tra uomini e donne (Istat, 2011), non è più possibile dare per scontato che sia un'attività non problematica. Le donne italiane sono sempre più presenti nel mercato del lavoro e ci stanno sempre più a lungo visto l'inasprimento delle condizioni di eleggibilità per l'ottenimento di benefici pensionistici e la tarda età di entrata in occupazioni retribuite. Nonostante le famiglie – e soprattutto le donne – siano ancora molto presenti nelle attività di cura, come si è visto sopra, la loro capacità di curare e accudire è diminuita in termini quantitativi. Secondo i dati più recenti (*ibidem*), tra il 1998 e il 2009 il numero di ore dedicate in Italia all'accudimento di persone anziane e adulte dipendenti è diminuito da 759.000 a 730.000, quelle dedicate più strettamente alla cura personale anche di tipo sanitario da 207.000 a 151.000. Curare è diventato più problematico anche in termini qualitativi dato che è diventata sempre di più un'attività che compete per risorse scarse, vale a dire, il tempo delle persone che se ne fanno carico. Lo si continua a fare ma a scapito di sacrifici e mediazioni di non poco conto (Eurofamcare Consortium, 2006; Costa, 2007a).

L'ultimo fenomeno che spingerebbe verso cambiamenti istituzionali più ampi dell'attuale sistema di Ltc italiano riguarda i crescenti impatti socio-economici dei bisogni di cura in età anziana. Fronteggiare tali bisogni risulta da tempo problematico dal punto di vista della tenuta dei bilanci familiari. Recentemente è stata indicata come seconda

RPS

Giuliana Costa

fonte di impoverimento delle famiglie italiane dopo la perdita dell'occupazione (Ceis, 2009) e non soltanto per l'aumento dei costi vivi implicato da una condizione di non autosufficienza in famiglia per il pagamento di beni e prestazioni pubbliche e private, ma anche per via delle ri-organizzazioni che attorno ai problemi di cura si avviano (Costa, 2007a). I costi sociali della cura aumentano anche per via di uno scarico dei problemi di cura dal sistema sanitario a quello più prettamente assistenziale, visibile in una pluralità di meccanismi insiti nelle politiche pubbliche. Un buon esempio (ed è soltanto uno di tanti) riguarda la velocizzazione delle dimissioni ospedaliere resa necessaria dall'introduzione di formule di finanziamento degli ospedali di tipo forfetario (i Drg, *Diagnose related groups*), che finisce per sovraccaricare le agenzie (soprattutto le famiglie) che stanno più a valle nei processi di cura e di supporto alla cronicità. Ancora, se da un lato, come si vedrà oltre, le risorse destinate all'indennità di accompagnamento stanno crescendo al punto tale da suggerire azioni di controllo da parte dell'Inps, deputato al suo pagamento, va ricordato che esistono comunque delle falle nella misura in grado di determinare ingenti costi sociali. È stato infatti stimato che circa il 2% della popolazione anziana ne rimane esclusa pur avendone un estremo bisogno (Ranci e al., 2008), come, ad esempio, nel caso di coloro che presentano disabilità cognitive o mentali.

4. I tentativi di riforma e l'inerzia connessa all'architettura istituzionale delle politiche sociali

Sono numerosi i progetti di riforma dell'attuale sistema di fronteggiamento pubblico dei bisogni di cura di lunga durata presentati nell'ultimo decennio, da quando cioè nel 1997, il tema della dipendenza è entrato nell'agenda pubblica a seguito delle raccomandazioni licenziate dalla Commissione Onofri. Tale commissione, incaricata dall'allora governo di centro-sinistra di formulare delle proposte di riforma del sistema di protezione italiano, indicò tra altre azioni prioritarie, quella di ridisegnare l'insieme delle prestazioni e benefici per l'invalidità e di istituire un fondo dedicato alla non autosufficienza. Questa indicazione non fu mai seguita e i temi della dipendenza furono accantonati fino all'inizio del nuovo millennio quando, sulla scorta della legge quadro di riforma dell'assistenza 328/2000 che prevedeva all'articolo 15 di riservare una quota delle risorse del Fondo nazionale

per le politiche sociali (Fnps) ad «investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare», si ricominciò a lavorare all'ipotesi di creazione di un fondo dedicato. Tra il 2001 e il 2006 il tema fu oggetto di una relativa grande attenzione politica con la presentazione in Parlamento di numerosi disegni di legge (anche bipartisan) per innovare il sistema di protezione dai rischi connessi alla dipendenza in età anziana associandovi nuovi meccanismi di finanziamento. La maggior parte delle proposte⁸ si concentrò sulle seguenti priorità di policy: fornire una copertura universalistica al rischio di non autosufficienza anche con l'adozione su tutto il territorio nazionale di meccanismi comuni di compartecipazione ai costi dei servizi; assicurare un maggior coordinamento tra politiche e interventi sociali e sanitari; aumentare i tassi di copertura dei servizi e ampliare la gamma di interventi di tipo domiciliare, in linea con quanto perseguito da altri paesi europei. Alcune proposte sono state concepite solamente per la popolazione anziana, altre per le persone dipendenti in generale, a prescindere dalla loro età. Mentre alcune pretendevano di modificare, incorporandola al nuovo sistema, l'indennità di accompagnamento, altre non ne contemplavano una sostanziale revisione. Nessuna di queste proposte di legge è avanzata in Parlamento, in parte per via dell'interruzione della legislatura, ma soprattutto perché è mancato un consenso più ampio su come eventualmente finanziarle e perché vi è stata una forte resistenza da parte di molti soggetti a mettere in discussione quelli che venivano individuati essere diritti acquisiti che, in questo caso, erano tutelati dall'esistenza dell'indennità di accompagnamento così come era ed è concepita.

