

Le politiche per la non autosufficienza in Spagna: un sistema ibrido tra cura familiare e istituzionalizzazione del rischio

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

RPS

La legge spagnola n. 39 del 14 dicembre 2006 sulla promozione dell'autonomia personale e della cura alle persone non autosufficienti ha rappresentato un ulteriore passo nel solco delle riforme intraprese negli anni ottanta nei paesi scandinavi e proseguite a metà anni novanta negli altri paesi europei. Anche se l'attuale crisi economica potrebbe aver ridotto le risorse e limitato il raggio d'azione di queste riforme, certamente provvedere a queste necessità sta gradualmente divenendo un diritto soggettivo in un numero crescente di paesi europei. La Spagna è un esempio

tipico in tal senso, in quanto condivide alcuni dei tratti distintivi di un modello presente nell'Unione europea (alta percentuale di lavoro di cura informale, prevalentemente a carico delle donne, pluralità e decentramento nell'erogazione dei servizi, ecc.); tratti che sono a loro volta parte integrante del sistema tradizionale di cura: un sistema finanziato nel quadro della sicurezza sociale, incentrato sulla famiglia, nonché erogato da una molteplicità di soggetti (pubblici, privati, non-profit) secondo uno schema multilivello (amministrazione centrale, regioni autonome, enti locali).

1. Introduzione

Obiettivo di questo saggio è fornire risposte, da una prospettiva istituzionale, alle domande chiave che riguardano la transizione spagnola da un sistema residuale di servizi per la non autosufficienza, a carico quasi esclusivo delle famiglie, ad uno pubblico basato sulla copertura universale, istituito nel gennaio del 2007. Quanto segue è una sintesi di queste domande e un tentativo di fornire alcune risposte.

Perché la riforma era necessaria?

La risposta a questa domanda richiede un'analisi multicontestuale (culturale, sociale e istituzionale). Tale analisi evidenzia: 1) le trasformazioni culturali legate alla responsabilità della cura (*cultura della responsabilità della cura*), a loro volta determinate da altre trasformazioni so-

cio-demografiche (invecchiamento, mutate dinamiche familiari, ecc.); 2) la struttura plurale, incentrata sulla famiglia e multilivello dell'organizzazione e dell'erogazione del lavoro di cura nella sfera pubblica e in quella privata (l'assetto sociale del lavoro di cura, o *social caring setting*), una struttura che si è rivelata troppo sbilanciata sulla cura da parte della famiglia ma carente e disomogenea quanto all'erogazione e alla copertura dei servizi pubblici e privati di competenza pubblica; 3) le trasformazioni politiche e le inerzie istituzionali in questa sfera (*eredità delle politiche passate e riforme istituzionali*), influenzate dalla crescente attenzione a livello europeo verso questo tipo di esigenze e fondate su una serie di svolte e riforme di notevole entità a livello di politiche, considerato lo stato attuale degli interventi per la non autosufficienza.

Chi ha partecipato alla riforma?

Le diverse parti interessate dalla nuova legge (sindacati, organizzazioni datoriali, organizzazioni sociali non-profit, partiti politici, regioni autonome) non si sono mai spinte fino al punto di siglare accordi ad hoc o sancire mutue alleanze. Tuttavia, le opinioni, gli interessi e le risorse dei diversi soggetti coinvolti hanno finito per convergere per inerzia, tanto da portare alla nascita, più o meno spontanea, di un certo numero di gruppi di pressione attivi su questioni quali il modello di protezione sociale e la ripartizione delle competenze in questa sfera. In particolar modo, la richiesta delle organizzazioni del terzo settore e dei sindacati è stata che i diritti e le prestazioni in materia di non autosufficienza afferissero alla sfera della sicurezza sociale, nonché che lo Stato centrale svolgesse un ruolo più attivo nel campo dei servizi alla persona. Tuttavia, le associazioni dei datori di lavoro, le Regioni a maggiore autonomia e i partiti politici più nazionalisti – che premevano perché questo tipo di servizi venissero finanziati per vie fiscali – si sono invece opposti a tali proposte sostenendo che una simile scelta avrebbe costituito un attacco frontale al sistema di competenze, giacché avrebbe accordato al governo centrale piena facoltà di invadere una sfera di competenza delle Regioni. Le organizzazioni datoriali si sono infatti dette contrarie all'inclusione dei servizi per la non autosufficienza nel sistema di sicurezza sociale, perché ciò avrebbe comportato un aumento dei contributi a carico delle imprese. Mentre la posizione su cui si sono attestate le comunità autonome è stata che, a fronte dei processi di riforma e nel loro corso, le politiche per la non autosufficienza restano esclusiva competenza dei sistemi regionali di

servizio sociale, e che pertanto devono essere finanziate tramite il gettito fiscale statale e regionale – come è infine avvenuto.

Come è stata portata avanti la riforma?

Potremmo concludere che le riforme sono state graduali a causa dell'accumularsi e della confluenza dei fattori sopra indicati, ma anche in conseguenza di una serie di processi e di «equilibri interrotti» prodotti dal rifiuto del governo (il Partito popolare conservatore, al governo dal 2000 al 2004) di sviluppare un sistema di protezione sociale per le persone non autosufficienti. Il processo di riforma delle politiche per la non autosufficienza avvenuto in Spagna potrebbe anche essere definito di riforma graduale, eppure contiene in sé anche un cambiamento radicale. È graduale nella misura in cui le politiche in materia di servizi sociali a livello regionale e locale sono state indirizzate in maniera progressiva, tra il 1992 e il 2006, dando priorità ai servizi sociali per le persone non autosufficienti. Eppure, tale processo ha indubbiamente visto verificarsi un cambiamento radicale nel 2006, con il passaggio da un generico diritto alla cura ad un diritto universale e soggettivo per tutti i cittadini non autosufficienti.

Quale modello di politiche per la non autosufficienza è stato adottato dallo stato sociale spagnolo?

Il modello di politiche per la non autosufficienza adottato in Spagna è di tipo complesso e risponde alla nuova generazione di diritti sociali che va affermandosi nell'Unione europea, la copertura dei rischi è distribuita tra diversi attori istituzionali (multi-livello) e *stakeholders* sociali (individui, famiglie). Il modello garantisce una copertura ampia, ma un grado relativamente basso di protezione. Il modello gestionale è decentrato e i servizi sono erogati in forma mista: oltre l'80% dei fornitori opera in un contesto di crescente concorrenza tra imprese private con finalità di lucro e organizzazioni non-profit. Le rivendicazioni e le richieste sul piano sociale vengono incanalate in un sistema di partecipazione degli attori sociali ed economici ad ampio raggio. In breve, si tratta di un sistema di protezione sociale universale, limitato sul piano delle risorse finanziarie e soggetto a rigide regole di cooperazione, nonché ad un certo livello di razionalizzazione e coordinamento istituzionale. Tutto ciò ha significato che l'introduzione del nuovo sistema è stata accompagnata da forti tensioni di natura politica ed economica; tensioni che, a tre anni di distanza, restano irrisolte e

RPS

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

condizionano l'efficacia della cooperazione istituzionale in materia, così come quella del sistema di protezione stesso.

Quali sono i primi effetti riscontrabili a distanza di tre anni dall'entrata in vigore del sistema per la non autosufficienza?

Sebbene la valutazione istituzionale prevista a tre anni di distanza dall'approvazione della legge non sia ancora stata pubblicata, possiamo già riscontrare diversi effetti prodotti dal nuovo sistema di protezione sociale: l'estensione della copertura pubblica; la creazione di occupazione nel settore dei servizi sociali; l'ampliamento della rete integrata di servizi pubblici di natura sociale; avanzamenti e tensioni nella cooperazione tra le Regioni; un utilizzo innovativo dei servizi sociali e un tentativo di sviluppare una cooperazione tra i servizi sociali e quelli sanitari. Tutto ciò è avvenuto in un contesto di risorse finanziarie limitate, di tensioni tra il governo centrale e le Regioni autonome, e di una estrema disomogeneità tra Regioni e Comuni nelle modalità di attuazione del modello.

