

Le politiche per la non autosufficienza in Svezia: tendenze, attori e conseguenze

Gabrielle Meagher, Marta Szebehely

RPS

La Svezia si è dotata di un sistema ben sviluppato per la non autosufficienza, fondato su servizi a carico della fiscalità generale e in larga misura a erogazione pubblica. Nel corso degli ultimi decenni il sistema ha subito trasformazioni significative. Ripercorrendo la strutturazione delle politiche svedesi in materia, il presente saggio si concentra sulla dimensione dell'assistenza alle persone anziane, prendendo comunque anche in esame alcune delle principali interazioni tra i servizi per i disabili e quelli per gli anziani non autosufficienti, nonché i confini tra questi ultimi e il sistema sanitario. Diversamente

dalla maggior parte degli altri paesi europei, la tendenza principale in materia di erogazione di prestazioni assistenziali agli anziani è stata quella di una riduzione della spesa e della copertura sul versante dei servizi, ma anche quella di un accesso molto ridotto, nonché in calo, alle prestazioni di sostegno economico per la funzione di cura assolta dai familiari. Tale tendenza ha portato a scaricare il peso del lavoro di cura sulle famiglie in modalità non retribuite (informalizzazione), nonché sul mercato dei servizi finanziati in forma privata ed erogati da soggetti privati (mercattizzazione).

1. Introduzione

Negli anni '70 e '80, la Svezia aveva un sistema ben sviluppato di servizi per le persone anziane, finanziati attraverso la fiscalità generale ed erogati prevalentemente attraverso una rete pubblica, e un sistema relativamente sviluppato di servizi destinati alle persone con disabilità di età inferiore ai 65 anni. Questi sistemi sono cambiati significativamente nel corso degli ultimi decenni. C'è stato un certo *ridimensionamento* dei servizi per gli anziani non autosufficienti, palesatosi in una riduzione della spesa pubblica, in una minore copertura dei servizi di assistenza e in una maggiore concentrazione di questi ultimi verso le fasce maggiormente bisognose. Questo sviluppo ha condotto ad una *informalizzazione* del lavoro di cura per alcuni gruppi di anziani, in quanto sono i familiari a dover fornire quell'assistenza di cui le gene-

razioni precedenti avevano usufruito all'interno del servizio pubblico. Nell'assistenza ai disabili, si è verificata una notevole *espansione* dei servizi forniti, di cui l'aspetto forse più significativo è l'introduzione dei programmi di assistenza individuale alle persone con gravi disabilità. Queste tendenze divergenti nei servizi per le persone anziane e con disabilità hanno coinciso con uno sviluppo convergente che interessa entrambi gli ambiti: la *mercattizzazione* dei servizi e l'emergere di grandi imprese private a scopo di lucro per l'erogazione di questi servizi.

Il punto nodale di questo saggio è spiegare come e perché si siano verificati tali cambiamenti, e discutere le loro conseguenze per gli utenti dei servizi e per i possibili sviluppi futuri dell'assistenza sociale in Svezia. Esploreremo il ruolo dei diversi attori sociali, politici ed economici in questo processo di cambiamento, e individueremo quali trasformazioni siano state volute intenzionalmente dai decisori politici, e quali no. Oltre all'interazione dinamica tra le direttive statali e la risposta delle amministrazioni locali – fattore esplicativo sempre importante nell'analisi dei cambiamenti dell'impianto di servizi sociali nei paesi con un sistema di governo multilivello – riteniamo che la «sostituzione invasiva» (*invasive displacement*) e la «stratificazione» (*layering*) costituiscano processi di trasformazione delle istituzioni che direttamente e indirettamente organizzano l'erogazione dei servizi assistenziali.

2. I servizi alla persona in Svezia: strutture istituzionali e processi di governance

In un'ottica comparativa, in Svezia i servizi per gli anziani non autosufficienti e i disabili vengono forniti nel contesto di un regime assistenziale di tipo universalistico, supportato da una «cultura della responsabilità» del lavoro di cura, a carico del pubblico o della collettività. Questo sistema è organizzato all'interno di una struttura politica fortemente decentrata che è stata dominata a livello nazionale dal Partito socialdemocratico, intervallata da periodi più brevi di governo della destra. In questa cornice più ampia, i ruoli che la famiglia e i settori pubblico e privato svolgono nell'erogare e finanziare l'assistenza sono ben definiti e si sono evoluti. Si tenterà nelle conclusioni di capire se la traiettoria lungo la quale sembra svilupparsi l'erogazione dei servizi alla persona stia minacciando o meno il regime tradizionale di tipo universalistico. Questo paragrafo delinea le strutture istituzio-

nali formali e i processi di governance, tramite i quali vengono distribuiti e previsti i compiti di finanziamento ed erogazione dei servizi di assistenza.

Un elemento caratterizzante del sistema svedese di servizi alla persona è il fatto che le famiglie non hanno la responsabilità legale di rispondere ai bisogni di cura dei propri membri adulti, anche se nella pratica le famiglie svolgono un ruolo considerevole (e di importanza crescente) nel lavoro di cura degli anziani. Inoltre, nota importante per i lettori di questo volume, il termine inglese «*long-term care*», o assistenza a lungo termine, non è un concetto utilizzato in Svezia nell'elaborazione delle politiche o nel dibattito in materia. Al contrario, l'assistenza alle persone anziane fragili, comprese le strutture residenziali, e l'assistenza alle persone con disabilità vengono considerate come due ambiti distinti che attengono al settore più generale dell'*assistenza sociale* (piuttosto che dell'assistenza sanitaria).

Un'altra caratteristica del sistema svedese è la forte tradizione di autonomia comunale: le amministrazioni locali hanno la responsabilità primaria di organizzare i servizi alla persona finanziati pubblicamente, sia quelli domiciliari che quelli residenziali. I Comuni hanno anche i poteri impositivi sostanziali necessari per coprire la maggior parte dei costi dell'assistenza fornita agli anziani (85%) e ai disabili (70% circa). I Comuni sono anche liberi di decidere la distribuzione dei diversi tipi di assistenza (ad esempio tra l'assistenza domiciliare e quella di tipo residenziale nei servizi per gli anziani) e dei servizi che rispondono ai bisogni di diversi gruppi sociali (ad esempio i servizi per gli anziani, per l'infanzia e per i disabili).

Tuttavia, il ruolo principale che gli enti locali svolgono nel fornire ed erogare i servizi alla persona non significa che lo Stato sia influente: attualmente il governo nazionale potrà anche finanziare solo il 10% dei costi dell'assistenza agli anziani (il rimanente 5% è coperto dalle tariffe a carico degli utenti), ma ha un impatto considerevole sulle pratiche per la non autosufficienza attuate dagli enti locali, grazie a tre canali d'intervento: legislazione e regolamentazione; misure di incentivazione economica e attività di supervisione e indirizzo. A volte le azioni dello Stato sono finalizzate specificamente a riformare un ramo dei servizi alla persona (come la *Legge sulle disabilità* del 1993); altre volte si tratta di decisioni di portata più generale, che interessano una gamma più ampia di attività, finanche l'attività dei Comuni nella loro interezza (come la *Legge sui Comuni* del 1991).

Tramite i meccanismi legislativi e regolamentari, lo Stato svedese sta-

RPS

Gabrielle Meagher, Marta Szebehely

bilisce a quali fasce della popolazione i Comuni siano tenuti a fornire assistenza, quanto possano farsi pagare per questi servizi, e che tipo di organizzazioni siano autorizzate ad erogare i servizi. Sia le persone anziane che le persone con disabilità sono coperte dalla *Legge sui servizi sociali* (*Social services act*, Ssa) approvata nel 1982, che regola i servizi di assistenza domiciliare e quelli di tipo residenziale, incluse le case di riposo. La Ssa è una legislazione finalizzata specificamente a garantire il diritto generale a richiedere un sostegno «qualora non sia possibile soddisfare in altra maniera i propri bisogni», in maniera tale da garantire un «livello di vita ragionevole». La legislazione non specifica quali siano questi «bisogni», ma è previsto il diritto a fare ricorso in tribunale se il singolo individuo non si ritiene soddisfatto da una decisione presa in tal senso.