La finestra di opportunità apertasi con la 328/2000 per la realizzazione di un'ampia riforma di carattere istituzionale del sistema pubblico di fronteggiamento della dipendenza si è in realtà ristretta anche a causa della riforma del titolo V della Costituzione del 2001. A distanza di pochi mesi dall'emanazione della legge quadro sull'assistenza, infatti, la riforma costituzionale ha ampliato la potestà legislativa delle Regioni assegnando loro competenza esclusiva in materia di assistenza, lasciando allo Stato il solo compito di «definire dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere

⁸ Per una loro disamina dettagliata, si rimanda a Gori, 2008.

garantiti su tutto il territorio nazionale» (art. 117, comma *m*, Titolo V della Costituzione). Le Regioni, erano già enti con ingenti competenze programmatiche in una pluralità di materie ma la loro iniziativa era fortemente limitata dal governo centrale e soffrivano della forte dipendenza indotta da un sistema di finanziamento basato su trasferimenti vincolati (Brosio, 2003; Arlotti, 2009). Con la riforma costituzionale, le Regioni si sono viste investite di un nuovo ruolo in linea con i processi di devoluzione, rescaling e sussidiarizzazione delle politiche sociali in atto in Europa (Kazepov, 2008), assumendo una maggiore centralità quali attori nel campo delle politiche sociali. Tale centralità non è stata però adeguatamente supportata dalla leva impositiva: se in termini generali abbiamo assistito ad un accrescimento dei margini di autonomia finanziaria regionale, in particolare attraverso la leva tributaria, è anche vero che a partire dal 2001 lo Stato centrale è intervenuto sistematicamente a limitare questa autonomia, per esempio «congelando» la possibilità delle Regioni di agire autonomamente sulle aliquote Irap o delle addizionali regionali Irpef. Se si considera poi che i tributi regionali si concentrano quasi esclusivamente sul finanziamento del comparto sanitario e che gli interventi assistenziali rimangono maggiormente dipendenti da trasferimenti centrali, si capisce come il margine di manovra attribuito alle Regioni sia, in sostanza, piuttosto modesto.

La supposta centralità delle Regioni non è stata altresì supportata dalla fissazione di livelli minimi (o essenziali che dir si voglia) di assistenza, utili non solo a tutelare diritti universali di cittadinanza ma a garantire – almeno a copertura di tali livelli minimi – il finanziamento delle politiche sociali da parte del governo centrale. Le risorse del Fnps dedicate al finanziamento dei servizi in drastico calo a partire dal 2011 in poi, sono così trasferite alle Regioni senza vincoli per ciò che riguarda la loro destinazione d'uso⁹. Ogni Regione utilizza le risorse di competenza in base alle proprie normative e alla propria programmazione, aggiungendovi eventualmente delle risorse proprie e attribuendole poi ai Comuni associati in ambiti. Ad oggi, a differenza delle politiche previdenziali e sanitarie, nonché degli interventi assistenziali gestiti a livello centrale che si configurano come diritti individuali soggettivi, garantiti e legittimati, per le politiche assistenziali territoriali non esiste

⁹ Fanno eccezione le risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza e quelle relative al Fondo straordinario per gli asili nido, entrambi implementati con la (allora) Legge finanziaria del 2007.

allo stato attuale alcun meccanismo in grado di assicurare la fornitura e l'accesso di prestazioni minime e lo stallo in cui ci si è trovati a livello nazionale non è stato finora colmato dall'iniziativa regionale. Le Regioni, a quasi un decennio dalla riforma illustrata, faticano infatti a diventare protagoniste per quanto riguarda l'intera partita del sociale, e a concentrare i propri sforzi regolativi in campi di policy maggiormente cruciali in termini di risorse¹⁰ e più strutturati dal punto di vista istituzionale¹¹. L'inerzia delle Regioni è dovuta ad una pluralità di motivi. Innanzitutto va ricordato che la maggior parte delle risorse finanziarie dedicate alla dipendenza sono di derivazione comunale (70% in media, Istat, 2009) mentre quelle derivanti dai budget regionali o comunque intermedie (perché provenienti dal Fnps) dalle Regioni sono molto più ridotte. La relativa modestia delle risorse regionali messe in campo fa sì che la capacità di condizionare i sistemi di offerta locali sia piuttosto bassa. Inoltre, va rilevato che in assenza di incentivi forti (quali potrebbero per esempio costituire la definizione di livelli essenziali di assistenza con un connesso congruo finanziamento), è molto difficile intercettare e modificare nella sostanza il quadro di forte disomogeneità sia nella dotazione di servizi e di interventi a favore dei cittadini, sia nelle loro logiche di accesso (Costa, 2009), soprattutto in un contesto come quello di molte città italiane, caratterizzato dalla forte pressione da parte della domanda e dalla crescita dei numeri di coloro che si rivolgono ai servizi sociali.

Nel 2007 il Governo (retto da una colazione di centro-sinistra guidata da Romano Prodi) lanciò un disegno di riforma delle politiche di cura ma dopo la sua approvazione in Parlamento, la fine prematura della legislatura fece sì che del disegno originale restasse solamente l'istituzione di un Fondo nazionale per la non autosufficienza presso il Ministero della Solidarietà sociale dotato di 500 milioni di euro (in seguito portati ad 800) su un triennio (dal 2007 al 2009) teso al finan-

¹⁰ In primis nella sanità che rappresenta mediamente il 60% delle spese regionali (Arlotti e Righettini, 2009).

¹¹ Un'eccezione in questo senso è costituita dalla programmazione sociale della Regione Piemonte che con il nuovo *Piano triennale 2010-2012 degli interventi e dei servizi sociali della Regione Piemonte* ha stabilito che «in attesa della definizione da parte dello Stato dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (Liveas), ed in coerenza con il comma 1 dell'art. 18 della l.r. 1/2004, la Regione Piemonte, ritiene non rimandabile realizzare una prima configurazione di Livelli essenziali e omogenei delle prestazioni (Lep), attraverso la razionalizzazione e la stabilizzazione di servizi già posti in essere» (p. 21).

ziamento di livelli essenziali (non definiti però) per le persone dipendenti. Il finanziamento del Fondo è stato confermato grazie ad un accordo firmato con le Regioni per il 2010 con 400 milioni di euro e poi azzerato a partire dal 2011, in uno scenario, come noto, di taglio generalizzato delle risorse destinate a finanziare l'insieme delle politiche sociali nel nostro paese.