2. Fattori principali relativi alla riforma delle politiche per la non autosufficienza (1985-2006)

La riforma spagnola del dicembre 2006, che ha istituito un nuovo sistema di protezione sociale per le persone non autosufficienti, è stata il risultato di una serie di trasformazioni istituzionali, sociologiche e ideologiche che si sono sviluppate progressivamente nel corso di quasi quindici anni (1992-2006), anche se in modo disomogeneo e con accentuazioni differenti.

La legge spagnola n. 39/2006 sulla promozione dell'autonomia personale e sull'assistenza delle persone non autosufficienti (Lapad, anche nota come la *Ley de dependencia*, o Legge per la non autosufficienza) è entrata in vigore il 1° gennaio 2007. Questa legge ha istituito un nuovo sistema di protezione sociale, detto Saad (*Sistema de autonomía y atención a la dependencia*, Sistema di autonomia e cura per la non autosufficienza).

La legge è il risultato di un lungo dibattito iniziato attorno al 1992, con la formulazione del primo Piano gerontologico statale, e proseguito attraverso il cosiddetto «Patto di Toledo per le pensioni» (1995), il *Libro Bianco sulla non autosufficienza* (2005), sfociando infine in un profondo processo di riforma volto al passaggio da un sistema basato

sulla cura della persona attraverso forme di assistenza e di sicurezza sociale finanziate pubblicamente, a un nuovo sistema di natura universalistica. Mentre nella prima fase del dibattito il modello ideale di servizi per la non autosufficienza era considerato il sistema bismarckiano di sicurezza sociale, con la sua lunga tradizione istituzionale, nella proposta di legge e nel testo definitivamente licenziato il sistema di Ltc è stato trattato in una prospettiva universalistica o socialdemocratica *sui generis*, che non rinuncia tuttavia a mantenere il legame con il sistema di sicurezza sociale o piuttosto con quello di assistenza sociale a carico delle Regioni autonome. Il nuovo sistema è infatti una riedizione ottimizzata del modello precedente, trasformato però in un sistema a copertura universale basato sul diritto individuale (in maniera analoga al caso della sanità e dell'istruzione) e sulla cooperazione tra governo centrale e Regioni, nonché finanziato tramite la fiscalità generale, i contributi di sicurezza sociale e le tariffe a carico degli utenti.

Per comprendere la portata della nuova riforma spagnola delle politiche per la non autosufficienza, è necessario prendere in considerazione i suoi elementi di fondo sul piano sociale, storico e soprattutto istituzionale. Più precisamente, occorre tenere conto di due ordini di questioni. Ci sono in primo luogo i fattori storico-istituzionali – o l'effetto di dipendenza dal percorso (*path-dependency*) – sottostanti la riforma del sistema. In secondo luogo, vanno considerati i fattori associati a un cambiamento che potremmo definire di «europeizzazione delle politiche spagnole per la non autosufficienza», nel senso tanto dell'adozione di nuove politiche per far fronte a nuovi rischi, quanto dell'introduzione di forme miste di erogazione dei servizi capaci di adattarsi a modelli di cura tradizionali e culturalmente determinati.

Qualsiasi tentativo di comprendere la natura sociale e istituzionale del nuovo modello di Ltc, entrato in vigore il 5 gennaio 2007, deve partire da un'analisi delle radici storiche del modello precedente; un modello che, come vedremo nel paragrafo 6, è ancora in debito, sia verso il sistema di sicurezza sociale che, soprattutto, verso il sistema dei servizi sociali. Fino alla fine del 2006, prima della riforma, tale sistema di servizi per la non autosufficienza era organizzato su due livelli di assistenza formale:

- ♦ il sistema di sicurezza sociale che, in quanto sistema contributivo, garantiva un beneficio economico ai soggetti terzi che svolgevano un lavoro di cura nei confronti di lavoratori divenuti incapaci di svolgere le proprie mansioni a seguito di un infortunio sul lavoro

RPS

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

verificatosi prima del compimento dei 65 anni di età. Qualsiasi grave forma di incapacità funzionale sviluppata dopo i 65 anni non veniva riconosciuta a tal fine. Il sistema era, all'epoca, molto restrittivo nonché vincolato a rigorosi controlli medici e amministrativi. Al contempo, in seguito alla legge sulle prestazioni non contributive e le pensioni del 1990, il sistema di sicurezza sociale garantiva un'indennità anche ai soggetti terzi che svolgevano un lavoro di cura nei confronti di persone non autosufficienti con una disabilità superiore al 75% e impossibilitati a lavorare;

- ♦ il *sistema dei servizi sociali alla persona*, che tutelava coloro che si trovavano in condizioni di non autosufficienza, soprattutto gli anziani privi di mezzi o di un'assistenza informale di qualsiasi tipo. Le condizioni di reddito e la verifica dell'assenza di ogni forma di sostegno informale erano i criteri in base ai quali si poteva ottenere l'accesso a un'assistenza di tipo sostanzialmente residenziale, e il cui finanziamento ed erogazione erano responsabilità delle regioni autonome.

A partire dal 1985, due processi di trasformazione diversi ma contemporanei hanno iniziato a spingere verso il progressivo passaggio da un sistema di servizi sociali residuale e assistenzialistico ad un altro sistema, a vocazione universalistica e incentrato sulla dimensione territoriale. In primo luogo, si è avviato un processo progressivo di decentramento, che ha portato all'attribuzione di poteri esclusivi alle Regioni e ai Comuni in materia di erogazione dei servizi sociali. Le disposizioni di legge sui servizi sociali regionali e la legge sui fondamenti dell'ordinamento locale del 1985 hanno incentivato l'erogazione di servizi sociali, soprattutto di natura territoriale (centri diurni, assistenza domiciliare e teleassistenza). In secondo luogo, si sono verificati rapidi e profondi mutamenti a livello di domanda sociale, dovuti all'ingresso delle donne nel mercato del lavoro e alle trasformazioni socio-demografiche della famiglia spagnola. Nel loro insieme, questi due fenomeni hanno spinto verso la creazione di nuove combinazioni di cura formale e informale che hanno visto il settore pubblico prendere velocemente il sopravvento, inizialmente per esercitare le proprie competenze in materia di regolamentazione, finanziamento ed erogazione dei servizi (nella fase tra il 1985 e il 1995 circa), e in un secondo momento (dal 1996 in poi) per introdurre un meccanismo di regolamentazione e finanziamento di una rete pubblica che vedesse il mercato sociale svolgere un ruolo predominante, prima nella forma delle organizzazioni non-profit e poi in quella delle imprese private (Fantova, 2008).

Dunque, grazie al sostegno finanziario del governo centrale, tramite l'approvazione di Piani a copertura nazionale (Piano concertato per i servizi comunali di base) e il trasferimento integrale agli enti locali della rete di servizi erogati dal sistema di sicurezza sociale, tra il 1985 e il 1995 il settore pubblico regionale e locale si è dotato, in ciascun territorio, di un proprio sistema di servizi sociali, nonostante l'assenza di una legge o di un sistema istituito a livello nazionale. Ciò ha conferito una certa coerenza ai singoli modelli di servizi sociali, uno per ciascuna regione autonoma, oltre a produrre una considerevole diversificazione a livello comunale.