Oltre ai diritti sanciti dalla Ssa, le persone con disabilità si vedono garantiti altri diritti tramite la legge sulle disabilità del 1993 (che consiste nella «Legge relativa alle misure di sostegno e ai servizi per le persone con alcune incapacità funzionali», Lss, e nella «Legge sulle prestazioni assistenziali», Lass – quest'ultima fa parte del Codice sulle assicurazioni sociali a partire da gennaio del 2011). In contrasto con la Ssa, questa legge conferisce diritti specifici e assoluti alle persone affette da alcune incapacità funzionali significative¹ (non causate dal normale invecchiamento), e stabilisce le misure che le autorità locali sono obbligate ad adottare per garantire a queste persone «condizioni di vita buone» (un obiettivo più ambizioso rispetto alla Ssa). Gli aventi diritto ad usufruire dei servizi previsti dalla legge sulle disabilità, e che necessitano di un'assistenza personale intensiva per i propri bisogni primari, possono accedere ad un programma di assistenza individuale, nel qual caso lo Stato copre i costi sostenuti dai Comuni per il lavoro di cura che eccede le 20 ore settimanali. Dunque, una differenza importante tra la Ssa, da una parte, e la legge sulle disabilità, dall'altra, è che la Ssa lascia ai Comuni il compito di definire o interpretare chi abbia diritto ad usufruire dei servizi e a cosa abbia diritto, mentre la legge sulle di-

¹ Nella legge sulle disabilità si specificano tre gruppi: 1) persone affette da disabilità intellettive, autismo, o da condizioni di tipo autistico; 2) persone con una disabilità intellettiva significativa e permanente a seguito di un danno cerebrale intervenuto durante la vita adulta e 3) persone affette da altre forme di disabilità fisica o intellettiva duratura (non dovuta al normale invecchiamento), qualora tali disabilità causino difficoltà significative nella vita quotidiana, che necessitano di un sostegno intensivo.

sabilità prescrive in maniera piuttosto specifica chi abbia diritto a determinati servizi e che tipo di sostegno debba ricevere, limitando di conseguenza la discrezionalità degli enti locali.

Inoltre lo Stato orienta l'attività dei Comuni tramite misure di incentivazione economica, che definiscono sia l'*entità* che la *struttura* dei contributi statali erogati. Nel corso degli ultimi decenni, le misure di indirizzo economico con conseguenze sui servizi alla persona sono cambiate molte volte, compreso il passaggio, nel 1993, dai sussidi mirati per alcuni ambiti di particolare importanza nel settore dei servizi, alle «sovvenzioni globali» (*block grants*); e la successiva introduzione, oltre a questi ultimi, dei fondi speciali finalizzati, per incentivare i Comuni a cambiare le proprie modalità gestionali o attività in linea con gli obiettivi stabiliti dal governo nazionale. Un esempio di fondi finalizzati a progetti specifici, particolarmente rilevante ai fini di questo resoconto, è stato il loro utilizzo per incentivare i Comuni a introdurre modelli basati sulla libera scelta del fornitore da parte dell'utente (*customer choice* – in vigore sin dal 2009); tra gli altri esempi ricordiamo gli incentivi per introdurre meccanismi di sostegno al lavoro di cura familiare sin dal 1999, e i fondi per la formazione sulla dignità degli anziani nel lavoro di cura, a partire dal 2011.

La supervisione e l'indirizzo costituiscono la terza categoria fondamentale tra i meccanismi di intervento governativo, e in Svezia queste attività vengono ampiamente delegate all'Ente nazionale per la salute e il welfare (*Socialstyrelsen*, Nbhv nell'acronimo ufficiale inglese). La tendenza principale in questo caso è la diffusione crescente dei meccanismi di *soft regulation* tramite misure quali la definizione di traguardi specifici, la comparazione aperta dei dati sulla spesa e sulla qualità dei servizi alla persona, e lo sviluppo di strumenti di valutazione e di linee guida sulle pratiche.

3. Tendenze nei servizi per la non autosufficienza: le trasformazioni nella copertura, nella spesa e nelle forme gestionali

All'inizio del saggio si è osservato che in Svezia nel corso degli ultimi decenni c'è stato un cambiamento significativo nella copertura e nell'organizzazione dei servizi per anziani e disabili. Questo paragrafo descrive brevemente questi cambiamenti, al fine di dimostrare le tendenze – tra cui la minor copertura e la riduzione della spesa pubblica per quanto riguarda i servizi agli anziani, l'emergere e la crescita di

nuovi programmi di assistenza per le persone con disabilità, e diverse forme di mercatizzazione che hanno attraversato entrambi i settori di assistenza – che questo saggio intende indagare.

A differenza della maggior parte degli altri paesi europei, in Svezia l'erogazione dei servizi per gli anziani non autosufficienti è diminuita in relazione alla percentuale di persone anziane nella popolazione. Trent'anni fa, il 16% delle persone dai 65 anni in su riceveva un'assistenza domiciliare pubblica, e l'8% circa era ricoverato in residenze assistite (Szebehely, 2005). Entro il 2000, la quota di persone che ricevevano un'assistenza domiciliare era crollata all'8% mentre la percentuale di persone nelle strutture residenziali è rimasta più o meno stabile. Nel corso dell'ultimo decennio, c'è stato un calo significativo dell'assistenza di tipo residenziale, che è stato compensato solo in parte da un aumento dei servizi domiciliari. Di conseguenza, in base alle statistiche più recenti, nel 2008, il 9% della popolazione anziana (dai 65 anni in su) riceveva un'assistenza domiciliare, mentre il 6% si trovava in strutture residenziali, compresi i rifugi di accoglienza (Nbhw, 2010). Il calo della copertura può essere spiegato solo parzialmente da un miglioramento della salute tra le persone anziane; ne deriva che la probabilità di ricevere un'assistenza domiciliare pubblica sia ora nettamente più bassa rispetto a trent'anni fa (Larsson, 2006; Szebehely e Trydegård, 2007).

Le tendenze nell'erogazione dei servizi alle persone con disabilità al di sotto dei 65 anni di età sono state piuttosto differenti, rispetto a quelli per gli anziani non autosufficienti. La percentuale di persone con disabilità coperte dai servizi non può essere calcolata in maniera analoga a quella relativa agli anziani, dunque in questo caso dobbiamo fare riferimento ai numeri assoluti di utenti. I dati disponibili indicano che il numero di persone disabili che ha ricevuto una qualche forma di assistenza sociale pubblica è aumentato del 29%, tra il 2000 e il 2009 (Szebehely, 2011). Eppure, il lavoro informale di cura resta importante anche per le persone con disabilità, soprattutto per coloro che non rientrano nei parametri stabiliti dalla legge sulle disabilità. Come nel caso delle persone anziane, la maggior parte dell'assistenza alle persone disabili è fornita dalla famiglia, anche se, in termini comparativi, la Svezia è un paese dotato di un sistema formale di servizi per la non autosufficienza di alto livello. Infatti, sin dalla fine degli anni '80, c'è stato un aumento del lavoro di cura a carico delle famiglie, per quanto riguarda le persone disabili che necessitano di un livello basso di assistenza, e anche le persone anziane con ogni livello di bisogni.

Solo tra le persone con disabilità gravi, soprattutto quelle coperte dai programmi di assistenza individuale, c'è stato un aumento dei servizi alla persona formalmente istituiti e una diminuzione del numero di persone che usufruivano solamente del lavoro informale di cura (Szebehely e Trydegård, 2007; vedi anche Jeppsson-Grassman e al., 2009). L'andamento della spesa riflette prevalentemente questo cambiamento di profilo nell'erogazione dei servizi per la non autosufficienza. La spesa pubblica per l'assistenza agli anziani è aumentata nel corso degli anni '80 (da 55 a 64 miliardi di corone svedesi tra il 1985 e il 1990), nonostante una diminuzione della copertura, per ragioni che saranno spiegate nel prossimo paragrafo. Tra il 1990 e il 2000, la spesa è aumentata solamente del 5% – in relazione al numero di persone dagli 80 anni in su nella popolazione questo corrisponde ad un calo del 14% (Sou 2004/68, p. 147). Tra il 2000 e il 2009, la spesa è diminuita del 6% in termini assoluti, da 95 a 90 miliardi di corone, ai prezzi 2009 (Szebehely, 2011, tabella 1). Al contrario, tra il 1993 e il 1999, la spesa pubblica destinata alle persone disabili è aumentata del 68%, con l'aumento principale che si è verificato tra il 1993 e il 1995, grazie all'introduzione delle riforme sulla disabilità, le sopramenzionate Lss e Lass (Palme e al., 2002, p. 57). Tra il 2000 e il 2009, la spesa pubblica destinata ai servizi per la disabilità è aumentata di un ulteriore 66%, da 37 a 61 miliardi di corone, ai prezzi 2009 (Szebehely, 2011, tabella 1)². Nel 2000, la spesa per i servizi ai disabili, in quanto percentuale della spesa pubblica per la non autosufficienza, era del 28%; entro il 2009 raggiungeva il 41%.

Nonostante questi cambiamenti di profilo nelle politiche per la non autosufficienza, le risorse pubbliche destinate ai servizi per gli anziani restano considerevoli in Svezia, se lette in un'ottica comparativa. Anche se è difficile ottenere dati comparabili sulla spesa relativa ai servizi sociali, i dati disponibili sembrerebbero suggerire che la Svezia rimanga uno dei paesi più generosi all'interno dell'Ocse, quando si tratta dei servizi per gli anziani. Alla metà degli anni 2000, la spesa pubblica in

² I servizi per l'infanzia sono un altro ambito per il quale le maggiori ambizioni del governo hanno ridotto le risorse a disposizione dei Comuni per l'assistenza agli anziani: con l'attuazione della legge sulla scuola del 1995, è stato introdotto l'obbligo per i Comuni di offrire servizi per l'infanzia a tutti i bambini tra il primo e il dodicesimo anno di età. Di conseguenza, tra il 2000 e il 2009, le risorse pubbliche destinate ai servizi per l'infanzia sono aumentate del 67% (National Agency for Education, 2011, p. 7).

materia ammontava al 2,4% circa del Pil in Svezia, in confronto all'1,7% della Danimarca, all'1,1% dell'Italia, e allo 0,9% degli Stati Uniti. Dei quattordici paesi per i quali sono disponibili dati, solo i Paesi Bassi spendono una percentuale maggiore (2,5%) (Huber e al., 2009, p. 99). Stando alla stessa fonte, la spesa destinata ai servizi di *long-term care* (compresa l'assistenza sia alle persone disabili che alle persone anziane) in Svezia rappresenta il 3,9% del Pil, una percentuale superiore a quella di qualsiasi altro paese, tra le 24 nazioni europee e nordamericane incluse nel rapporto di Huber e colleghi.