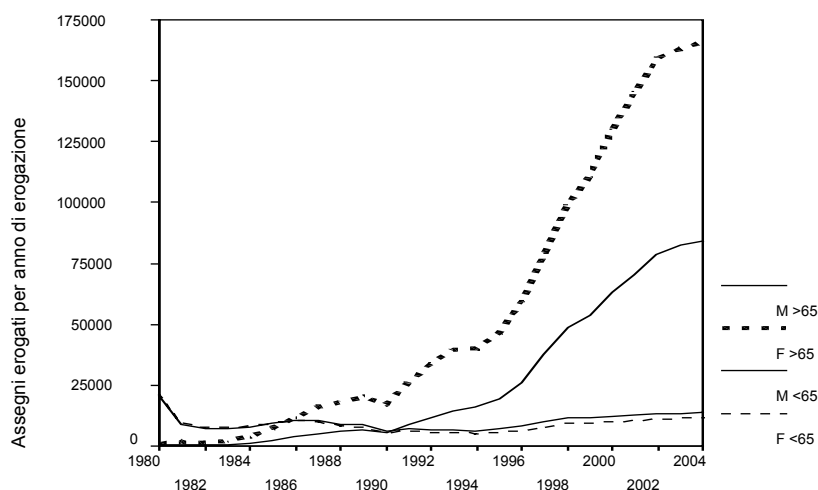
Nonostante non sia stata ancora prodotta sufficiente ricerca empirica circa l'impatto dell'innesto di nuove risorse sui sistemi regionali sappiamo che gli orientamenti nel loro uso sono stati alquanto dissimili (Beltrametti, 2008). Il Fondo ha messo a disposizione delle risorse aggiuntive per la non autosufficienza, per quanto davvero modeste nella loro entità complessiva. Alcune Regioni le hanno utilizzate per sviluppare o abbozzare politiche proprie tese all'aumento dei tassi di copertura dei servizi, all'ampliamento della gamma di offerta o semplicemente all'analisi e revisione della propria normativa per cercare di armonizzarla, almeno parzialmente. Le differenze più evidenti nei comportamenti regionali rimandano alla priorità data agli interventi in natura rispetto a quelli monetari e all'effettivo utilizzo dei fondi per sostituire risorse venute meno da altre fonti, visto il concomitante declino delle risorse finanziarie provenienti dal Fnps (Cembrani e al., 2010), o per ampliare in effetti i finanziamenti per l'Ltc. In ogni caso, senza ulteriori investimenti è difficile che abbia avuto un impatto duraturo sui sistemi regionali di fronteggiamento della dipendenza vista la sua modestia, la sua breve durata e l'esposizione che ha avuto, lungo il suo breve tempo di vita, alle intemperie della politica.

5. Fattori di inerzia connessi a «successi» di nuove e vecchie soluzioni

Verranno ora discussi i principali fenomeni che avrebbero avuto un ruolo inerziale rispetto a possibili riforme nelle politiche di cura rivolte alle persone anziane dipendenti (Ranci e Pavolini, 2011). Essi sono connessi al ruolo che hanno assunto negli anni l'indennità di accompagnamento (d'ora in poi Ida) e il consolidamento di un mercato privato di cura. Dal 1980, quando è stata istituita, i tassi di copertura dell'indennità sono cresciuti esponenzialmente così come l'età media dei suoi beneficiari. Per via dei cambiamenti demografici ed epidemiologici descritti sopra, e in assenza di revisioni sostanziali dei suoi criteri di eleggibilità e nel suo ammontare (che è restato a somma fissa), l'Ida ha cambiato completamente il proprio target di riferimento e

ne è stato modificato l'uso prevalente. Come si evince dalla figura 2, l'aumento nei tassi di copertura è stato consistente a partire dai primi anni '90, con un tasso di nuovi beneficiari pari al 13%, quasi completamente dovuto all'ingresso di anziani nella misura.

Figura 2 - Evoluzione (in serie storica) delle nuove erogazioni annue di indennità di accompagnamento, per genere e età di inizio fruizione



Fonte: Ranci e al. (2008).

Tra il 2006 e il 2010 il tasso di copertura dell'indennità tra gli anziani è passata dall'8,4% al 10,7%¹². A che cosa è dovuto questo aumento del 20% in soli 5 anni? Benché vi siano più possibili fattori alla base di questa esplosione dei numeri relativi alla misura, appare evidente come sia riconducibile innanzitutto all'invecchiamento relativo della popolazione anziana visto che la proporzione di ultra 75enni sul totale della popolazione anziana è progressivamente aumentata. Poiché sappiamo che l'attuale distribuzione dei beneficiari dell'indennità per classe di età vede che oltre il 50% di loro ha più di 80 anni (*ibidem*), appare chiaro come questa sia una misura che sempre di più si concentra su soggetti gravemente dipendenti molto anziani. Gli altri

¹² Dati dal sito www.inps.it

aspetti che potrebbero in qualche maniera spiegare l'espansione dell'indennità riguardano il crescente *welfare consumerism*, collegato in questo caso, alla sempre maggiore visibilità sociale della dipendenza e all'aumento della consapevolezza da parte dei cittadini dei propri – seppur limitati – diritti, l'assenza di altri interventi continuativi ed esigibili, la mancanza di misure universalistiche di sostegno al reddito, la disponibilità sul mercato di persone disposte a lavorare come *caregiver* (il che incentiverebbe i soggetti e le loro famiglie a chiedere l'indennità) e la separazione attualmente vigente tra chi finanzia la misura (lo Stato centrale) e chi verifica la pertinenza delle domande, valutando le condizioni psico-fisiche di coloro che ne fanno richiesta (le Asl) (Gori, 2010). Dal 2011, proprio per ridurre le distorsioni che potrebbero sorgere nel processo di valutazione e poi attribuzione della misura, le commissioni sanitarie delle Asl deputate alla valutazione delle domande sono composte anche da un medico dell'Inps.

Ancora, nonostante l'indennità sia una misura universalistica destinata a coloro che sono giudicati essere dipendenti sulla base di criteri almeno teoricamente definiti a livello nazionale, il suo tasso di copertura della popolazione anziana nelle diverse regioni italiane è molto dissimile e, in ogni caso, non spiegabile da differenze epidemiologiche. Calabria (15,6%), Campania (15,0%), Sardegna (13,9%) e Umbria (18,2%) sono le Regioni con un numero relativamente più alto di beneficiari. Tra il 2006 e il 2010 la popolazione anziana è cresciuta del 4,3% mentre i percettori dell'indennità sono aumentati del 32,8% (del 25,1% tra i 65-79enni e del 36,4% tra gli 80+). Gli scarti tra l'aumento della popolazione e l'aumento del tasso di copertura dell'indennità variano da Regione a Regione. Secondo alcuni osservatori saremmo di fronte a comportamenti chiaramente opportunistici¹³ nell'uso di questa indennità a livello locale che necessitano di essere in qualche modo messi a fuoco. Non a caso l'Inps ha avviato una massiccia campagna di verifiche nel corso del 2010 su una misura che sembra essere fuori controllo.