Tuttavia, oltre alle questioni inerenti all'erogazione dei servizi (la creazione di una rete pubblica di servizi sociali) e la domanda (l'invecchiamento della popolazione e le trasformazioni in seno alla struttura familiare), un peso di pari importanza è stato rivestito dalle specifiche articolazioni delineatesi proprio a partire da tali questioni. Nello specifico, è opportuno evidenziare due aspetti che sono andati emergendo quali pilastri concreti e istituzionali della riforma del 2006:

- ♦ il progressivo passaggio da un sistema di assistenza sociale per le persone prive di mezzi o al di sotto della soglia di povertà, ad un sistema di servizi per la non autosufficienza destinati all'intera popolazione e, in particolare, alla classe media urbana che chiedeva servizi sociali di qualità (nonché un'assistenza sanitaria universale);
- ♦ a discapito del modello di cura incentrato sulle strutture residenziali, una maggiore attenzione alle esigenze presenti nel territorio per quanto riguardava la domanda di servizi sociali da parte della popolazione anziana, desiderosa di continuare a vivere in casa propria, da parte degli operatori professionali nonché da parte delle famiglie, che chiedevano alle istituzioni maggiore sostegno senza voler tuttavia rinunciare al proprio ruolo nella sfera della cura informale.

Dall'altra parte, negli anni immediatamente precedenti alla riforma del 2006, il processo di ridefinizione del welfare spagnolo ha subito un'accelerazione che rispondeva tanto a esigenze interne (il consolidamento del processo di decentramento e la diffusione dei fornitori privati) quanto esterne (l'influenza del modello sociale europeo sulle politiche per la non autosufficienza, nonché l'influenza dell'ideologia neoliberista sulle politiche pubbliche).

È possibile individuare quattro fattori fondamentali sottostanti all'introduzione di questo ramo della protezione sociale:

RPS

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

- ♦ l'influenza del processo di europeizzazione cognitiva delle politiche sociali¹;
- ♦ la necessità di razionalizzare e organizzare i programmi di assistenza preesistenti all'interno del regime di sicurezza sociale, delle regioni autonome e dei consigli locali, e anche di migliorare il coordinamento con il servizio sanitario;
- ♦ la domanda sociale crescente da parte delle famiglie e delle lavoratrici che svolgono anche un ruolo di cura, alla quale hanno dato voce le organizzazioni di anziani e disabili;
- ♦ l'importanza del dialogo sociale attraverso il quale sono state veicolate le rivendicazioni dei sindacati (per la creazione di nuovi spazi occupazionali) e delle organizzazioni datoriali (per dare maggiore opportunità alla gestione privata dei servizi sociali).

Nell'insieme, l'introduzione della legge spagnola per la non autosufficienza è scaturita dalle richieste dei gruppi professionali (operatori sociali e professionisti in ambito geriatrico e gerontologico) e dalla pressione esercitata dalle organizzazioni dei disabili e dei pensionati nonché dai sindacati (sempre nel quadro dei negoziati e del dialogo sociale), come anche dal ruolo predominante svolto dalle Regioni nella stesura di programmi ad hoc di varia natura.

In conseguenza di questi fattori storici e istituzionali, la configurazione del sistema di Ltc spagnolo ha assunto alcune caratteristiche specifiche, come si vedrà nel paragrafo 5 (dedicato agli elementi fondanti della riforma). Tali specificità tengono insieme la persistenza di tendenze passate (la preferenza per gli aiuti in denaro rispetto ai servizi e per l'assistenza informale rispetto a quella erogata da soggetti istituzionali, o piuttosto per forme combinate in cui il lavoro di cura informale continua a svolgere un ruolo centrale) con le trasformazioni attualmente in corso (universalizzazione della cura, peso crescente dell'assistenza socio-sanitaria, creazione di un mercato dei servizi sociali).

Come abbiamo già avuto modo di affermare, il sistema di Ltc spagnolo non costituisce una novità radicale, bensì un importante passo verso l'allontanamento dalla tradizione assistenzialista di gestione della non autosufficienza. Il nuovo meccanismo universalizza efficacemente un sistema di prestazioni sociali per l'intera popolazione non

¹ Per europeizzazione delle politiche sociali intendiamo la sempre maggiore influenza delle politiche europee di protezione e inclusione sociale e di Ltc nella loro elaborazione, come dimostrano l'inclusione dei Piani di azione nazionali e della relazione congiunta dalla Strategia di Lisbona 2000 in poi.

autosufficiente. Tale sistema è governato da un Consiglio regionale (*Consejo territorial*), che stabilisce le condizioni basilari e il contenuto generale del diritto alla tutela sancito a livello nazionale. Si tratta di un sistema in cui lo Stato garantisce un beneficio minimo, che assicura a sua volta lo stesso livello minimo di prestazioni a livello nazionale. Queste prestazioni minime sono poi completate da altri due livelli aggiuntivi, uno dei quali è stabilito in maniera paritetica da Stato e Regioni, mentre l'altro rappresenta il contributo delle Regioni al nuovo sistema. In altre parole, lo Stato non garantisce il diritto soggettivo, ma solo le condizioni di base per il suo conseguente esercizio in termini omogenei su tutto il territorio nazionale.

Se la tendenza all'europeizzazione delle politiche sociali e la crescente domanda sociale sono nodi essenziali per comprendere il nuovo modello spagnolo per la non autosufficienza, un ruolo non inferiore è stato svolto da questioni inerenti le esigenze economiche (la razionalizzazione dei servizi esistenti), di coordinamento (tra le amministrazioni e tra servizi sanitari e sociali), nonché il bisogno di controbilanciare le tendenze centrifughe. In altri termini, il sistema di Ltc spagnolo rappresenta un tentativo di dare risposta a due fonti simultanee di pressione: l'espansione del welfare (sul fronte della domanda: famiglie, sindacati, imprese private e organizzazioni non-profit) e i tagli e la razionalizzazione della spesa (sul fronte dell'offerta: il settore pubblico e quello finanziario). La pressione subita dal settore pubblico affinché ponesse un freno alla spesa sociale per la non autosufficienza è venuta dal sistema sanitario, con il trasferimento di alcuni rami dei servizi alla persona verso la sfera dei servizi sociali, perché meno costosi. Le imprese private non si sono opposte alla creazione di un sistema di servizi per la non autosufficienza, a condizione che questo garantisse la possibilità di esternalizzare i servizi sociali di cui sono un fornitore importante. Un sistema pubblico non offre soltanto garanzie quanto agli appalti sui servizi, ma assicura anche una cornice all'interno della quale definire gli aspetti legati all'erogazione di servizi da parte dei privati.

Queste fonti di pressione stanno causando una tensione finanziaria e istituzionale, nel pieno della crisi economica e finanziaria.

3. Attori, coalizioni e meccanismi di trasformazione istituzionale

La definizione degli obiettivi fondamentali della legge, della sua natura istituzionale e del tipo di prestazioni e di forme di finanziamento è il

RPS

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

risultato di un processo lungo e disomogeneo di negoziati tra gli *attori istituzionali* (il sistema di sicurezza sociale e il servizio sanitario), il *livello territoriale di governo* (governo centrale, Regioni autonome e, in misura minore, Comuni e Province), gli *attori sociali* (organizzazioni del terzo settore che si occupano di pensionati e di disabili), gli *attori economici* (sindacati e organizzazioni degli imprenditori), e gli *attori professionali* (organizzazioni professionali degli operatori sociali e di gerontologi e geriatri). Si è trattato dell'esito di una serie di coalizioni in difesa di interessi comuni (*advocacy coalition*) (Sabatier e Jenkins-Smith, 1999; Weible, Sabatier e MacQueen, 2009) che si sono formate attorno a diverse combinazioni di opinioni, interessi e risorse dei diversi attori coinvolti. La tabella 1 fornisce una sintesi schematica di questo processo (Marbán Gallego, 2009).

Tuttavia, è doveroso notare che queste sarebbero delle coalizioni *sui generis* se non fosse che, nella pratica, quello che si è verificato è stata la confluenza per inerzia degli interessi dei diversi attori sociali e istituzionali, piuttosto che una creazione intenzionale di alleanze.