Se i bisogni di cura degli anziani svedesi sono cambiati meno dell'offerta di servizi pubblici, la domanda che sorge è: chi li aiuta adesso? I dati suggeriscono che siano i familiari a farlo, soprattutto le figlie (Johansson e al., 2003; Szebehely e Trydegård, 2007) ed è stato stimato che, tra il 1994 e il 2000, la quota di lavoro di cura a carico delle famiglie rispetto all'intera comunità, sia aumentata dal 60 al 70% (Sundström e al., 2002). I servizi finanziati ed erogati privatamente, oggetto di una compravendita sul libero mercato, che non rientrano nei processi di valutazione dei bisogni e di supervisione attuati dal sistema istituzionale di servizi alla persona, hanno assunto anch'essi un ruolo sempre maggiore nell'organizzazione complessiva della cura delle persone anziane. (A partire dal 2007, lo Stato ha tentato di promuovere questo scambio privato tramite sgravi fiscali; rendendo conseguentemente meno definiti i confini tra il mercato privato e i servizi alla persona finanziati con fondi pubblici). Mentre le persone con un livello di istruzione più basso hanno maggiori probabilità di fare affidamento sul lavoro di cura svolto dai familiari, coloro che hanno un'istruzione più alta si rivolgono spesso al mercato per acquistare questi servizi (Szebehely e Trydegård, 2007). Dunque, il calo dei servizi a carico della fiscalità generale ha avuto conseguenze diverse per le persone anziane provenienti da gruppi sociali diversi, e anche per le loro famiglie.

L'informalizzazione e la privatizzazione, nella forma di un maggiore ricorso ai servizi acquistati privatamente, non costituiscono l'unico sviluppo degno di nota nel sistema svedese dei servizi alla persona. Anche il ruolo dei *fornitori* privati di servizi ha assunto un'importanza crescente, *all'interno* oltre che all'esterno del sistema di servizi alla persona finanziati e organizzati dal pubblico, come conseguenza di un insieme di cambiamenti nelle politiche che si sono verificati sin dai primi anni '90. Nel 1993, solo il 2% delle ore di assistenza domiciliare finanziate dal servizio pubblico veniva fornito da soggetti privati (Nbhw, 2003); entro il 2010, questa percentuale era aumentata fino al

19%; nel 2010, una percentuale simile, il 19%, degli anziani ospitati dai servizi residenziali, viveva in strutture gestite privatamente (Nbhw, 2011a). Tra le persone con disabilità al di sotto dei 65 anni che usufruiscono di questi servizi, il tasso di prestazioni erogate da soggetti privati è più alto: il 23% delle ore di assistenza domiciliare e il 28% dei posti letto in strutture residenziali sono forniti da privati (Nbhw, 2011a) mentre, tra coloro che hanno diritto ad un programma di assistenza individuale, poco più della metà (55%) ha usufruito di un servizio erogato da un fornitore privato (Swedish social insurance agency, 2011). Significativamente, questo aumento nell'erogazione dei servizi da parte di soggetti privati è attribuibile per intero a imprese *a scopo di lucro*: la percentuale di cooperative e altri soggetti senza scopo di lucro è rimasta stabile dai primi anni '90 a oggi. Inoltre, le grandi imprese private sono dominanti tra i fornitori privati a scopo di lucro. Nel 2008, le due aziende più grandi, Carema e Attendo, entrambe di proprietà di imprese internazionali di *private equity*, detenevano metà del mercato dell'assistenza agli anziani (Meagher e Szebehely, 2010).

RPS

Gabrielle Meagher, Marta Szebehely

4. Spiegare le trasformazioni del profilo delle politiche per la non autosufficienza in Svezia

La combinazione tra il calo della copertura dei servizi pubblici per gli anziani non autosufficienti in Svezia e l'emergere di nuove misure, ben finanziate, per sostenere alcuni gruppi di persone con disabilità significa che in Svezia il profilo degli utenti dei servizi per la non autosufficienza è cambiato notevolmente nel corso degli ultimi decenni. Anche se conseguenti alla diffusione di un orientamento favorevole al mercato e delle idee del *New public management* (nel senso generale di un atteggiamento sempre più sospettoso verso il settore pubblico e verso le sue modalità tradizionali di funzionamento da parte dell'élite politica), i cambiamenti spiegati in questo paragrafo sono in qualche misura separati dalle politiche di mercatizzazione che affronteremo più avanti. Molte di queste tendenze si possono spiegare in termini delle normali strategie con cui i governi di un sistema multi-livello spostano la destinazione dei fondi. Un altro fattore significativo è stato l'emergere di un forte movimento per i diritti dei disabili in Svezia durante gli anni '80, e il suo conseguente impatto. Riteniamo che la legge sulle disabilità, che ha trasformato in maniera fondamentale sia l'entità che la portata dei servizi disponibili per le persone che rientra-

no nei suoi parametri, costituisca un esempio di ciò che Streeck e Thelen (2005) chiamano «stratificazione».

4.1 Razionalizzare i servizi per gli anziani non autosufficienti

Dopo gli shock petroliferi degli anni '70, la Svezia è entrata negli anni '80 con la percentuale di persone anziane più alta del mondo, rispetto al totale della popolazione, e un deficit di bilancio che peggiorava invece di migliorare. All'epoca, gli economisti critici nei confronti delle dimensioni e del dominio del settore pubblico iniziarono a svolgere un ruolo molto più centrale nel confronto pubblico e politico, facendo aumentare la pressione sui conti pubblici. Tuttavia, come abbiamo osservato nel paragrafo precedente, le risorse destinate ai servizi per gli anziani non autosufficienti non diminuirono, piuttosto aumentarono; infatti, il numero di ore lavorate nei servizi di assistenza domiciliare è raddoppiato nel corso degli anni '80. Quello che è cambiato, nel nuovo clima economico e politico, è il tipo di bisogni che il sistema riconosceva, il tipo di servizi erogati alle persone anziane, e l'organizzazione del lavoro di cura e della forza lavoro in esso impiegata, come ricerche precedenti hanno dimostrato con chiarezza (Thorslund, 1991; Szebehely, 1995; Sundström e Malmberg, 1996). Nell'assistenza domiciliare, i servizi sono stati finalizzati in maniera più specifica verso le persone che avevano bisogni di cura maggiori, così che una percentuale inferiore di persone anziane riceveva un'assistenza più intensiva. Inoltre, è aumentata la percentuale di tempo che i lavoratori impiegati nello spazio domestico dedicavano al lavoro di cura della persona rispetto al lavoro domestico vero e proprio (Sundström e Malmberg, 1996, p. 73). Anche la priorità politica di «de-istituzionalizzare» ha contribuito al cambiamento del profilo dei bisogni tra gli utenti dell'assistenza domiciliare.

Non tutto l'aumento nelle ore calcolate dedicate ai servizi domiciliari è stato impiegato nel lavoro di cura rivolto a questa coorte di dimensioni più ridotte e decisamente più fragile. Con il sostegno del Sindacato dei lavoratori comunali, i servizi di assistenza domiciliare hanno acquisito professionalità, giacché i lavoratori di questo settore hanno conquistato diritti simili a quelli di cui altri professionisti godevano già da tempo (Liljeström e Özgald, 1980). Tra la metà degli anni '70 e la metà degli anni '80, il personale a tariffa oraria era già stato sostituito in gran parte da lavoratori dipendenti (prevalentemente in un regime di part-time) (Thorslund, 1991, p. 257). Questi dipendenti erano pa-

gati anche per il tempo impiegato a spostarsi dal domicilio di un utente all'altro, invece che essere pagati solamente per il tempo passato con gli utenti, e gli assistenti domiciliari hanno iniziato a partecipare ad incontri e corsi di formazione e supervisione, anche durante l'orario retribuito. Nell'insieme le ore di lavoro «indiretto» (ore di lavoro non trascorse con l'utente) sono aumentate dal 3 al 34% tra il 1970 e il 1987 (Szebehely, 1995, p. 61). Per quanto riguarda le modalità di finanziamento, è stato ridotto l'incentivo che obbligava i Comuni a contenere le ore di lavoro indiretto: tra il 1964 e il 1993, lo Stato finanziava il 35% dei salari degli assistenti domiciliari, tramite un sussidio statale finalizzato, e dal 1984 le ore di formazione potevano essere incluse. Sotto l'influenza delle idee del *New public management*, si è verificato il passaggio da un modello organizzativo maggiormente centrato sulla persona, in base al quale ciascun operatore era responsabile di un piccolo numero di utenti, ad una sorta di «catena di montaggio» di tipo tayloristico, in base alla quale un certo numero di lavoratori forniva congiuntamente servizi specifici ad un numero più ampio di utenti. Una conseguenza inaspettata di questa razionalizzazione del lavoro di cura è stato l'aumento del numero di ore da dedicare a compiti diversi dall'assistenza, quali la pianificazione e il coordinamento del lavoro (Szebehely, 1995, p. 61).