L'Italia spende oltre 12 miliardi di euro l'anno per l'Ida (come si è visto, perlopiù per le persone anziane). Recenti stime mostrano che le risorse economiche dedicate assicurano livelli di copertura che non distano molto da quelle raggiunte da paesi, come la Francia e la Germania, che hanno riformato radicalmente il proprio sistema di protezione dei rischi di dipendenza (Ranci e al., 2008). Queste ingenti risorse non possono quindi essere ignorate in qualunque ipotesi di riforma si rie-

¹³ L'Italia ha una lunga «tradizione» in questo senso: si veda Paci e Ascoli, 1984.

sca avviare nel nostro paese. In un contesto di ristrettezze finanziarie per le politiche sociali come quello attuale, di alta pressione fiscale e di «austerità permanente» (Pierson, 2001) risulta arduo finanziare una riforma ampia per la Ltc senza intaccare ciò che già oggi viene (in modo crescente peraltro) dedicato all'indennità. È però allo stesso tempo molto difficile «toccare», una parola che ricorre spesso nel dibattito sul tema, questa misura. La ricerca empirica mostra come la maggior parte degli attuali beneficiari dell'indennità la spendano per procurarsi qualche forma di supporto (Da Roit, 2008) e come, tra gli aspetti maggiormente apprezzati, vi sia proprio la libertà con cui lo si può fare. Vista la scarsità di risposte pubbliche alternative per la Ltc, l'alta frammentazione e la discrezionalità con cui vengono messe a disposizione nelle diverse zone del paese, l'Ida costituisca l'unica reale misura per sostenere l'«ageing in place» (Oecd, 2003). Questo è anche il motivo per cui le organizzazioni di disabili e di persone anziane non autosufficienti hanno dato vita a ciò che in letteratura vengono definite «advocacy coalitions» (Sabatier e Weible, 2007; Sabatier e Jenkins-Smith, 1993), bloccando i tentativi di revisione dell'indennità quando anche fosse per conglobarla entro schemi più ampi e integrati di intervento. Tale resistenza non ha peraltro impedito di continuare a fare pressione per far sì che si trovino soluzioni adeguate ai problemi di Ltc. Anche i sindacati di pensionati e le organizzazioni dei disabili di secondo e terzo livello (la Fish, Federazione italiana superamento handicap e la Fand, Federazione associazioni nazionali disabili) hanno operato nella stessa direzione in questo ultimo decennio, anche se con obiettivi interni e strategie non sempre congruenti tra loro. In ogni caso, l'azione di tutti questi soggetti ha rappresentato un risultato eccezionale in un contesto, come quello italiano, da sempre caratterizzato da un forte particolarismo categoriale nell'uso delle risorse di welfare. Come è stato confermato da gran parte dei policy maker, osservatori e attivisti intervistati per la ricerca qui illustrata nei suoi aspetti più salienti, nessuno vuole rischiare il certo per l'incerto anche se i limiti dell'indennità in quanto tale sono evidenti a tutti. Questa misura infatti è costituita da una somma in cifra fissa (*flat rate*) non commisurata al livello di bisogni individuali e rappresenta quindi una discreta compensazione economica per coloro che presentano livelli di dipendenza relativamente più modesti e possono contare su forme di supporto informale, ma appare completamente inadeguata per coloro che hanno bisogno di assistenza 24 ore su 24 e che non possono contare sull'aiuto fattivo di familiari. Un altro suo limite riguarda l'assenza di

forme di accompagnamento all'uso della misura e di case management. Le famiglie si trovano a dover organizzare l'assistenza molto spesso in totale autonomia. In ogni caso, va ricordato, la misura sembra essere stata in grado di contenere almeno in parte i bisogni più pressanti, il che spiega la resistenza offerta ad una sua riorganizzazione. Il secondo fattore inerziale per la riforma delle politiche di cura riguarda il «successo» ottenuto dalle badanti, perno di un «welfare nascosto» (Gori, 2002) che ha funzionato relativamente bene senza alcun intervento e sforzo regolativo pubblico. Questa soluzione tutta privata non è stata oggetto di interventi pubblici espliciti e specifici per la Ltc o per le politiche familiari e solo molto tardivamente lo è stata per le politiche migratorie, tradizionalmente non connesse al campo di policy di cui qui ci si occupa. Le politiche migratorie non hanno messo a fuoco lo specifico delle badanti nonostante la loro crescita numerica in un paese che ha assunto un ruolo attrattore nei confronti di cittadini extracomunitari, proprio a ridosso dell'esplosione del fenomeno badanti. Il «tema badanti» è entrato nel dibattito pubblico molto lentamente, quando erano già massicciamente presenti nelle case degli italiani e in un momento storico in cui l'accelerazione dell'invecchiamento e i rischi sociali ad esso connesso hanno assunto un'importanza inedita nella scena pubblica. All'inizio degli anni 2000, il governo italiano è stato obbligato in qualche modo a prendere atto di ciò che stava accadendo e della centralità che le badanti stavano assumendo nelle strategie per fare fronte ai bisogni di cura a lungo termine, grazie anche alla pressione esercitata in questo senso da organizzazioni di varia natura, in primis quelle cattoliche come la Caritas e quelle ad orientamento politico di sinistra (Van Hooren, 2008). Tale presa d'atto ha però mostrato i suoi effetti solamente nell'alveo delle politiche migratorie attraverso l'introduzione di condizioni preferenziali per l'ottenimento dei documenti di soggiorno ai lavoratori di cura mentre nessun altro supporto è stato attivato a livello nazionale per accompagnare questo passaggio.