In qualsiasi caso, come la tabella 1 illustra, sono due le circostanze che hanno principalmente condizionato il raggiungimento di un accordo tra gli attori coinvolti. La prima riguarda alcuni aspetti fondamentali della riforma, sui quali c'è stato un consenso quasi unanime: la parità e universalità dell'accesso, il diritto a usufruire della sicurezza sociale per i carer, il valore della prevenzione, il ruolo della formazione, la qualità dei servizi erogati, e l'importanza del sostegno familiare. La seconda riguarda aspetti relativi al quadro delle tutele: la popolazione coperta dai servizi, le condizioni e il tipo di prestazioni sociali, nonché gli ambiti di competenza costituzionale (competenza in materia di regolamentazione, finanziamento, pianificazione e valutazione dei servizi per la non autosufficienza); tematiche che sono state al centro di un dibattito acceso, dal quale sono scaturite diverse forme di «coalizione» tra i diversi attori coinvolti.

Per quanto riguarda il quadro delle tutele sociali e la sfera di competenza costituzionale, il dibattito si è fondamentalmente focalizzato sull'inclusione della Lapad² nel quadro delle misure di sicurezza sociale; misura che, qualora fosse stata approvata, avrebbe conferito maggiori poteri nell'ambito dei servizi sociali al governo centrale, con fondi reperiti attraverso la fiscalità generale, come avviene nel sistema

² Lapad: legge 39/2006, del 14 dicembre, sulla promozione dell'autonomia personale e l'assistenza per le persone non autosufficienti.

Qui tab 1

RPS

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

RPS

LE POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA IN SPAGNA

scandinavo. A questo proposito, le organizzazioni del terzo settore e i sindacati erano propensi a includere diritti e prestazioni nella cornice della sicurezza sociale e a conferire al governo centrale un ruolo più attivo nei servizi sociali. Questa posizione era dovuta prevalentemente al fatto che una simile scelta quadrava molto meglio con i loro interessi e rivendicazioni, soprattutto quelli relativi al riconoscimento di alcuni diritti, quali la parità di accesso ai servizi a livello nazionale, e alla diffusione del servizio pubblico e di un privato non-profit soggetto al controllo pubblico. Eppure, nonostante questi punti in comune, non c'è stata nessuna autentica coalizione tra le organizzazioni del terzo settore e i sindacati, per un insieme di motivi, tra cui alcune differenze relative alle tematiche sindacali, una mancanza di comunicazione, e un conflitto strisciante per occupare spazi comuni di iniziativa sociale.

Nel frattempo, il privato a scopo di lucro, la maggioranza delle Regioni autonome e i partiti più nazionalisti si opponevano all'inclusione della Lapad nel quadro della sicurezza sociale e sostenevano che essa andava finanziata tramite il sistema fiscale. Per queste Regioni e partiti politici, la sua inclusione nel sistema di sicurezza sociale sarebbe entrata in rotta di collisione frontale con la sfera di competenza delle Regioni, perché avrebbe dato al governo centrale la capacità di invadere i poteri delle Regioni in materia di servizi sociali e di eroderne la legittimità nell'intervento pratico. Per il settore privato, la sua inclusione avrebbe comportato un costo del lavoro più alto (dal punto di vista degli oneri sociali a carico dell'azienda), bloccando di conseguenza la crescita.

Infine, la decisione di porre il nuovo sistema al di fuori del regime di sicurezza sociale è attribuibile all'opposizione delle organizzazioni degli imprenditori, delle Regioni, e dei partiti politici nazionalisti, la cui presenza in Parlamento era maggiore durante la legislatura che ha approvato la legge.

Detto ciò, almeno alcune delle decisioni prese sono scaturite in origine dall'accordo siglato a dicembre del 2005 tra il governo, i sindacati Ugt (*Union general de trabajadores*) e Ccoo (*Confederación sindical de comisiones obreras*) e le organizzazioni degli imprenditori Ceoe (*Confederación española de organizaciones empresariales*) e Cepyme (*Confederación española de la pequeña y mediana empresa*). Nel raggiungere quell'accordo, è stata decisiva la pressione degli imprenditori contro un aumento dei contributi sociali e perché l'integrazione dei servizi per la non autosufficienza nel regime di sicurezza sociale avrebbe comportato una riforma del Patto di Toledo (1995), il cui motore generale era la rimozione dal sistema contributivo di tutto ciò che non fosse una pura tutela econo-

RPS

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

mica (pensioni, indennità di disoccupazione e assegni familiari), dato che la legge per la non autosufficienza attribuisce priorità ai servizi rispetto alle prestazioni monetarie.

Nel fare un bilancio dei risultati conseguiti dai diversi attori sociali, la conclusione cui siamo giunti è che l'influenza delle imprese locali nella Lapad è stata irrisoria, nonostante la loro crescente visibilità durante il processo di graduale implementazione della proposta di legge. Discorso contrario per il ruolo delle Regioni autonome, le quali hanno raggiunto il proprio scopo, che era quello di preservare i loro poteri in materia di diritti sociali rispetto al governo centrale.

Per quanto riguarda le organizzazioni imprenditoriali, nell'insieme esse non sono riuscite ad ottenere che venisse attribuito alcun rilievo particolare all'iniziativa privata all'interno della legge, anche se sono riuscite ad evitarne l'inclusione nel regime di sicurezza sociale e ad innalzare il profilo di alcuni prodotti finanziari (ad esempio i prestiti vitalizi ipotecari).

Le organizzazioni del terzo settore, le cui rivendicazioni sono state avanzate prevalentemente dalle organizzazioni di anziani, pensionati e disabili, quali Cermi (*Comité español de representantes de personas con discapacidad*), Feaps (*Confederación española de organizaciones en favor de las personas con discapacidad intelectual*), Ceoma (*Confederación española de organizaciones de mayores*), Udp (*Unión democrática de pensionistas y jubilados de España*), e dalla Piattaforma delle organizzazioni di azione sociale, sono riuscite ad ottenere l'inserimento nella legge di alcuni cambiamenti sostanziali, quali l'attenzione «particolare» al terzo settore (art. 16.2) o l'inclusione delle persone con disabilità intellettive o con malattie mentali, che si riflette in maniera adeguata nei criteri di valutazione.

4. La riforma del 2006: un diritto soggettivo universale

4.1 Caratteristiche fondamentali e obiettivi principali della legge 39/2006

In vigore dal gennaio del 2007, la legge per la non autosufficienza sancisce un diritto soggettivo universale per tutti coloro che, a prescindere dall'età, possono dimostrare una residenza stabile da almeno cinque anni e un determinato grado di non autosufficienza (moderato, grave, molto grave), in base a quanto stabilito dalla legge. Questi gradi di non autosufficienza vengono stabiliti in base alla frequenza e all'intensità dell'assistenza necessaria (un sostegno intermittente almeno

una volta al giorno: moderato; un sostegno intensivo almeno due o tre volte al giorno: grave; un sostegno indispensabile e continuativo molte volte al giorno: molto grave). Il grado di non autosufficienza viene valutato tramite una serie di criteri applicati dopo che un professionista qualificato ha effettuato alcune interviste e un'osservazione diretta, all'interno del suo ambiente quotidiano, della persona coinvolta. Per quanto riguarda il tipo di prestazioni, la legge attribuisce priorità ai servizi rispetto alle erogazioni monetarie: se i servizi pubblici o convenzionati non sono una via percorribile, viene assegnata una prestazione economica legata all'erogazione del servizio (art. 17). Altre erogazioni monetarie una tantum comprendono le prestazioni economiche per gli operatori addetti all'assistenza (per le persone con un livello molto grave di non autosufficienza) (art. 19), e le prestazioni per familiari e badanti non professionisti che svolgono un lavoro di cura (art. 18), in questo caso l'assistenza fornita dalla famiglia deve essere registrata presso il sistema di sicurezza sociale (r.d. 615/2007, 11 maggio).

Il finanziamento dei servizi avviene tramite la fiscalità generale, con il governo centrale che finanzia la copertura di base comune e le Regioni che contribuiscono per una somma di pari entità. Il resto viene finanziato tramite le tariffe a carico degli utenti che vengono calcolate in base al reddito e al livello di benessere economico di questi ultimi.