Nel corso degli anni '90, i servizi per gli anziani non autosufficienti hanno subito un'ulteriore pressione in conseguenza degli sviluppi generali delle finanze comunali e degli sviluppi specifici delle politiche in materia di sanità e assistenza sociale. La crisi economica dei primi anni '90 ha compresso le risorse per l'assistenza agli anziani, a causa della diminuzione del gettito fiscale dei Comuni e della maggiore richiesta di sussidi sociali, in conseguenza dell'aumento della disoccupazione, passata dall'1,7% nel 1990 all'8,3% nel 1993. Ma sono stati anche gli interventi attivi sulle politiche a trasformare le finanze delle amministrazioni locali in generale, e le modalità di finanziamento e di regolamentazione dei servizi per gli anziani non autosufficienti in particolare. Come parte della sua strategia di riduzione del deficit, nel 1991, il neoeletto governo di centrodestra approvò una legislazione che tagliava i finanziamenti alle amministrazioni locali e impediva ai Comuni di imporre le proprie tasse per compensare la perdita di contributi statali (Loughlin e al., 2005 p. 357). Questo efficace congelamento delle imposte non è stato abrogato fino al 1993³.

³ Inoltre, dopo il vero e proprio congelamento delle imposte, diverse iniziative

Inoltre, nel 1993, lo stesso governo ha cambiato la struttura dei finanziamenti statali ai Comuni, unificando i fondi finalizzati, destinati ad attività specifiche (come i salari per i lavoratori dell'assistenza domiciliare), in un singolo fondo globale per ciascun ente locale. Il «principio del pareggio finanziario», adottato anch'esso nel 1993, obbligava lo Stato a garantire che i Comuni avessero i mezzi (senza aumentare le tasse) per realizzare qualsiasi nuovo compito venisse delegato loro. Per dirla con le parole di Loughlin e colleghi (2005, p. 357) «questo principio non sempre è stato rispettato, almeno secondo quanto affermano i Comuni». Questi cambiamenti hanno assunto un particolare rilievo per l'assistenza agli anziani, giacché l'ambiziosa legge sulle disabilità sarebbe stata approvata l'anno seguente.

Nel 1993, il governo di centrodestra ha anche approvato la rimozione dei meccanismi di regolamentazione, da parte del governo centrale, delle tariffe a carico degli utenti anziani riscosse dai Comuni. I socialdemocratici si sono opposti alla deregolamentazione delle tariffe, e alla fine hanno invertito questa decisione nel 2002 con la riforma che istituiva un «tetto massimo» alle tariffe, come risposta alle richieste che le organizzazioni dei pensionati hanno ripetutamente avanzato nel corso degli anni (Feltenius, 2007, pp. 464-465). Nel frattempo, tuttavia, la deregolamentazione delle tariffe ha dato ai Comuni uno strumento per scoraggiare gli anziani con i redditi più alti ad utilizzare il servizio pubblico. La riforma, che metteva un tetto alle tariffe, era finalizzata a rendere i servizi per gli anziani non autosufficienti più accessibili alle fasce di reddito più basse (tramite un accantonamento di risorse) ma anche più attraenti per le fasce più alte (imponendo un tetto di spesa, attualmente fissato a 1.696 corone – 187 euro – al mese). Tuttavia, è improbabile che questa riforma sia riuscita ad impedire ai Comuni di utilizzare le tariffe a carico degli utenti come meccanismo di razionamento, soprattutto per indirizzare altrove gruppi più numerosi di anziani che necessitavano di una minore assistenza (Szebehely, 2005).

Le misure finalizzate a diverse forme di regolamentazione finanziaria hanno certamente esercitato un'ulteriore pressione sui servizi per gli anziani non autosufficienti erogati dai Comuni, come hanno fatto an-

del governo hanno imposto restrizioni all'entità degli aumenti delle tasse che i Comuni potevano attuare. Ad esempio, tra il 1997 e il 1999, i Comuni che avevano aumentato le proprie imposte dovevano pagare al governo una penale pari a metà dell'aumento delle entrate (Palme et al., 2003).

che le politiche specificamente orientate all'organizzazione dei servizi alla persona. Approvata da un Parlamento a maggioranza socialdemocratica nel 1990, e in vigore dal 1992, la Riforma Ädel ha trasferito la responsabilità delle strutture residenziali per anziani dal settore dell'assistenza sanitaria, amministrato e finanziato a livello di Contea, al settore dell'assistenza sociale, amministrato e finanziato a livello comunale. Questa riforma è stata il risultato di una lunga contesa tra gli schieramenti politici di destra e di sinistra e interna a essi, e di un «paese conflitto istituzionale» tra le Contee e i Comuni, che è durato più di un decennio (Lakomaa, 2009, pp. 139-150). In ultimo, ha coinvolto il lavoro di due commissioni per più di dieci anni. In base alla riforma, ai Comuni viene chiesto di pagare il ricovero delle persone anziane considerate dimettibili sul piano medico. Dato il costo relativo di un letto d'ospedale o di una casa di riposo, ciò crea un forte incentivo alla deospedalizzazione degli anziani. Lo scopo principale affermato dalla riforma è migliorare la qualità della vita della persone anziane tramite la «de-medicalizzazione» della loro assistenza. Tuttavia, la riforma è stata attuata proprio quando la Svezia precipitava in una recessione profonda, e l'attenzione si è spostata sulle sue potenzialità di risparmio dei costi, in un momento in cui si irrigidivano le misure di austerità di bilancio. Certamente, il numero di cosiddetti «*bed-blockers*», i pazienti cronici difficilmente dimettibili è diminuito nettamente (e anche il numero di posti letto). Tuttavia, questo cambiamento significava anche aumentare la probabilità che le persone che necessitavano di un'assistenza intensiva lasciassero l'ospedale, e queste persone si trovarono ad utilizzare una percentuale più alta delle già ridotte risorse comunali. Questo è un altro fattore che ha spinto all'esterno del sistema gruppi di persone anziane con un bisogno di assistenza inferiore (ma esistente).

4.2 Sostegno alle disabilità: creare un meccanismo di riequilibrio?

Uno dei cambiamenti legislativi più importanti sia per le persone anziane che per i disabili in Svezia, è stata l'introduzione della legge sulle disabilità nel 1993. La necessità di una riforma che garantisse la piena partecipazione delle persone disabili alla vita sociale, culturale ed economica, era stata riconosciuta sin dalla metà degli anni '60 (*National insurance board*, 2002, p. 20). Tuttavia, durante gli anni '70 e '80, una vasta gamma di soggetti, all'interno e all'esterno del sistema dei servizi sociali, sosteneva che lo standard di welfare per le persone disabili,

soprattutto per le persone con disabilità gravi, era rimasto indietro rispetto allo sviluppo della popolazione in generale. Diversi gruppi di attori rappresentavano diversi gruppi di disabili, in particolar modo quelli affetti da disturbi specifici di apprendimento da una parte, e i portatori di gravi disabilità fisiche dall'altra.

L'Associazione nazionale delle persone con disabilità intellettive (Fub), prevalentemente un'associazione di genitori, ha svolto un ruolo primario nell'ottenere che il sostegno alle persone con disturbi specifici di apprendimento ricevesse una priorità (Nbhw, 2009). Anche se la normalizzazione è sempre stata un obiettivo centrale dell'ideologia della Fub, in base al racconto della propria storia fatto dall'associazione stessa, la Fub si è battuta per ottenere il riconoscimento specifico delle persone con disturbi di apprendimento all'interno della legge sulle disabilità, contro la posizione opposta (anche interna al movimento dei disabili) che considerava discriminatorio il riconoscimento di gruppi specifici (Fub, 2007). All'interno del sistema dei servizi sociali, Karl Grunewald è stato un importante sostenitore della riforma dei servizi per le persone con disturbi specifici di apprendimento. Grunewald rivestiva diversi incarichi di rilievo nell'Ente nazionale per la salute e il welfare (*National board of health and welfare*), tra i quali era Direttore dei servizi di assistenza alle persone con ritardo mentale (come si chiamavano allora) negli anni '70. Come il Fub, egli era fortemente favorevole al fatto di riconoscere alle persone con disturbi specifici di apprendimento l'opportunità di vivere una «vita normale», e la de-istituzionalizzazione era un obiettivo specifico del suo attivismo (Grunewald, 1974). Grazie al lavoro di *advocacy* svolto dal Fub, insieme a quello di Grunewald, fu possibile ottenere che le persone con disturbi specifici di apprendimento venissero specificamente riconosciute all'interno della legge sulle disabilità.