Per comprendere appieno le implicazioni di questo riorientamento nelle politiche migratorie in termini di cambiamento istituzionale graduale delle politiche di Ltc, come affermato fin dall'introduzione dell'articolo, è importante illustrare brevemente come si sono evolute tali politiche per quanto riguarda le badanti. Le politiche migratorie, come è noto, si sono finora basate in Italia su due strumenti principali. Il primo e più importante in termini di numero di persone che ne hanno usufruito, sono le sanatorie. Queste hanno avuto l'obiettivo di

regolarizzare la presenza sul territorio italiano di coloro che già vi erano presenti al momento del loro annuncio e avvio. Sono state realizzate negli anni 1986, 1990, 1995, 1998, 2002 e, come si chiarirà appena oltre, nel 2009. Il secondo strumento sono stati i decreti-flusso. Secondo la normativa attuale, tali decreti vengono definiti annualmente (numeri e composizione interna) ma sulla base di una programmazione triennale che coinvolge governo e parti sociali sulla base dei bisogni di mano d'opera rilevati nel mercato del lavoro. Prima della Riforma Turco-Napolitano del 1998 non vi era nella normativa per l'immigrazione alcun riferimento ai lavoratori domestici. È stato nella Legge Bossi-Fini del 2002, approvata dal governo di centro-destra, che è stata per la prima volta inserita una clausola di vantaggio per i lavoratori domestici, accettando la regolarizzazione di coloro che potessero provare di essere impiegati presso una famiglia italiana da almeno tre mesi prima. Sono stati altresì aumentati i flussi per coloro che avessero fatto domanda di entrare regolarmente nel nostro paese come tali. Fino ad allora, la cura e il lavoro domestico venivano equiparate nella normativa. La consapevolezza del fatto che il lavoro di cura necessitasse di un trattamento differenziato è andata crescendo nel corso degli anni anche sulla scorta di campagne mediatiche in cui si evidenziava la crescente importanza delle badanti nel sorreggere un sistema di welfare deficitario e carente per le persone dipendenti e le loro famiglie. Nel 2009 il governo ha dovuto fare marcia indietro rispetto alle proprie dichiarazioni programmatiche e lanciare quella che è stata da più parti definita come «sanatoria badanti» anche se riguardava anche altre tipologie di lavoratori domestici. In quella occasione i problemi di cura vennero alla ribalta per via di una norma – il «Pacchetto sicurezza» – licenziata in quegli stessi mesi che avrebbe fatto sì che le famiglie che impiegavano badanti straniere senza regolare permesso di soggiorno per sopperire ai propri bisogni di cura fossero perseguibili legalmente. Ci si aspettavano circa 500.000 domande di regolarizzazione, ma ne sono state presentate nell'ambito della sanatoria 2009 solamente 295.000 e di queste appena 114.000 da badanti e famiglie (Pasquinelli e Rusmini, 2010). È stato stimato che a seguito della sanatoria ci siano circa 754.000 badanti impiegate presso le famiglie italiane, di cui il 46% con regolare permesso di soggiorno e contratto, il 28% con permesso di soggiorno ma senza contratto di lavoro e il 26% completamente irregolari, sia sul fronte della permanenza sul territorio italiano, sia su quello contrattuale. Nonostante l'ultima sanatoria dunque, circa metà del mercato opera in un contesto di illegalità.

Nonostante si sia sostenuto che il 2002 è stato un punto di svolta per quanto riguarda l'orientamento politico verso i «migranti che curano» (Van Hooren, 2008), le politiche di immigrazione hanno continuato a basarsi su sanatorie *ex post* per regolarizzare coloro già presenti che non su strumenti *ex ante* (Bettio, Simonazzi e Villa, 2006; Costa e Pavolini, 2007), contribuendo a perpetuare un mercato del lavoro irregolare e poco costoso vista l'oggettiva difficoltà di impiegare personale in forma regolare perché in assenza di documenti validi di soggiorno quindi anche di contratti formali. Infatti, le famiglie hanno continuato ad aspettare eventuali sanatorie per regolarizzare la loro posizione e quella delle persone che lavoravano presso di loro, alimentando una forma di «abuso per necessità» che spinge gli attori sociali ad infrangere le leggi (Ambrosini, 2007). Il canale alternativo per regolarizzare la permanenza sul nostro territorio di un individuo extracomunitario attraverso la chiamata resa possibile dai decreti-flusso, non si è rivelato efficace in un mercato che necessita di interazioni faccia a faccia come quello della cura, in cui le parti in causa si devono conoscere e «testare» prima di prendere delle decisioni anche temporaneamente definitive come quella di assumere qualcuno o di lavorare per qualcuno. Il meccanismo dei decreti-flusso prevede che se una persona è già in Italia deve rientrare nel proprio paese di origine per essere successivamente chiamato nell'ambito delle procedure previste. Problemi connessi allo scarto sistematico tra il numero di domande presentate e il numero di lavoratori ammessi per tramite dei decreti-flusso¹⁴, nonché problemi legati alla continuità assistenziale (che verrebbe meno nel caso una badante debba tornare in patria per poi essere richiamata) hanno fatto sì che la maggior parte delle famiglie italiane non seguisse questa via.

Nessuno sforzo è stato poi fatto per connettere l'erogazione dell'indennità di accompagnamento a questo mercato privato anche se l'evidenza empirica ha da tempo mostrato come risorse pubbliche vadano ad alimentare anche pratiche irregolari (per quanto comprensibili). L'unico tentativo di regolare e qualificare questo mercato è stato la creazione del «Contratto nazionale collettivo di lavoro sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico», di cura o meno, istituito per

¹⁴ Sono state presentate alcune proposte in Conferenza Stato-Regioni per incorporare i flussi relativi alle badanti da quelli relativi ad altre tipologie di lavoratori. Queste potrebbero essere considerate un altro tentativo di privilegiare una componente ormai essenziale e irrinunciabile del sistema di welfare all'italiana.

fissare livelli salariali e contributivi minimi e per definire tutele e condizioni lavorative di base. Nonostante ciò, come si è visto, solamente il 46% delle assistenti familiari sono impiegate attraverso questo contratto, anche per via del fatto che esso ha aumentato notevolmente i costi del ricorso a badanti, soprattutto nel caso di lavoro reso in regime di coabitazione. Il tentativo di far emergere del lavoro nero attraverso l'introduzione di uno specifico contratto di lavoro non è stato coronato da pieno successo: se da un lato è ancora difficile regolarizzare la posizione di chi non ha documenti di soggiorno, sono davvero pochi gli incentivi a farlo quando ciò invece sarebbe possibile: i controlli sono scarsi e non vi sono attualmente benefici fiscali (deduzioni/detrazioni) tali da compensare le famiglie per i maggiori costi che emergono da applicare correttamente il contratto.