La cornice temporale definita per la messa a regime della legge va dal 2007 al 2015. In questo arco di tempo, il riconoscimento del diritto all'accesso alle diverse prestazioni è stato scaglionato progressivamente, dai livelli più gravi a quelli meno gravi di non autosufficienza. Si è stabilito che il III grado di non autosufficienza fosse riconosciuto entro il 2007, il II grado nel 2008 e 2009, e il I grado dal 2011 in poi.

La riforma spagnola delle politiche per la non autosufficienza è di tipo complesso, data la sua ambizione di affrontare contemporaneamente diversi obiettivi:

- ♦ gli obiettivi di protezione sociale e assistenza volti a garantire un livello minimo di tutela a livello nazionale; il sostegno alle famiglie che si fanno carico del lavoro di cura, il miglioramento della qualità dei servizi e della rete di servizi sociali a livello nazionale; la promozione dell'autonomia personale;
- ♦ gli obiettivi istituzionali: cooperazione tra gli enti pubblici; partecipazione degli attori sociali ed economici; parità di condizioni sul territorio nazionale; riconciliare vita familiare, cura informale e lavoro;

RPS

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

- ♦ obiettivi economici: creazione di posti di lavoro; cooperazione finanziaria tra il governo nazionale e le Regioni; partecipazione degli utenti al finanziamento dei servizi compatibilmente con il livello di reddito e di benessere economico; creazione di un mercato sociale.

Questa molteplicità di obiettivi ha generato notevoli conflitti sia istituzionali che di natura economica: tra i diversi livelli di governo; tra prestazioni economiche e servizi (con una maggioranza favorevole alle prestazioni economiche piuttosto che ai servizi); nonché tra erogatori privati e pubblici (sul costo dei servizi e sullo scarso impulso dato allo sviluppo dei servizi sociali).

4.2 La riforma delle politiche sociali in materia di non autosufficienza è stata brusca o graduale?

Negli ultimi decenni, il dibattito relativo alle ragioni soggiacenti i cambiamenti istituzionali e le politiche pubbliche è stato molto produttivo. Secondo Pavolini e Ranci (2008) questi cambiamenti possono intervenire bruscamente; come risultato sia di una successione di processi che di «equilibri interrotti»; o avvenire a seguito dell'accumularsi di una serie di effetti che conducono ad una graduale trasformazione delle politiche pubbliche.

La politica sociale spagnola per la non autosufficienza consiste in una combinazione squilibrata di alcuni cambiamenti cruciali. Da una parte, si ha l'accumularsi e la convergenza di cambiamenti politici (un nuovo governo socialista dal 2004) e socio-demografici (l'emergere del contesto europeo, la varietà delle riforme menzionate, una maggiore consapevolezza dei professionisti e degli esperti del settore, degli attori sociali e della società), fattori che hanno favorito il passaggio da programmi e riforme graduali delle politiche sociali in materia di non autosufficienza al profondo cambiamento subentrato nel 2006. D'altro canto, essa è anche la reazione al susseguirsi di processi ed «equilibri interrotti» generati dalla tendenza del governo (il Partito popolare conservatore in carica dal 2000 al 2004) a procrastinare il momento in cui la non autosufficienza sarebbe stata trattata come una priorità emergente. Fino al 2001, l'unica priorità dei movimenti sociali e dei sindacati era la creazione di posti di lavoro e il miglioramento del sistema pensionistico pubblico.

Nel caso della Spagna, la nuova politica per la non autosufficienza rappresenta una combinazione di due fattori: l'accumularsi all'interno

del sistema stesso di *long-term care* di pratiche e riforme istituzionali, e l'evoluzione dell'agenda politica del governo nazionale. Fondamentalmente, si tratta della conseguenza dell'accumularsi di programmi nazionali e soprattutto regionali, di cui molti prevalentemente a carattere sperimentale e sporadico, realizzati tra il 1992 e il 2001; inoltre, e soprattutto, dal 2001 in poi le politiche per la non autosufficienza sono entrate a pieno titolo nell'agenda del dialogo tra governo e parti sociali e infine, dal 2003, nell'agenda politica per il rinnovo del Patto di Toledo.

5. Gli elementi fondanti del sistema spagnolo di long-term care: accessibilità, prestazioni sociali, governance, gestione delle finanze e assistenza di qualità

Il sistema spagnolo per la non autosufficienza si basa su cinque pilastri fondamentali i quali, in un certo senso, rappresentano le diverse forze sottostanti alla riforma (Rodríguez Cabrero, 2007):

- ♦ il diritto universale all'assistenza per le persone non autosufficienti;
- ♦ un sistema di prestazioni che investe maggiormente nei servizi piuttosto che nei sostegni economici;
- ♦ un sistema di governance in cui il decentramento e la cooperazione degli enti pubblici si combinano con alcune forme di partecipazione istituzionale degli attori sociali ed economici;
- ♦ un sistema a finanziamento misto che riceve risorse dalla fiscalità generale, dai contributi sociali e dalle tariffe a carico degli utenti;
- ♦ un sistema di controllo della qualità dell'assistenza.

La tabella 2 sintetizza i cinque pilastri fondamentali del sistema spagnolo per la non autosufficienza: accesso al sistema, tipologie di prestazioni, governance, modalità di finanziamento e informazioni e qualità. Questi elementi fondanti possono essere caratterizzati come segue:

1. L'accesso al sistema di tutele si basa sul diritto sociale soggettivo ad una tutela minima o di base (non illimitata) che prende la forma di un pacchetto di servizi sociali e prestazioni economiche. Il carico di lavoro è condiviso tra le Regioni autonome (che effettuano la valutazione del grado di non autosufficienza) e i Comuni o gli enti locali (che assegnano le prestazioni tramite un programma di assistenza individuale). Mentre il processo di valutazione è definito chiaramente, la decisione di erogare prestazioni economiche piuttosto che servizi viene presa dagli operatori sociali insieme alla persona non autosufficiente e alla sua fa-

RPS

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

miglia. La pressione dovuta ad una spesa pubblica limitata, le scelte delle persone non autosufficienti e le differenze a livello di politiche regionali e locali determinano l'esistenza di un'ampia varietà di modelli di assistenza, come si vedrà nell'analisi dell'impatto del sistema spagnolo.

2. Una seconda caratteristica formale del sistema spagnolo è la preminenza dei servizi rispetto alle prestazioni economiche, in cui le seconde vengono trattate alla stregua di «eccezioni». Uno degli obiettivi strategici del sistema è l'espansione dei servizi sociali in generale e soprattutto dei servizi di assistenza per i non autosufficienti. La pressione dei sindacati verso la creazione di posti di lavoro nei servizi sociali e le aspettative degli erogatori privati e non-profit hanno favorito un modello di servizi assistenziali che è entrato in conflitto con il fatto che la maggior parte dei cittadini preferisce ricevere prestazioni di natura economica. Al contempo, il sistema ha una preferenza per gli erogatori non-profit rispetto al privato a scopo di lucro, anche se quest'affermazione è più retorica che reale, non solo perché va contro la libertà d'impresa, ma perché il dato nudo e crudo ci dice che il settore privato a scopo di lucro sta guadagnando terreno, soprattutto nelle aree urbane in cui è possibile generare un'economia di scala.

3. La governance del sistema spagnolo è altamente complessa e richiede, ai fini di un funzionamento efficiente, alti livelli di cooperazione tra le istituzioni e correttezza reciproca tra Stato e Regioni. Ciò dipende dal fatto che il sistema di Ltc in Spagna si basa sulla «condivisione» delle competenze tra Stato e Regioni. Lo Stato ha il potere di regolamentare le condizioni basilari che garantiscono l'esercizio paritario del diritto a livello nazionale e, a questo scopo, finanzia una prestazione minima per ciascun beneficiario, in base al grado e al tipo di non autosufficienza. Dal canto loro, le Regioni autonome hanno poteri esclusivi in materia di servizi sociali e in base a questo garantiscono un finanziamento che deve essere almeno pari a quello statale. Ciò non copre il costo totale delle prestazioni erogate, che viene ulteriormente finanziato dalle Regioni tramite le tariffe a carico degli utenti, in base ai livelli di reddito. Questo tipo di governance causa tensioni dal punto di vista pratico, giacché è una forma *sui generis* di federalismo sociale, che richiede che si trovi un accordo su ciascun singolo tassello del nuovo sistema.