Un'altra organizzazione che ha esercitato un'influenza notevole, dotata di forti connessioni all'interno del sistema politico, era il movimento per la vita indipendente (*Independent living movement*, Ilm), che promuoveva prevalentemente i diritti di persone adulte con disabilità fisiche notevoli. Il suo fondatore, Adolf Ratzka, uno svedese nato in Germania e reso gravemente disabile dalla polio in gioventù, aveva vissuto a lungo negli Stati Uniti durante gli anni '60, quando entrò in contatto con l'*Independent living movement*, facendo l'esperienza in prima persona dei servizi di assistenza personale gestiti autonomamente dalle persone disabili. Ratzka portò le idee dell'Ilm in Svezia dove, nel 1983 organizzò la prima conferenza svedese sulla vita indipendente e,

nello stesso anno, istituì un programma pilota di assistenza personale auto-organizzato a Stoccolma. In un manifesto, pubblicato nel 1984, Ratzka affermava che l'Ilm era legato ad altre lotte per i pari diritti, ed era influenzato dall'ideologia del movimento per la tutela dei consumatori, che «applicava alla disabilità il postulato per cui noi, disabili, siamo esperti della nostra vita [e] che abbiamo il diritto e la responsabilità di assumere il controllo sulla nostra vita» (Ratzka, 1984, p. 3). È significativo osservare che il manifesto di Ratzka afferma anche che «il movimento per la vita indipendente è favorevole alla de-professionalizzazione», e il suo racconto della storia dell'Ilm in Svezia critica direttamente i tentativi del Sindacato dei lavoratori comunali di professionalizzare i servizi alle persone con disabilità (Ratzka, 1986).

Nel 1986, quando era leader del Partito liberale in Svezia, Bengt Westerberg incontrò Ratzka per la prima volta. In un intervento alla conferenza per il venticinquesimo anniversario dell'Ilm in Svezia, nel 2008, Westerberg ha riferito di essere stato «profondamente ispirato da quell'incontro» (Westerberg, 2008). Nel corso degli anni successivi a quell'incontro Westerberg divenne un importante difensore dei programmi di assistenza personale per i disabili. Nel 1988, presentò una mozione in Parlamento che proponeva l'istituzione dei programmi di assistenza personale, ma poi fu sopraffatto dagli eventi. Bengt Lindqvist, ministro della Salute e degli Affari sociali nel governo socialdemocratico dell'epoca, aveva da poco nominato una commissione per esaminare la legislazione in materia di disabilità, con l'obiettivo di produrre delle raccomandazioni su come migliorare l'assistenza a queste persone (dir. 1988/53)⁴. Poiché le politiche sulla disabilità erano già in via di revisione, la mozione di Westerberg fu respinta.

Le indicazioni originali di Lindqvist alla commissione sottolineavano la necessità di individuare le possibilità di aumentare l'efficienza, nonostante la dichiarata ambizione di voler aumentare il sostegno alle persone disabili: con i rigidi regimi di bilancio imposti durante gli anni '80 tutte le nuove proposte dovevano essere finanziate entro le risorse pubbliche esistenti. Tuttavia, nel 1990, Lindqvist diede nuove istruzioni alla commissione, consentendole di proporre riforme che potevano costare più dei programmi preesistenti di assistenza ai disabili. Il nuovo indirizzo era il frutto di tre mozioni presentate da parlamentari

⁴ In Svezia, una commissione parlamentare viene nominata solitamente per approfondire un tema prima che un disegno di legge governativo venga presentato al Parlamento.

di centro, della sinistra comunista, e del Partito liberale, di cui l'ultima portava la firma di Bengt Westerberg, e tutte chiedevano che il lavoro della commissione non fosse sottoposto a restrizioni. La commissione presentò il suo rapporto all'inizio degli anni '90, quando era al potere un governo di centrodestra, con Bengt Westerberg come ministro della Salute e degli Affari sociali. Nel 1993, mentre il paese era ancora in una grave crisi economica, questo governo approvò la legge sulle disabilità, in cui i programmi di assistenza personale venivano a costituire l'elemento centrale delle nuove misure rivolte ad alcune persone con disabilità.

4.3 Competizione per le risorse? La stratificazione nelle politiche per la non autosufficienza

Una possibilità logica di cui il governo disponeva, per rispondere all'emergere di un forte movimento per i diritti dei disabili in Svezia, sarebbe stata quella di riformare la legge sui servizi sociali, specificando il diritto al sostegno per tutte le persone, di ogni età, con disabilità significative, sia congenite che acquisite. Eppure, questo non è stato l'approccio scelto dal governo. Invece di riformare una politica che includesse tutti i cittadini che avrebbero potuto trarre beneficio da un sostegno più esteso, il governo scelse di approvare misure separate che riguardavano solamente gruppi specifici di persone disabili non anziane, in quello che può essere letto come un nuovo «strato» nel sistema di assistenza sociale.

Streeck e Thelen (2005) definiscono «stratificazione» una forma di trasformazione istituzionale che si verifica quando le politiche adottate creano nuove strutture e pratiche organizzative (o «strati») che si aggiungono alle istituzioni esistenti, le quali sono più difficili da trasformare. Essi sostengono che, giacché il processo di «stratificazione» non attacca direttamente le istituzioni esistenti, esso ha minori probabilità di «provocare una mobilitazione di protesta da parte dei difensori dello status quo», anche se le nuove forme possono, tramite l'offerta di alternative a sotto-gruppi specifici, minare la fiducia nei confronti del sistema tradizionale. Dunque, sostengono Streeck e Thelen, nella misura in cui le nuove istituzioni possono «operare in base ad una logica differente e crescere più in fretta del sistema tradizionale, nel corso del tempo esse possono alterare in maniera sostanziale la traiettoria complessiva di sviluppo, mentre le vecchie istituzioni restano stagnanti o perdono terreno e le nuove

assumono un ruolo ancora più predominante nel governare i comportamenti individuali».

La legge sulle disabilità consentiva ai decisori politici di rispondere ai bisogni di un gruppo sociale specifico (le persone al di sotto dei 65 anni con disabilità specifiche e gravi). Giacché i servizi coperti dalla legge sono rivolti esplicitamente alle persone al di sotto dei 65 anni⁵, in un contesto di crescita della popolazione anziana, questo approccio consentiva anche al governo di contenere la domanda di servizi costosi proveniente da un altro gruppo di persone con bisogni presumibilmente simili (le persone con disabilità significative acquisite dopo il sessantacinquesimo anno di età). Le nuove strutture e pratiche istituite da questa legge sono governate da logiche differenti da quelle riscontrabili nella Ssa (gli obiettivi della legge sulle disabilità sono più ambiziosi di quelli previsti dalla Ssa, inoltre la legge sulle disabilità conferisce diritti ai servizi, mentre la Ssa riconosce solamente il diritto alla valutazione dei bisogni e a fare ricorso), e i due sistemi si sono evoluti in maniera divergente (l'entità dei provvedimenti adottati in base alla legge sulle disabilità è aumentata, mentre quella dei provvedimenti adottati in base alla Ssa è diminuita). Inoltre, ci sono elementi che dimostrerebbero che l'aumento della spesa per i servizi per i disabili sia direttamente correlato al ridimensionamento dei servizi per gli anziani non autosufficienti, tramite il meccanismo di sbilanciamento della crescita individuato da Streeck e Thelen. Utilizzando i dati di 288 Comuni svedesi per il periodo che va dal 1998 al 2007, Birkelöf (2009) ha scoperto che la rapida crescita della spesa per i servizi destinati alle persone disabili previsti dalla legge sulle disabilità (Lss) aveva prodotto un impoverimento delle risorse destinate ai servizi per anziani e disabili previste dalla legge sui servizi sociali⁶. Con un'impostazione che teneva sotto controllo fattori quali la struttura della popolazione in base all'età, la portata della base imponibile e i livelli di indebita-

⁵ Le persone che iniziano ad accedere ai servizi prima di aver compiuto 65 anni possono scegliere di mantenere il livello (tipicamente molto più alto) di servizi di cui godevano in base alla legge sulle disabilità, invece che essere trasferite ai servizi per gli anziani non autosufficienti. Tuttavia, se hanno un programma di assistenza personale, non possono richiedere alcun aumento del servizio offerto, anche se i loro bisogni cambiano.

⁶ La ricerca ha dimostrato che la spesa per la Lss aveva un impatto negativo anche sulla spesa per l'istruzione, ma non sulla spesa relativa ad altre responsabilità sociali dei Comuni, compresi i servizi per l'infanzia, l'assistenza sociale e le attività culturali e di intrattenimento (Birkelöf, 2009, p. 21).

mento a lungo termine dei Comuni, la ricerca ha dimostrato che, per ogni aumento di 100 corone della spesa destinata alla Lss, la spesa destinata ai servizi per le persone anziane e disabili previsti dalla Ssa diminuiva di 42 corone.