Sul fronte delle badanti, a differenza di quanto affermato precedentemente, l'inerzia nazionale è stata in qualche modo superata da iniziative locali e regionali che hanno sviluppato politiche locali per supportare le famiglie, per qualificare il lavoro di cura e migliorare le relazioni tra chi chiede e chi offre lavoro di cura (Costa e Pavolini, 2007). Tali politiche hanno previsto a livello comunale o di ambito, la creazione di registri pubblici e albi badanti (in cui si iscrivono persone che rispondono ai criteri qualitativi per lo svolgimento di lavoro di cura cui possono fare riferimento le famiglie che ne avessero bisogno e da cui attingono in taluni casi le agenzie locali per il lavoro), lo sviluppo di corsi di formazione per badanti, il lancio di campagne che promuovono il lavoro regolare e l'integrazione dei servizi di cura pubblici con quello reso da badanti. A livello regionale invece, le politiche hanno previsto il sostegno di iniziative di formazione valide su tutto il territorio e l'erogazione di assegni di cura sottoposti alla prova dei mezzi, destinati a coloro che impiegano badanti con un contratto regolare in modo da pagare almeno in parte i loro costi contributivi. Le Regioni che al 2010 avevano attivato tali assegni sono l'Abruzzo, l'Emilia-Romagna, il Friuli-Venezia Giulia, il Veneto, la Sardegna e la Valle d'Aosta, con criteri di accesso, durata e ammontare molto diversificati (Pasquinelli e Rusmini, 2010). Questi tentativi di sostenere il mercato di cura sono sì innovativi (se lo si giudica poi dal numero di pubblicazioni ad essi dedicate in questi anni, soprattutto sugli assegni di cura si potrebbe essere portati a pensare che abbiano rappresentato addirittura una rivoluzione radicale del nostro sistema di sostegno ai bisogni di cura) ma se si analizzano i numeri cui si riferiscono però, si evince come essi siano stati dotati di risorse estremamente modeste e come

RPS

Giuliana Costa

in realtà abbiano potuto intercettare un numero molto ridotto di famiglie e di badanti.

In conclusione, ciò che emerge da questa breve analisi è che le scelte pubbliche rispetto alla regolazione di questo mercato in questi ultimi dieci anni sono state funzionali sia alla crescente domanda di cura (a buon mercato) da parte delle famiglie italiane, sia alle casse pubbliche che non hanno dovuto così sopportare i costi di rispondere a tale domanda, evitando di accrescere le risorse dedicate ai servizi e interventi pubblici. L'assenza di azioni di indirizzo incisive rispetto all'emergere di un mercato privato non regolato può essere, almeno in parte, interpretata come un effetto intenzionale? I dati raccolti non permettono di fornire una risposta sufficientemente circostanziata e supportata dall'evidenza empirica. Più convincente è l'idea che il «successo» del lavoro delle badanti possa essere considerato un fattore di inerzia rispetto all'avvio di riforme più impegnative (quanto meno per le finanze pubbliche) della Ltc.

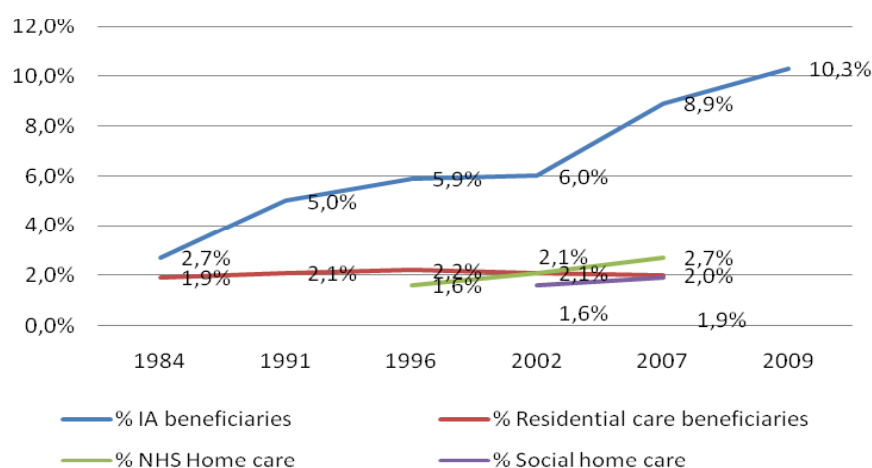
Molti sono però gli osservatori che mettono in discussione la sostenibilità di lungo periodo di siffatta via privata alla soluzione (parziale e spesso problematica, non va dimenticato) di problemi di dipendenza. Nei prossimi venti anni assisteremo a carenze di persone disposte a curare a domicilio soprattutto su base continuativa e in regime di coabitazione, come mettono in luce anche alcune ricerche sul campo (ad esempio Pasquinelli e Rusmini, 2009); i benefici pensionistici saranno rispetto ad oggi decurtati per via dell'andata a regime delle riforme degli ultimi anni, il che, visto che la domanda di badanti si è dimostrata essere elastica rispetto ai livelli di reddito (Ranci e al., 2008), implicherà che le disuguaglianze nel ricorso alle badanti saranno più manifeste rispetto ad oggi (non va dimenticato infatti che la proporzione di persone non assistite è ancora molto elevata) e forse dunque non più eludibili.

6. Conclusioni: mancate riforme, inerzia e cambiamento nelle politiche di Ltc in Italia

Come si ha avuto occasione di illustrare, si sono verificate massicce riorganizzazioni sociali attorno ai bisogni di cura di lungo periodo negli ultimi due decenni in Italia. Esse sono però avvenute in un contesto di sostanziale inerzia istituzionale: non solo i tassi di copertura dei servizi pubblici in natura sono oggi quasi pari a quelli di dieci anni fa

(figura 3) ma l'unica misura che ha dimostrato di riuscire ad accompagnare i processi demografici di invecchiamento e i bisogni di cura ad essi connessi è stata l'indennità di accompagnamento, un supporto che non ha subito alcuna forma di manutenzione e aggiornamento regolativo da quando è stata istituita. Il regime di cura italiano è stato però profondamente modificato dall'ingresso sulla scena delle badanti e dallo sviluppo e successivo consolidamento di un mercato privato di cura. Non a caso c'è chi si riferisce al caso italiano non più come a un modello di cura basato sulla famiglia o familistico, ma come a un modello basato sul lavoro immigrato dentro alla famiglia (Bettio, Simonazzi e Villa, 2006).

Figura 3 - Evoluzione dei servizi e interventi per le persone anziane dipendenti in Italia (anni 1984-2009)



Fonte: Ranci e Pavolini (2011).