In questo nuovo sistema di governance, le amministrazioni locali hanno voce in capitolo ma non hanno diritto di voto, essendo subordinate alle Regioni autonome, anche se i Comuni sono il punto di accesso

Qui tab 2

RPS

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

RPS

LE POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA IN SPAGNA

Tabella 3 - Cambiamenti nel sistema spagnolo di long-term care (anni 2005-2011)

Data	Riforma
Gennaio 2005	<i>Libro Bianco sulla non autosufficienza</i>
14 dicembre 2006	Legge sulla promozione dell'autonomia personale e dell'assistenza per le persone non autosufficienti
1° gennaio 2007	Introduzione del Saad (Sistema per l'autonomia e l'assistenza per le persone non autosufficienti)
20 aprile 2007	Regio decreto (r.d.) 504/2007 sulla scala di valutazione della situazione di non autosufficienza
11 maggio 2007	r.d. 614/2007 sul livello minimo di tutela
8 giugno 2007	r.d. 727/2007 sulle prestazioni monetarie e l'intensità dei servizi. Aggiornamento annuale
11 maggio 2007	r.d. 615/2007 che regola l'affiliazione, l'iscrizione e i contributi alla sicurezza sociale dei non professionisti erogatori di cure
11 febbraio 2011	r.d. 174/2011 sulla nuova scala di valutazione della non autosufficienza
	Calendario di attuazione della legge per la non autosufficienza
1° gennaio 2007	Diritto ad usufruire delle prestazioni per il III grado di non autosufficienza (molto grave), livelli 1 e 2
1° gennaio 2008	Diritto alle prestazioni per il II grado di non autosufficienza (grave), livello 2
1° gennaio 2010	Diritto alle prestazioni per il II grado di non autosufficienza (grave) livello 1
1° gennaio 2011	Diritto alle prestazioni per il I grado di non autosufficienza (lieve), livello 2
1° gennaio 2013	Diritto alle prestazioni per il I grado di non autosufficienza (lieve), livello 1

Fonte: gli autori.

ai servizi e svolgono un ruolo fondamentale nel finanziare i servizi sul territorio. Sin dall'inizio, l'integrazione delle amministrazioni locali – che sono subordinate dal punto di vista istituzionale – con il potere delle Regioni è stato fonte di dibattito, per la richiesta degli enti locali di ottenere la visibilità istituzionale che gli spetta all'interno del Saad. Il sistema di governance è completato dalla collaborazione degli organismi consultivi, come il Comitato consultivo misto, con un'articolazione tripartita, e di organizzazioni sociali quali le consulte statali degli anziani e dei disabili, e le organizzazioni di azione sociale.

RPS

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

4. Il quarto pilastro del sistema riguarda le modalità di finanziamento, il cui scopo è di garantire l'autosufficienza e la sostenibilità del Saad (Montserrat Codorniu, 2009). Come già menzionato, lo Stato garantisce fondi alle Regioni autonome per sviluppare un livello minimo di protezione sociale, al quale Stato e Regioni contribuiscono in eguale misura, mentre il costo rimanente viene finanziato da Stato e Regioni tramite un accordo annuale (*convenio*) tra le Regioni stesse per quanto riguarda la parte aggiuntiva o complementare, e dagli utenti tramite le tariffe a loro carico. Nel contesto dell'attuale crisi economica e finanziaria, i fondi garantiti al Saad sono inevitabilmente oggetto di discussione. L'accordo nazionale tra il governo centrale e le comunità autonome del settembre 2009 ha incluso i servizi per la non autosufficienza all'interno di un sistema di welfare garantito a tutti gli spagnoli, al pari della sanità e dell'istruzione.

5. L'ultimo elemento chiave del sistema di cura è rappresentato dalla qualità dei servizi. Questa prende la forma di un sistema di accreditamento dei centri e dei servizi di assistenza e di formazione dei professionisti, in un regime che è altamente intensivo dal punto di vista della manodopera, e in cui la qualità dell'assistenza dipende in gran parte da un'occupazione di qualità.

La tabella 3 illustra le tappe successive della riforma della Ltc in Spagna, dal 2005 a oggi. Ricordiamo che le prestazioni sociali, sia di natura economica, che in forma di servizi, sono state aggiornate annualmente in base al tasso di inflazione dell'anno precedente.

6. Impatto socio-economico del sistema spagnolo di Ltc

Nel 2010 si è dato corso al processo di valutazione della riforma previsto dalla legge del 2006. Sebbene i suoi risultati siano ancora in via di elaborazione, si possono già rilevare molteplici conseguenze dell'attuazione della legge.

L'impatto del sistema spagnolo per la non autosufficienza può essere valutato a diversi livelli, compatibilmente con i cinque pilastri della legge sopra descritti: copertura, prestazioni sociali, governance, modalità di finanziamento e qualità dei servizi. Con appena quattro anni di attività – il nuovo sistema ha iniziato a fornire una copertura a partire dall'estate del 2007 – qualsiasi forma di valutazione del suo impatto è provvisoria, giacché il sistema deve ancora raggiungere il pieno livello di attuazione, dato che i tempi di realizzazione vanno dal 2007

al 2015³. Dal punto di vista della *copertura*, non c'è dubbio che il nuovo sistema sia stato un successo se analizzato in termini di aumento dei beneficiari del sistema, tenendo a mente il fatto che entro il primo settembre del 2010 si era proceduto a valutare il grado e il livello di non autosufficienza di 1.476.694 persone, erano state stabilite le prestazioni esigibili da 1.031.676 persone, mentre 622.056 persone già usufruivano di prestazioni sociali. Lo scarto tra il totale degli effettivi beneficiari e il numero di aventi diritto è dovuto a questioni di ordine burocratico, nonché al fatto che solo le persone con un III e un II grado di non autosufficienza possono effettivamente godere delle prestazioni; a partire dal 2011, anche i soggetti non autosufficienti di I grado (di cui alcuni rientrano nella cifra di 1.031.767 di aventi diritto) inizieranno a loro volta a ricevere le prestazioni sociali. Di conseguenza, la copertura offerta dal nuovo sistema sta crescendo rapidamente. Il profilo socio-demografico è molto simile a quello dei diversi modelli europei in materia di non autosufficienza: il 67% dei beneficiari sono donne e il 57% ha più di 80 anni.

RPS

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

Tabella 4 - Percentuale di copertura dei servizi per la non autosufficienza tra il 1999 e il 2010 e graduatoria delle prestazioni economiche

	Servizi (1)				Prestazioni economiche (2)
	Centri residenziali	Centri diurni	Assistenza domiciliare	Teleassistenza	
1999	2,99	–	1,67	0,72	73.000
2002	3,34	0,26	2,75	1,45	74.600
2004	3,66	0,54	3,14	2,05	78.100
2006	4,00	0,64	4,05	3,50	78.300
2008	4,44	0,83	4,69	4,72	151.000
2010					311.000

(1) La copertura dei servizi si riferisce alle persone di oltre 65 anni.

(2) La scala dei beneficiari delle prestazioni economiche del 2006 è riconducibile ai contributi sociali e del sistema assistenziale. Dal 2007, i beneficiari rientrano nel nuovo sistema. In entrambi i casi, i dati si riferiscono a tutte le fasce d'età.

Fonte: Rielaborazione degli autori su dati Imserso e Ministero degli Affari Sociali.

³ In rete è possibile reperire diverse valutazioni del sistema spagnolo per la non autosufficienza: Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2009); Grupo de Expertos (2009); e anche Rodríguez Cabrero (2009).