In sintesi, all'interno del sistema dei servizi per la non autosufficienza, la stratificazione dei servizi per i disabili ha determinato un aumento della spesa pubblica e una diminuzione del carico di lavoro per le famiglie tra coloro che rientravano nei parametri della legge, mentre la razionalizzazione ha portato ad una diminuzione della spesa e della copertura per quanto riguarda i servizi per gli anziani, in un processo che trasferiva i carichi di lavoro sulle famiglie e sul mercato privato⁷ (vedi anche Szebehely e Trydegård, 2007). Se da una parte i decisori politici hanno intenzionalmente prodotto i cambiamenti ai servizi per disabili, dall'altra essi non hanno esplicitamente mirato all'informalizzazione del lavoro di cura degli anziani non autosufficienti, o (prima del 2007) alla sua messa in vendita sul mercato privato, al di fuori del sistema dei servizi sociali.

5. Spiegare la mercatizzazione dei servizi per la non autosufficienza in Svezia

Il rapido emergere e il consolidamento di un settore privato è un fenomeno degno di nota nel caso svedese, perché lo sviluppo dei servizi pubblici in Svezia ha avuto dimensioni notevoli in chiave comparativa, e perché questi servizi hanno svolto un ruolo così centrale nell'idea di Svezia come welfare state universale o socialdemocratico (vedi ad esempio Sipilä, 1997). Questo paragrafo spiega l'introduzione di meccanismi basati sulla concorrenza e la diffusione dei fornitori privati all'interno dei servizi di assistenza agli anziani a carico della fiscalità generale, in quanto processo di *sostituzione invasiva* dell'organizzazione tradizionale del settore pubblico con la *stratificazione* di misure di mercato in aggiunta alle organizzazioni del settore pubblico, che in seguito ha amplificato il processo di mercatizzazione.

⁷ Le persone al di sotto dei 65 anni che necessitano di un'assistenza inferiore e che non rientrano nei parametri della legge sulle disabilità fanno affidamento, come le persone più anziane, sui servizi previsti dalla Ssa, o sul lavoro di cura informale o fornito privatamente, e hanno subito conseguenze analoghe.

5.1 Il processo di sostituzione nel settore pubblico: le prime riforme a favore del mercato

Streeck e Thelen (2005) spiegano la sostituzione (*displacement*) come un processo di cambiamento istituzionale che si verifica quando «emergono e si diffondono nuovi modelli che mettono in discussione le forme e le pratiche gestionali esistenti, che in precedenza erano state date per scontate». I nuovi modelli non emergono da soli: nel caso della sostituzione invasiva, sostengono Streeck e Thelen, il cambiamento coinvolge «un intervento attivo da parte degli “enterprising actors”, che importano e coltivano istituzioni e pratiche “straniere”». Utilizzando il concetto di Streeck e Thelen, tenteremo di spiegare quali forme e pratiche siano state messe in discussione in Svezia. Ci chiederemo quali «assetti gestionali tradizionali» siano stati «messi in discussione» e quali «nuove istituzioni» e «modelli comportamentali» siano stati creati, e da chi.

Lo stato sociale svedese, nel suo assetto tradizionale postbellico, prima della sua parziale sostituzione grazie all'introduzione delle politiche per incentivare la concorrenza e la libertà di scelta, è sintetizzato da Blomqvist (2004) come un insieme di servizi finanziati ed erogati pubblicamente, che offrivano prestazioni di alta qualità a tutti i cittadini. Il fatto che questi servizi fossero *pubblici* rivestiva un'importanza fondamentale per i riformatori socialdemocratici: «solo erogando *in forma diretta* i servizi, lo Stato poteva garantire l'accesso a servizi sociali di alta qualità a tutti i cittadini», realizzando sia l'uguaglianza che la libertà dal mercato. L'universalità di servizi di alta qualità aveva anche un obiettivo politico, finalizzato a mantenere «un ampio consenso politico per il sistema di stato sociale» garantendo che le offerte attraessero *tutti* i cittadini, compresa la classe media (Blomqvist, 2004, pp. 143-144). I modelli comportamentali tipici dell'erogazione pubblica istituzionalizzata si basavano su un alto livello di fiducia nella professionalità dei lavoratori del settore pubblico, e nella gestione e supervisione democratica dei servizi a livello locale. In pratica, nell'assistenza domiciliare, questo significava che gli assistenti domiciliari avevano lo spazio per negoziare con i loro utenti quali compiti avrebbero svolto e come (Szebehely, 1995; Eliasson-Lappalainen e Motevasel, 1997).

Nel dibattito interno alle élite, l'erogazione pubblica e la cittadinanza attiva erano al centro del mirino sin dagli anni '80 nel contesto del welfare state svedese, e da allora sono state approvate una serie di po-

RPS

Gabrielle Meagher, Marta Szebehely

litiche, proposte come «soluzioni» ai nuovi «problemi» che l'erogazione pubblica poneva all'economia e alla società svedese (Antman, 1994; Montin ed Elander, 1995; Green-Pedersen, 2002; Blomqvist, 2004). Molte delle riforme che hanno profondamente trasformato i servizi per gli anziani non autosufficienti riguardavano l'attività degli enti locali in generale, e con la loro entrata in vigore hanno travolto anche l'assistenza agli anziani. È significativo osservare che sia i governi di destra che quelli di sinistra hanno approvato politiche favorevoli al mercato, anche se gli obiettivi e l'intensità delle trasformazioni prodotte dai governi di destra e di sinistra differivano in una certa misura.

Il processo legislativo delle riforme favorevoli al mercato è iniziato a metà degli anni '80, con un governo socialdemocratico, che ha adottato alcune misure per promuovere la concorrenza nel settore pubblico, con l'obiettivo di aumentarne l'efficienza e la qualità. Questo cambiamento di orientamento è dipeso sia da forze esterne (esogene), che interne (endogene).

Esternamente, ciò che Streeck e Thelen chiamano «*enterprising actors*» – in questo caso il partito conservatore, la più importante organizzazione degli imprenditori, la Saf (la Confederazione degli imprenditori svedesi, oggi chiamata Confederazione svedese dell'impresa), e gli economisti di ambiente universitario e di orientamento neoclassico, che avevano iniziato a coltivare e importare idee estranee all'impostazione tradizionale. Ispirato da Thatcher e Reagan, il Congresso della Saf del 1980 espresse il più forte attacco neoliberista al welfare state dopo la seconda guerra mondiale, esprimendosi a favore delle dinamiche di mercato e della privatizzazione dei servizi pubblici (Antman, 1994; Svallfors, 1989). Nuovi modelli comportamentali, basati su una scarsa fiducia nei confronti del servizio pubblico, sottostavano alle proposte di nuovi assetti istituzionali, che comprendevano forme di esternalizzazione tra l'acquirente pubblico e l'erogatore privato. I modelli comportamentali basati sulla concorrenza, piuttosto che sulla fiducia e la professionalità, alimentavano gli obiettivi di efficienza e qualità, conducendo idealmente al ridimensionamento del settore pubblico.

Nel corso degli anni seguenti, la Saf ha consolidato la sua strategia invasiva, aumentando significativamente le risorse destinate alle attività di propaganda, portando parallelamente a termine il suo allontanamento dalla dinamica precedente, che si basava sul consenso tra governo e parti sociali (ossia tra Stato, lavoro e capitale) in materia di economia e stato sociale (Blyth, 2001; Ryner, 2002). Le attività di pro-

paganda della Saf includevano la sponsorizzazione di *think tank* favorevoli al mercato, quali Sns e Timbro. Tramite pubblicazioni e seminari che attraevano economisti di ambiente accademico, personaggi influenti dell'opinione pubblica, e figure di spicco degli enti pubblici, soprattutto del Ministero delle Finanze e della Banca di Svezia, questi *think tank* divennero «agenti vitali di promozione del cambiamento» (Blyth, 2001, p. 16; cfr. anche Ryner, 2002, p. 175). Promossa attivamente da Timbro, la critica nei confronti del settore pubblico ebbe una forte presa sui media (Blyth, 2001, p. 19). Si imputava al welfare state di essere fondato sugli sprechi, eccessivamente burocratizzato e, soprattutto, di privare il popolo svedese del suo diritto a scegliere liberamente i servizi di propria preferenza (Montin ed Elander, 1995). Queste iniziative contribuirono a creare un terreno in cui economisti, politici, e opinionisti si unirono in una comunità epistemica, centrata sulle idee economiche neoclassiche e del *New public management*. Questa comunità epistemica fornì un'autorità intellettuale agli interessi privati del grande capitale svedese, costituendo un'efficace «forza d'invasione», che tentava di screditare le istituzioni tradizionali del welfare state svedese.