Usando la letteratura sul cambiamento istituzionale, l'evoluzione delle politiche di Ltc a livello nazionale può essere interpretata in termini di parziale «trasformazione graduale» (Streeck e Thelen, 2005; Mahoney e Thelen, 2010). Le istituzioni infatti, per mantenere il loro carattere originario, hanno bisogno di un mantenimento attivo. Necessitano di essere ridefinite e rimesse a fuoco e in particolari contesti, anche di

essere più profondamente ricalibrate e rinegoziate in risposta ai cambiamenti sociali, economici, demografici e politici degli ambienti in cui sono incardinate. Lo scarto tra programmi sociali e cambiamenti nei profili di rischio cui si rivolgono può essere il risultato di processi naturali o di deliberate scelte politiche. Quale è il modo più opportuno di interpretare il caso italiano? Fino a che punto la mancanza di azioni incisive nei confronti delle politiche di Ltc può essere intesa come non intenzionale e fino a che punto viceversa va letta come il risultato di un approccio razionalmente perseguito visti gli elementi di contesto? Qualunque sia la risposta a queste domande appare evidente come l'esistenza e il successo dell'indennità di accompagnamento e delle badanti in questo momento storico (che perdura) abbiano portato ad un'inerzia apparente delle politiche pubbliche di Ltc e a – quanto meno – ritardare ulteriori investimenti su di loro. Da quando sono entrati nell'agenda pubblica, i bisogni di cura a lungo termine sono stati oggetto di numerose proposte di riforma che hanno avuto l'intento di rivedere il sistema per fare fronte ai rischi da essi derivati. Alcuni di loro hanno previsto di collegare l'indennità di accompagnamento, la misura che assorbe gran parte delle risorse pubbliche in questo campo, al sistema dei servizi, includendo quelli privati resi dalle badanti. L'instabilità politica associata ai vincoli di bilancio e alle resistenze di gruppi di interesse consolidati hanno minato qualunque tentativo di cambiare la regolazione dell'indennità dando però vita a soluzioni originali (ma non scevre di problematicità) come quella dell'ampio ricorso al lavoro di cura delle donne immigrate, in grado di fornire prestazioni flessibili e poco costose, per quanto non sempre ottimali. Nel caso italiano si può dunque concludere che l'universalismo abbia paradossalmente reso più difficili cambiamenti radicali nelle politiche di Ltc. Nella logica – razionale visto lo scenario di contesto – di «non rischiare il certo per l'incerto» e di non mettere a repentaglio diritti acquisiti, si è reso difficile allargare e differenziare gli interventi pubblici per i bisogni di cura di lunga durata e ci si è focalizzati – attori privati e pubblici – nell'alimentare risposte private.

Riferimenti bibliografici

- Ambrosini M., 2007, *Una persona in famiglia? Oltre la privatizzazione dei rapporti di lavoro*, «www.qualificare.info», n. 8.
- Arlotti M., 2009, *Regionalism Italian style? Reflections on the Financial Dimension of Regional Social Policy*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 259-268.
- Arlotti M. e Righettini M.S., 2009, *Livelli di governo e processi di governance*, in Kazepov Y. (a cura di), *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma, pp. 81-88.
- Ascoli U. e Paci M., 2004, *Il sistema di welfare italiano tra tradizione clientelare e prospettive di riforma*, in Ascoli U. (a cura di), *Welfare State all'Italiana*, Laterza, Bari.
- Baltes P.B. e Smith J., 2003, *New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age*, «Gerontology», n. 49, pp. 123-135.
- Beltrametti L., 2008, *Le strategie di finanziamento*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma.
- Bettio F. e Plantenga J., 2004, *Comparing Care Regimes in Europe*, «Feminist Economics», vol. 10 (1), pp. 85-113.
- Bettio F., Simonazzi A. e Villa P., 2006, *Change in Care Regimes and Female Migration: The Care Drain in the Mediterranean*, «Journal of European Social Policy», vol. 16 pp. 271-285.
- Brosio P., 2003, *Intergovernmental Relations in Italy*, disponibile sul sito Iref: http://www.irefeurope.org/col_docs/doc_20_fr.pdf.
- Ceis, 2009, *VI Health Report*, Fondazione Economia Tor Vergata, Università di Roma Tor Vergata.
- Cembrani F., Cogno R., Gori C., Pesaresi F. e Ragaini F., 2010, *Le politiche nazionali*, in Gori C. e Nna - Network non autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo rapporto*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, pp. 41-76.
- Chiatti C., Barbabella F., Lamura G. e Gori C., 2010, *La «bussola» di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in Gori C. e Nna - Network non autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo rapporto*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, pp. 13-40.
- Colombo A., 2005, *Evoluzione del lavoro domestico in Italia*, in «Polis», vol. 19, n. 3, pp. 435-464.
- Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, 1997, *La spesa per l'assistenza*, documento base n. 3, Roma.
- Costa G., 2007a, *Quando qualcuno dipende da te. Per una sociologia della cura*, Carocci, Roma.
- Costa G., 2007b, *Sistemi locali di welfare per la non autosufficienza a confronto*, in Costa G. (a cura di), *Politiche per la non autosufficienza in età anziana*, Carocci, Roma, pp. 49-72.