Analizzando il sistema in termini di copertura dei servizi e delle prestazioni vediamo – come illustrato nella tabella 4 – che tra il 1999 e il 2008 i posti disponibili, espressi come percentuale della popolazione di età superiore ai 65 anni, sono aumentati come segue: dal 2,95% al 4,44% nei centri residenziali; dallo 0,26% allo 0,3% nei centri diurni; dall'1,67% al 4,69% nell'assistenza domiciliare; e dallo 0,72% al 4,72% nella teleassistenza. Non ci sono dati sufficienti sui contributi sociali e le indennità versate alle persone non autosufficienti prima del 2007.

Alla luce di ciò, se analizziamo la *tipologia di prestazioni sociali*, i risultati mostrano una divergenza tra le disposizioni previste dalla legge – in cui le prestazioni economiche sono «un'eccezione», e la realtà. Come dimostrato dal grafico in figura 1, le prestazioni economiche rappresentano circa il 50% del totale delle prestazioni erogate. In un certo senso, questo dato può essere solo spiegabile da ragioni quali: a) la predominanza culturale dell'assistenza di tipo informale, un punto questo talmente cruciale da far sì che il modello di cura incentrato sulla famiglia sia andato adattandosi alle trasformazioni socio-economiche arrivando, all'oggi, a una situazione che vede le donne immigrate, provenienti prevalentemente dall'America latina, prendere il posto delle lavoratrici della classe media che tradizionalmente si occupavano della cura informale; b) al contempo, abbiamo un vasto gruppo di donne ultracinquantenni che svolge lavoro di cura perché non ha alcuna prospettiva occupazionale nel mercato del lavoro formale, soprattutto nelle zone rurali e semi-urbane; c) altrettanto importante è poi la scarsa disponibilità di servizi per la non autosufficienza, ancora inadeguati a rispondere alla domanda della società nonostante il rapido aumento dei servizi sociali pubblici e privati avvenuto nel corso degli ultimi vent'anni, con il risultato che le prestazioni monetarie vengono spesso privilegiate in virtù della scarsa disponibilità dei servizi, come evidenziato nella tabella 4; d) infine, l'universalizzazione del sistema per la non autosufficienza ha aperto le porte ad una classe media urbana che chiede un'ampia e libera scelta di tipologie di prestazioni e che, nell'insieme, preferisce riscuotere un sussidio monetario. Le statistiche disponibili confermano che, a quattro anni dall'entrata in vigore del sistema, la preferenza per le prestazioni economiche si è consolidata, anche se la crisi finanziaria ed economica ha certamente lasciato il segno, avendo trovato una possibilità di ridurre i costi del sistema per la non autosufficienza in questo ambito.

Oltre a queste spiegazioni strutturali, è opportuno menzionare altri processi di natura economica e politica che hanno colpito le Regioni

autonome, favorendo il prevalere delle prestazioni economiche: esse sono più facili da gestire e meno dispendiose rispetto ai servizi, mentre l'impatto della crisi economica e finanziaria ha portato ad un aumento delle limitazioni alla spesa pubblica, con la conseguente decisione di rimandare gli investimenti nei servizi. In ogni caso, il contributo del sistema spagnolo per la non autosufficienza alla creazione di posti di lavoro è stato considerevole, con una media di 63.021 lavoratori tra il 2007 e il 2009 (per un totale di 189.063 posti di lavoro direttamente creati) (Sosvilla Rivero, 2010).

In termini generali, possiamo affermare che il sistema spagnolo di cura è un mix dei vari modelli europei in materia di non autosufficienza⁴, che vede le donne prestatrici di cura assumere un ruolo centrale nelle reti assistenziali, sebbene gli uomini stiano lentamente iniziando ad apportare il proprio contributo. C'è anche una certa tendenza a sostituire i servizi pubblici con le prestazioni economiche, così che il beneficiario possa decidere in che maniera soddisfare i propri bisogni (bilancio personale) e, quando necessario, a chi affidare l'erogazione di un dato servizio. Infine, c'è una tendenza generale che vede l'assistenza di tipo residenziale essere sostituita dall'assistenza diurna sul territorio. Tutti questi cambiamenti stanno avendo luogo in un contesto di contenimento della spesa pubblica e di riequilibrio dei rispettivi poteri degli attori istituzionali e sociali ascrivibili al sistema spagnolo di welfare. Nel caso della Spagna, la percentuale di cura informale per le persone al di sopra dei 65 anni di età ha subito delle alterazioni minime tra il 1993 e il 2010, mentre le donne continuano a dover sostenere il peso del lavoro di cura informale. Al contempo, la società spagnola sta gradualmente facendo i conti con la necessità di socializzare i rischi, ma non al costo di erodere la centralità dell'assistenza erogata informalmente e, soprattutto, del controllo esercitato dalle famiglie.

Per quanto riguarda i processi di *governance*, occorre sottolineare che il nuovo modello si basa su una struttura di potere condivisa tra lo Stato e le Regioni autonome, di cui le ultime rappresentano il livello territoriale di potere realmente incaricato di gestire il sistema. Tenendo conto del fatto che, oltre alla struttura istituzionale basata su un de-

⁴ Per modello sociale europeo di Ltc intendiamo una combinazione della tendenza verso la copertura universale del rischio di non autosufficienza, il decentramento della gestione, la combinazione di prestazioni monetarie e servizi e la partecipazione degli utenti alla copertura dei costi, tramite le tariffe a carico degli utenti.

Qui fig 1

RPS

LE POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA IN SPAGNA

centramento ampio e profondo, non c'è una legislazione nazionale in materia di servizi sociali (come invece avviene per la sanità e l'istruzione) che possa emanare le disposizioni fondamentali per il sistema dei servizi sociali e che, dall'altra parte, esistono differenze ideologiche sempre più ampie tra i diversi governi regionali, non c'è da stupirsi se ad oggi tutto ciò ha portato a forme disparate di cooperazione tra Stato e Regioni, con il risultato che l'attuazione del nuovo sistema procede a velocità differenti, che sono state corrette solo in parte.

Eppure la governance asimmetrica del Saad non è esclusivamente imputabile a fattori finanziari e politici legati al contesto odierno. Le sue radici possono piuttosto essere rintracciate nell'evoluzione storica dei diversi sistemi di servizi sociali, che ha prodotto un'ampia varietà di sottosistemi regionali, ciascuno avente la propria tradizione in materia di erogazione dei servizi, il proprio modo di intendere il nuovo sistema e le proprie modalità di gestione. La predominanza istituzionale che ha storicamente caratterizzato i servizi sociali è, in molti sensi, un fattore più decisivo del tipo di governo o dell'orientamento ideologico, quando si tratta di decidere come attuare il sistema di Ltc. Amministrazioni regionali di diverso colore politico possono così trovarsi ad attuare il nuovo sistema adottando lo stesso approccio, perché i loro servizi sociali sono organizzati in maniera piuttosto simile, e ciò influenza l'attuazione del nuovo sistema di copertura universale.

Oltre alle differenze politiche e alle infrastrutture dei servizi, vi sono altre due problematiche parimenti importanti in relazione alla governance del sistema: il flusso di informazioni dal governo regionale a quello centrale su come la popolazione tutelata dalla legge viene assistita e sulle prestazioni che riceve, e l'opacità del processo di partecipazione e finanziamento dei Comuni nel quadro del sistema di assistenza.

La grande eterogeneità del Saad in termini di accesso, tipologia e qualità delle prestazioni è influenzata anche dalle *modalità di finanziamento*. Nella sfera della non autosufficienza tali modalità sono estremamente complesse, poiché lo Stato finanzia il 50% delle «nuove» prestazioni sociali istituite a partire dal 1° gennaio 2007, ma non copre quelle precedentemente previste dal sistema assistenziale. Ciò significa che, nella pratica, i costi totali ricadono sulle Comunità o Regioni autonome nella misura di oltre due terzi. Inoltre, i finanziamenti statali per il nuovo sistema non vengono sempre utilizzati dalle Regioni per coprire i costi del sistema stesso, bensì per finanziare le prestazioni preesi-

RPS

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

stenti (quali le strutture residenziali), e ciò rallenta l'espansione del nuovo sistema di assistenza sul territorio, che dovrebbe teoricamente essere la forza motrice del Saad, nella sua filosofia.