Abbiamo osservato in precedenza che i governi socialdemocratici hanno approvato misure che hanno svolto un ruolo fondamentale nell'apertura del settore pubblico alla concorrenza e ai fornitori privati, e che i fattori interni sono importanti. Streeck e Thelen sostengono che «il cambiamento di natura esogena è promosso da forze endogene che spingono nella stessa direzione ma che necessitano di essere attivate da un contributo esterno» (2005, p. 32, corsivo nostro). In questo caso, i responsabili delle politiche economiche governative hanno agito come una forza endogena, attivata dagli scambi con gli economisti di ambiente accademico, all'interno delle organizzazioni internazionali (quali l'Ocse) e dei forum organizzati da Sns e Timbro (Ryner, 2002, p. 175). Il ruolo cruciale degli economisti di area socialdemocratica è divenuto evidente nel 1980 – l'anno del congresso della Saf – quando il Partito socialdemocratico istituì una «commissione interna sulla crisi» per analizzare la seconda sconfitta elettorale del partito nel 1979. Il gruppo sulla crisi era fortemente dominato dagli studiosi di economia, e il suo lavoro segna un punto di inizio della mercatizzazione delle politiche sociali svedesi. I socialdemocratici tornarono al potere nel 1982, e Kjell-Olof Feldt, economista di formazione neoclassica, nonché promotore di spicco della riforma del settore pubblico, fu nominato ministro delle Finanze (1982-1990) (Ryner, 2002, pp. 181-184). Tra le

sue azioni, Feldt «triplicò il numero di economisti di ambiente accademico tra i massimi consulenti del Ministero delle Finanze» (Korpi, 1996, pp. 1729 ss.). Nell'arco di pochi anni, gli esperti di economia interni o vicini al Ministero delle Finanze pubblicarono molti rapporti favorevoli ad una riorganizzazione del settore pubblico nella direzione di un'apertura al mercato (Antman, 1994). Senza dubbio, nella seconda metà degli anni '80, «quasi tutte le pubblicazioni del Ministero delle Finanze iniziarono a sostenere l'introduzione di diversi tipi di cosiddette misure di "quasi-mercato" nel settore dei servizi sociali» (Blomqvist, 2004)⁸.

Un esempio dell'impatto degli esperti di economia del Ministero delle Finanze sulle politiche sociali è la Commissione sulla concorrenza, nominata nel 1989 dal Ministero degli Affari civili del governo socialdemocratico. La commissione inizialmente era focalizzata sul settore privato, ma nel 1991 ricevette ulteriori istruzioni dal Ministero per indagare in che misura l'aumento dell'efficienza, dovuto all'introduzione della concorrenza, avrebbe stimolato lo sviluppo del settore pubblico. L'orientamento favorevole al mercato degli economisti del Ministero delle Finanze si fece sentire all'interno della commissione, tramite le note d'indirizzo del ministro, che facevano riferimento alla recente proposta di legge finanziaria in cui si sosteneva un aumento della competitività e «l'adozione di logiche di mercato tramite la distinzione tra acquirenti e fornitori» (disegno di legge governativo 1990-91/100, appendice 2, pp. 33-34). Quest'idea fu perseguita anche prima che il rapporto della Commissione sulla concorrenza venisse pubblicato, all'interno della nuova legge sui Comuni approvata dalla maggioranza socialdemocratica nel 1991. La legge consentiva ai Comuni di introdurre una distinzione tra acquirenti e fornitori, e di esternalizzare ai privati la fornitura di servizi⁹.

Il rapporto della Commissione sulla concorrenza (Sou 1991/104) fu

⁸ Di particolare importanza in questo senso fu la *Long-Term Survey* del 1987, che suggerì sia l'introduzione di un tetto alle tasse che l'introduzione di meccanismi di mercato, quali la distinzione tra acquirenti e fornitori, e che le imprese private potessero competere con i fornitori pubblici. L'argomento a favore era che «la libera scelta dei consumatori servirà a dimostrare quali siano le forme organizzative migliori per erogare un servizio, secondo i desideri del consumatore» (Sou 1987/3, p. 178).

⁹ Lo stesso ministro si era occupato di entrambe le istanze: Bengt K.Å. Johansson, ministro degli Affari civili, ex vice ministro delle Finanze.

pubblicato a novembre del 1991, subito dopo la sconfitta elettorale dei socialdemocratici, e la proclamazione, da parte del nuovo governo conservatore di una «Rivoluzione della libera scelta». Nel 1992, il governo presentò una proposta (disegno di legge governativo 1992-93/43) basata sulla relazione della Commissione, che proponeva ulteriori chiarimenti sul diritto dei Comuni di esternalizzare i servizi. La proposta, e la maniera in cui fu accolta da parte dei socialdemocratici, rivelano qualcosa sulle politiche di privatizzazione. I socialdemocratici non si opposero né alla concorrenza, né all'introduzione delle imprese a scopo di lucro nell'erogazione dei servizi sociali. Piuttosto, essi obiettarono che questi chiarimenti non erano necessari per la mercatizzazione, giacché la legge sui Comuni – approvata dai socialdemocratici – già consentiva agli enti locali di appaltare i servizi sociali a soggetti terzi. Essi espressero solamente la paura che gli emendamenti proposti determinassero, non una dinamica concorrenziale, ma un monopolio dei privati. Come osservato da Montin ed Elander (1995, p. 38) «prima delle elezioni del 1991, nel governo era dominante una concezione pragmatica e apolitica delle privatizzazioni. Quando la maggioranza non socialista andò al potere dopo le elezioni, il governo precedente aveva già parzialmente aperto la strada a ulteriori privatizzazioni».

Il paragone con la Danimarca getta ulteriore luce sulle riforme svedesi di apertura al mercato. In Danimarca, l'impatto del *New public management* (Npm) o delle riforme favorevoli al mercato è stato molto più smorzato che in Svezia, anche se la Danimarca ha avuto periodi più lunghi di governo non socialdemocratico. Green-Pedersen (2002) spiega questa differenza con la posizione del Partito socialdemocratico svedese sulla mercatizzazione. Come osservato da Green-Pedersen: «Normalmente, sono i partiti di destra quelli dai quali ci si aspettano proposte di riforma orientate in direzione del Npm» (2002, p. 274), dunque il sostegno dei socialdemocratici diventa cruciale per l'approvazione delle riforme che introducono meccanismi di mercato – e necessita di qualche spiegazione. Negli anni '80, sotto l'influenza della comunità epistemica sopra descritta, i socialdemocratici svedesi (al contrario dei danesi) avevano iniziato a considerare il settore pubblico come «parte del problema, non la soluzione» (Antman, 1994, p. 20). Una volta che i partiti socialdemocratici hanno accolto positivamente le riforme del Npm, conclude Green-Pedersen «diventa difficile per loro passare ad una posizione contraria» (2002, pp. 274-275). Avendo aperto la strada al processo di mercatizzazione, i socialdemocratici

svedesi si sono trovati privi di argomentazioni forti per combattere la «rivoluzione della libera scelta» attuata dal governo non socialista nel 1991. Le riforme di apertura al mercato adottate dal governo non socialista tra il 1991 e il 1994 seguivano la strada che i socialdemocratici avevano tracciato (Green-Pedersen, 2002), e «il ritorno al governo dei socialdemocratici con le elezioni del 1994 [...] non segnò un ritorno significativo al sistema precedente» (Palme e al., 2003, p. 82).

Tra il 1994 e il 2006, quando la coalizione di centrodestra è andata nuovamente al governo, si è verificata una lenta ma costante introduzione dei principi di mercato e della presenza dei privati nei servizi sociali finanziati tramite la fiscalità generale. Nel 1993, l'anno seguente all'introduzione della possibilità di adottare un modello basato sulla distinzione acquirente/fornitore, il 10% dei Comuni aveva optato per questa scelta; entro il 2003, più dell'80% dei Comuni aveva introdotto il nuovo modello istituzionale (Gustafsson e Szebehely, 2009), e la proporzione di aziende private a scopo di lucro tra i fornitori aveva iniziato la sua parabola ascendente.

Il fatto che la mercatizzazione dei servizi per la non autosufficienza in Svezia sia iniziata nella forma di gare d'appalto per le strutture residenziali e le aree geografiche per l'assistenza domiciliare di grandi dimensioni, piuttosto che con un modello basato sulla libera scelta del fornitore, è importante per spiegare la struttura oligopolistica dell'erogazione privata dei servizi, con il dominio di due fornitori. Durante la recessione dei primi anni '90, era dominante la concorrenza sui prezzi, piuttosto che sulla qualità (Edebalk e Svensson, 2005). Ciò ha dato un vantaggio alle grandi aziende a scopo di lucro, con la loro maggiore capacità di gestire le offerte d'appalto, rispetto alle piccole imprese o alle organizzazioni non-profit. Le organizzazioni più grandi potevano anche, se necessario, fare un'offerta al ribasso, per entrare nel mercato (Sou 2007/37). Una volta inseritasi, è relativamente facile per una grande impresa continuare a crescere tramite ulteriori acquisizioni.