- Costa G., 2009, *Prove di welfare locale. La costruzione di livelli di assistenza in Provincia di Cremona*, Franco Angeli, Milano.
- Costa G. e Pavolini E., 2007, *Lavoratori immigrati nel welfare regionale: politiche e nodi regolativi*, in «Mondi migranti», n. 3, pp. 131-156.
- Costa G., Spadea T. e Cardano M., 2004, *Disuguaglianze di salute in Italia*, «Epidemiologia e Prevenzione», n. 28, pp. 1-161.
- Da Roit B., 2007a, *Politiche regionali a confronto: Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto*, in Costa G. (a cura di), *Politiche per la non autosufficienza in età anziana. Attori, risorse e logiche a partire dal caso lombardo*, Carocci, Roma.
- Da Roit B., 2007b, *Changing Intergenerational Solidarities within Families in a Mediterranean Welfare State*, «Current Sociology», vol. 55 (2), pp. 251-269.
- Da Roit B., 2008, *Gli anziani beneficiari dell'indennità di accompagnamento. Risultati di un'indagine esplorativa*, in Gori C. (a cura di) *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma.
- Eurofamcare Consortium, 2006, *Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*, reperibile sul sito del programma Eurofamcare: <http://www.ukc.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare>.
- Ferlie E., Lynn L.E. e Pollitt C. (a cura di), 2005 *The Oxford Handbook of Public Management*, Oxford University Press, Oxford.
- Fujisawa R. e Colombo F., 2009, *The Long-term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand*, Oecd Health Working Paper n. 44, Oecd Publishing, Parigi.
- Gori C., 2002, *Il welfare nascosto*, Carocci, Roma.
- Gori C., 2008, *Il dibattito sulla riforma nazionale*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme nazionali per i non autosufficienti: Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Carocci, Roma.
- Gori C., 2010, *La corsa all'indennità di accompagnamento: cosa c'è dietro?*, «I luoghi della cura», vol. 8 (3), pp. 5-10.
- Gori C. e Lamura G., 2009, *Lo scenario complessivo*, in Gori C. e Nna - Network non autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, pp. 17-34.
- Groppi A., 2010, *Il welfare prima del welfare. Assistenza alla vecchiaia e solidarietà tra generazioni a Roma in età moderna*, Viella, Roma.
- Istat, 2008, *Condizioni di Salute e ricorso ai servizi sanitari - Anno 2005*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma, disponibile sul sito: www.istat.it.
- Istat, 2009, *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni - Anno 2006*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma.
- Istat, 2011, *Rapporto Annuale 2010*, disponibile sul sito www.istat.it.
- Kazepov Y. (a cura di), 2009, *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma.
- Knijff T. e Kremer M., 1997, *Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Toward Inclusive Citizenship*, in «Social Politics», vol. 4(3), pp. 328-361.

- Lafortune G. e Balestat G., 2007, *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 Oecd Countries and the Future Implications*, Oecd Health Working Paper n. 26, Oecd Publishing, Parigi.
- Lamura G., Chiatti C., Di Rosa M., Mechiorre M.G., Barbabella F., Greco C., Principi A. e Santin S., 2010, *Migrant Workers in the Long-term Care Sector: Lessons from Italy*, «Health and Ageing Newsletter», n. 22, aprile.
- Leira A., 1993, *Concepts of Care: Loving, Thinking and Doing*, in Twigg J. (a cura di), *Informal Care in Europe*, The University of York, York.
- Lewis J., 1993, *Women and Social Policies in Europe. Work, Family and the State*, Edward Elgar, Londra.
- Mahoney J. e Thelen K., 2010, *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency and Planning*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Mesini D. e Gambino A., 2006, *La spesa per l'assistenza continuativa in Italia*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Il Mulino, Bologna.
- Millar J. e Warman A., 1996, *Family Obligations in Europe*, Family Policy Studies Center, Londra.
- Naldini M. e Saraceno C., 2008, *Social and Family Policies in Italy: Not Totally Frozen but Far from Structural Reforms*, «Social Policy & Administration», vol. 42 (7), pp. 733-748.
- Naldini M. e Saraceno C., 2011, *Conciliare famiglia e lavoro*, Il Mulino, Bologna.
- Oecd, 2003, *Policies for an Ageing Society: Recent Measures and Areas for Further Reform*, disponibile sul sito: www.oecd.org.
- Oecd, 2011, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*, disponibile sul sito: www.oecd.org.
- Österle A., 2001, *Equity Choices and Long-Term Policies in Europe*, Aldershot, Ashgate.
- Paci M. e Ascoli U., 1984, *Il sistema di welfare italiano tra tradizione clientelare e prospettive di riforma*, in Ascoli U. (a cura di), *Welfare State all'italiana*, Laterza, Bari.
- Pasquinelli S. e Rusmini G., 2009, *I sostegni al lavoro privato di cura*, in Gori C. e Nna - Network non autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, pp. 83-99.
- Pasquinelli S. e Rusmini G., 2010, *La regolarizzazione delle badanti*, in Gori C. e Nna - Network non autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo rapporto*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, pp. 77-90.
- Pavolini E. e Ranci C., 2008, *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries*, «Journal of European Social Policy», vol. 18, p. 246.
- Pesaresi F., 2003, *Regioni e livelli essenziali delle prestazioni sociali*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 15-17, pp. 1-8.

- Pierson P., 2001, *Coping with Permanent Austerity: Welfare State Restructuring in Affluent Democracies*, in Pierson P. (a cura di), *The New Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford, pp. 410-456.
- Ranci C., 2008, *Tutelare la non autosufficienza. Una proposta di riforma dell'indennità di accompagnamento*, Carocci, Roma.
- Ranci C. e Pavolini E., 2011, *A (Weak) Universalism by Default? The Inertial Path towards the Transformation of the Italian Long-Term Care Model and its Consequences*, mimeo.
- Ranci C., Pavolini E. e Da Roit B., 2008, *Partire dall'esistente: le caratteristiche dell'Indennità di accompagnamento e alcune proposte di riforma*, Carocci, Roma.
- Rossi A., 2006, *Lavoro di cura*, in *IV Rapporto IRES*, Ediesse, Roma, pp. 193-216.
- Sabatier P.A. e Jenkins-Smith H.C., 1993, *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*, Westview Press, Boulder Co.
- Sabatier P.A. e Weible C.M., 2007, *The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarifications*, in Sabatier P. (a cura di), *Theories of the Policy Process*, Westview Press, Boulder (Co).
- Saraceno C., 1994, *The Ambivalent Familism of the Italian Welfare State*, «Social Politics», vol. 1 (1), pp. 60-82.
- Saraceno C., 2002, *Prefazione*, in Ranci C., *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Saraceno C., 2010, *Social Inequalities in Facing Old-Age Dependency: A Bi-Generational Perspective*, «Journal of European Social Policy», vol. 20 (1), pp. 32-44.
- Spanò P., 2006, *Le convenienze nascoste. Il fenomeno badanti e le risposte di welfare*, Nuova Dimensione, Venezia.
- Streeck W. e Thelen A.K., 2005, *Institutional Changes in Advanced Political Economies*, Oxford University Press, Oxford.
- Titmuss R.M., 1973, *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*, Penguin, Harmondsworth.
- Van Hooren F., 2008, *Welfare Provision beyond National Boundaries. The Politics of Migration and Elderly Care in Italy*, «Rivista Italiana di Politiche Pubbliche», n. 3, pp. 87-113.