Lo Stato garantisce un certo grado di equità tramite un livello minimo pro capite di prestazioni a livello nazionale, nonché tramite forme di redistribuzione territoriale in base alle prestazioni stabilite dalle Regioni, compatibilmente con criteri legati al tasso di dispersione nazionale, alla popolazione, al numero di persone assistite, e alla condizione di insularità. Ma l'ultima parola sui destinatari delle prestazioni spetta alle Regioni, che hanno competenze esclusive in materia, come dimostrato, ad esempio, dai diversi parametri di valutazione per assegnare le prestazioni e dalle diverse forme di tariffazione a carico degli utenti. Le limitazioni finanziarie e la preferenza sociale e istituzionale per le prestazioni a carattere economico hanno portato ad un aumento della concorrenza tra fornitori privati e organizzazioni del terzo settore per assicurarsi gli appalti dei servizi, e ciò sta cambiando il volto dei servizi sociali tradizionalmente erogati.

Infine, lo sviluppo del Saad non sta migliorando il *coordinamento tra i servizi sociali e quelli sanitari*. Tale mancanza di coordinamento significa che la legge è stata relegata alla sfera dei servizi sociali: un dato che può essere imputato alle differenze tra i servizi sanitari e sociali in termini di portata dei servizi stessi, della loro organizzazione nonché delle pratiche professionali vigenti, come anche al fatto che non vi è stata da parte dei Ministeri coinvolti la capacità collettiva di amministrare la forte contraddizione rappresentata dalla legge sulla coesione e la qualità del servizio sanitario nazionale del 2003, una legge che prevedeva prestazioni sociosanitarie che, arrivati al 2006, non erano ancora neanche messe a punto nel catalogo delle prestazioni sanitarie esigibili.

7. Conclusioni

Il sistema per la non autosufficienza spagnolo (Saad) ha appena tre anni. In base a quanto fin qui esaminato, possiamo azzardare alcune conclusioni.

In primo luogo, come per la maggior parte dei modelli adottati nell'ambito dei regimi europei di welfare, il modello spagnolo per la non autosufficienza è all'insegna della condivisione delle responsabilità tra la persona non autosufficiente, la famiglia e il settore pubblico,

al fine di promuovere la qualità della vita della persona assistita e di chi ne ha cura. Si tratta di un modello che favorisce la libertà di scelta tra diversi sistemi di assistenza, nel quadro di un'offerta ben limitata di servizi sul territorio, e che sembra voler favorire una nuova etica fondata sulla condivisione delle responsabilità tra Stato e famiglia, così come tra uomini e donne.

In secondo luogo, il Saad nasce dalla convergenza di profonde trasformazioni sociali e demografiche, a partire innanzitutto dalla posizione conquistata dalle lavoratrici nella società, dalla crescente europeizzazione delle politiche sociali, nonché dalla mobilitazione di attori sociali e istituzionali favorevoli alla riforma (soprattutto il terzo settore e l'importanza assunta dal dialogo sociale).

In terzo luogo, si tratta anche di un modello di cura che sostituisce la vecchia logica assistenziale con una concezione di natura universalistica incentrata su un ben preciso assetto istituzionale, che obbliga lo Stato e le Regioni autonome a cooperare nel quadro di vincoli che interessano le competenze, i processi decisionali e le modalità di finanziamento del sistema. Una situazione spesso foriera di tensioni che produce asimmetrie dal punto di vista della copertura, della tipologia di prestazioni e dell'impatto sociale. Non bisogna neanche dimenticare il peso storico e istituzionale della natura socio-assistenziale (soggetta a condizioni di reddito) dei servizi sociali, che condiziona la natura delle politiche regionali ben più delle prese di posizione ideologiche.

Infine, una conseguenza di questo modello di assistenza misto e complesso è che l'impatto sociale del nuovo sistema si riflette in un'ampia copertura della popolazione non autosufficiente, che opta per i benefici economici anche se la legge non contiene disposizioni in questo senso. Una situazione criticata in una certa misura da sindacati, associazioni professionali e soggetti erogatori, e che deriva dall'esistenza protratta nel tempo di una struttura sociale basata sul lavoro di cura informale (che la crisi economica attuale ha in parte rafforzato), dalla disponibilità limitata di servizi sociali, nonché dal conservatorismo in materia di spesa pubblica che ha portato alla riduzione degli investimenti infrastrutturali per i servizi sociali. La preferenza degli utenti per le prestazioni di natura economica è anche rafforzata dall'offerta di manodopera migrante di cui le persone non autosufficienti e le loro famiglie spesso si avvalgono.

Infine il modello spagnolo, che è in corso di valutazione al momento in cui scriviamo, si troverà ad affrontare sfide importanti in futuro, quali la necessità di una governance efficiente del sistema nell'ottica di

RPS

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

una maggiore equità sull'insieme del territorio nazionale, la necessità di finanziamenti sufficienti a incrementare i servizi erogati, la spinta al coordinamento tra servizi sociali e sanitari, nonché la necessità di conferire maggior peso istituzionale agli enti locali in quanto responsabili dell'erogazione dei servizi sul territorio. Ciò detto, la nostra analisi dell'impatto del sistema di *long-term care* spagnolo ci porta a ipotizzare che l'evoluzione futura del sistema stesso dipenda dalla costruzione di un modello misto, che faccia della correlazione tra la responsabilità familiare e individuale, da una parte, e della socializzazione del rischio dall'altra, gli elementi chiave di un sistema caratterizzato da un modello altamente decentrato di regolamentazione ed erogazione dei servizi.

Riferimenti bibliografici

- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales, 2009, *Desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia - III Dictamen*, disponibile sul sito internet: <http://www.directoressociales.com/>.
- Fantova F., 2008, *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*, Instituto de Derechos Humanos, Universidad de Deusto, Bilbao.
- Grupo de Expertos, 2009, *Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la autonomía personal y Atención a las situaciones de dependencia*, Msyps (Imserso) y Congreso de los Diputados, Madrid.
- Imserso - Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005, *Libro Blanco de atención a las personas dependientes en situación de dependencia en España*, Imserso, Madrid.
- Imserso - Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2009, *Las personas mayores en España. Informe 2008*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Marbán Gallego V., 2009, *La atención a la Dependencia*, in Moreno L. (a cura di), *Reformas de las políticas del bienestar en España*, Ed. Siglo XXI, Madrid, pp. 207-238.
- Montserrat Codorniu J., 2009, *Evolución y perspectivas de la financiación del sistema para la autonomía y atención a la dependencia*, «Documentación Administrativa», n. 276/277, pp. 411-442.
- Oecd, 2005, *Ensuring quality long-term care for older people*, «Policy Brief», marzo, Oecd, Parigi.
- 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 (3), pp. 246-259.

- Rodríguez Cabrero G., 2007, *El marco institucional de la protección social de la dependencia en España*, «Estudios de Economía Aplicada», vol. 25 (2), pp. 343-372.
- Rodríguez Cabrero G., 2009, *El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia en España (2007-2009)*, «Gestión y Análisis de Políticas Públicas», n. 2, pp. 33-58.
- Sabatier P.A. e Jenkins-Smith H., 1999, *The Advocacy Coalition Framework: An Assessment*, in Sabatier P.A. (a cura di), *Theories of the Policy Process*, Westview Press, Boulder, Co., pp. 117-168.
- Sosvilla Rivero S.J., 2010, *Estimación del efecto del establecimiento del sistema de autonomía y atención a la dependencia sobre el empleo en España*, Ucm, Madrid, mimeo.
- Weible C.M., Sabatier P.A e McQueen K., 2009, *Themes and Variations: Taking Stocks of the Advocacy Coalition Framework*, «The Policy Studies Journal», vol. 37 (1), pp. 121-140.

RPS

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