5.2 Consolidare il modello di mercato: nuovi strati, nuovi modelli comportamentali, nuove dinamiche di sistema?

La mercatizzazione ha accelerato il passo con il nuovo cambio di governo nell'autunno del 2006, quando sono stati introdotti nuovi modelli comportamentali e nuove dinamiche di sistema, tramite un processo di stratificazione. Il nuovo governo di centrodestra non ha pro-

clamato una «rivoluzione della libera scelta», ma le sue intenzioni in questo senso sono emerse chiaramente nella primavera del 2007, quando il vice ministro della Sanità e degli Affari sociali ha nominato una «Commissione sulla libera scelta». L'incarico della Commissione era di proporre una nuova legislazione per facilitare ai Comuni il compito di introdurre modelli basati sulla libera scelta del fornitore nei servizi per gli anziani non autosufficienti e i disabili. Questo processo è stato veloce: il rapporto della commissione (Sou 2008/15) è stato pubblicato a febbraio del 2008; sei mesi dopo, il disegno di legge governativo 2008-09/29 è stato presentato al Parlamento, e la nuova legislazione chiamata «Legge sui sistemi basati sulla libera scelta» è entrata in vigore il 1° gennaio 2009. Come sostenuto dalla Commissione, cui faceva eco il ministro, l'obiettivo di questa legislazione era «trasferire potere dai politici ai cittadini, per dare agli utenti più potere e possibilità di scelta e promuovere una varietà di fornitori» (Sou 2008/15, p. 27).

La nuova legge incoraggia i Comuni a introdurre modelli basati sulla libera scelta del fornitore da parte del consumatore, con un sistema di «quasi-voucher». Il cambiamento legislativo è stato accompagnato da incentivi finanziari per i Comuni che introducevano il modello basato sulla libera scelta del fornitore. Ci riferiamo all'introduzione di questa normativa come ad un processo di «stratificazione», perché l'intenzione espressa non è di *sostituire* il vecchio sistema con il nuovo; piuttosto il nuovo sistema deve «funzionare come uno strumento volontario» per sviluppare il modello di mercato. L'erogazione «diretta» (pubblica) da parte dei Comuni resta una delle «alternative a disposizione dell'autorità pubblica» secondo la legge, insieme alle forme basate sulla distinzione acquirente/fornitore introdotte nel 1992 (Sou 2008/15, p. 28), e al nuovo «strato» fondato sulla libera scelta del fornitore da parte del consumatore. Anche se il nuovo sistema non ha ancora sostituito il vecchio, un obiettivo primario della legge è promuovere la «crescita differenziale», che secondo Streeck e Thelen è centrale nelle dinamiche di trasformazione del sistema caratteristiche della stratificazione istituzionale. Due aspetti della nuova legislazione sono finalizzati a sortire questo effetto. Uno è che le barriere all'ingresso degli erogatori privati, all'interno dei sistemi fondati sulla scelta del fornitore da parte del consumatore, non devono essere troppo grandi, al fine di incoraggiare l'ingresso di una variegata gamma di fornitori privati; come sostiene la commissione: «Più alti sono i requisiti stabiliti, minore sarà il numero di aziende che saranno interessate a

RPS

Gabrielle Meagher, Marta Szebehely

stipulare un accordo con l'ente pubblico» (Sou, 2008/15, p. 29). Il secondo aspetto si basa sul fatto che, all'interno del modello basato sulla libera scelta, solo gli erogatori privati possono offrire servizi aggiuntivi, con i quali i clienti possono «integrare in senso migliorativo» l'offerta pubblica basata sulla valutazione dei bisogni. Un obiettivo esplicito di questo trattamento preferenziale per i fornitori privati è incoraggiare la crescita di «piccole imprese» e consentire loro di «aumentare la propria operatività e redditività» (disegno di legge governativo 2008-09/29, p. 123). La Commissione ha preso in considerazione l'ipotesi di dare ai servizi pubblici la possibilità di offrire «servizi extra», ma l'ha esclusa: «L'opzione per i Comuni di offrire servizi extra può avere conseguenze negative per le piccole imprese, inclusa l'imprenditoria femminile, proprio coloro che, invece, la legge sulla libera scelta si propone di sostenere» (Sou 2008/15, p. 34).

Il modello comportamentale proposto dalla nuova legislazione è piuttosto diverso da quello previsto dalle prime riforme di mercato che avevano introdotto la distinzione tra acquirente ed erogatore. La logica sottostante alle prime riforme interveniva interamente sul fronte dell'erogazione, per mobilitare una dinamica competitiva nel settore pubblico e/o tra privati. La nuova legge tenta di introdurre nel processo competitivo anche il fronte della *domanda*, consentendo ai consumatori, e anche agli enti pubblici che acquistano i servizi, di avere un controllo sull'offerta di servizi. La Commissione, e anche il ministro, hanno espresso grandi aspettative sulla possibilità di migliorare la qualità dei servizi introducendo questo nuovo meccanismo di mercato sul fronte della domanda: «Il nucleo centrale del sistema è l'opportunità per l'individuo di scegliere e scegliere nuovamente, opportunità che è finalizzata a contribuire a mantenere e a sviluppare ulteriormente la qualità dei servizi erogati» (Sou, 2008/15, p. 32)¹⁰.

I fatti sembrano suggerire che la fiducia del Ministro nella libera scelta del fornitore come motore principale della qualità potrebbe essere stata malriposta, quanto meno perché la maggior parte degli utenti dei servizi sono riluttanti a cambiare fornitore. Da una ricerca recente è emerso che solo il 4% degli utenti più anziani dell'assistenza domiciliare, all'interno di Comuni in cui vigeva un regime basato sulla libera scelta del fornitore, hanno effettivamente cambiato il proprio erogatore nel 2009, e un cambiamento su cinque dipendeva dal fatto che il

¹⁰ In contrasto con il mercato «reale», il prezzo viene stabilito in anticipo; dunque ai fornitori viene richiesto di competere solo in termini di qualità.

vecchio fornitore aveva chiuso (Svensson ed Edebalk, 2010). Un'altra ragione frequente per cambiare il fornitore dei servizi di assistenza domiciliare è che l'assistente domiciliare che seguiva abitualmente la persona anziana aveva cambiato datore di lavoro (Fried, 2007, p. 31). In pratica, l'ambizione di un *empowerment* delle persone anziane, dando loro il diritto di scegliere, potrebbe aver sortito l'effetto contrario – almeno per le persone con meno risorse. L'«*ombudsman*» che si occupa dei servizi per gli anziani a Stoccolma (dove la *costumer choice* e l'erogazione privata sono molto sviluppati) osserva che alle persone anziane che presentano un reclamo ai funzionari municipali viene consigliato di scegliere un altro fornitore. Ma ciò che le persone anziane chiedono è che le proprie rimostranze ricevano la giusta attenzione, senza bisogno di cambiare erogatore; essi sentono che l'autorità locale non si sta assumendo la responsabilità di garantire a tutti gli individui un'assistenza di alta qualità (Stockholms stad, 2010, p. 11). Inoltre, mentre un modello basato sulla scelta del fornitore si adatta abbastanza bene alle aspirazioni e alle richieste del movimento per la vita indipendente, specialmente per quanto riguarda i programmi di assistenza individuale, non ci sono prove del fatto che le persone anziane e le loro organizzazioni si siano fatti promotori di questo modello di servizi (Edebalk e Svensson, 2005). Dalle ricerche emerge che, anche se alcune persone anziane apprezzano di essere messe in condizione di scegliersi un fornitore, molti trovano la scelta stressante, e la maggior parte ritiene che sia più importante essere messi in condizione di influenzare le prestazioni effettivamente erogate loro (Hjalmarsson, 2003; Hjalmarsson e Norman, 2004).

Dunque, la maggiore attenzione ai diritti dei consumatori e alla libertà di scelta potrebbe avere conseguenze differenti per gruppi sociali differenti. In confronto alle persone giovani con disabilità fisiche, le persone anziane fragili sono, in termini generali, meno preparate ad agire in qualità di consumatori. Di conseguenza, quando i Comuni svedesi introducono modelli basati sulla libera scelta e tendono a lasciare una parte del controllo sulla qualità ai «clienti» più anziani, facendo affidamento sulle loro risorse attive, in termini di scelte e rimostranze, ciò presenta il rischio evidente di aumentare le disuguaglianze (Swedish competition authority, 2009; Winbladh e al., 2009; Svensson ed Edebalk, 2010). Le persone con più risorse, come un livello di istruzione più alta, avranno maggiori probabilità di orientarsi nel nuovo panorama del mercato dell'assistenza (Nbhw, 2011b).

L'introduzione di un modello basato sulla scelta del fornitore nei ser-

RPS

Gabrielle Meagher, Marta Szebehely

vizi finanziati pubblicamente si combina con un'altra misura introdotta 18 mesi prima, quale altra riforma in direzione di una «stratificazione», che promuove lo sviluppo dei servizi privati per gli anziani non autosufficienti. A luglio del 2007, il governo di centrodestra ha introdotto alcune detrazioni fiscali sul lavoro domestico e di cura della persona. In base a questa riforma, i contribuenti hanno diritto di detrarre il 50% del costo dei servizi di lavoro domestico fino a 100.000 corone (quasi 11.000 euro) annui a persona, se l'azienda erogatrice di questi servizi dispone della necessaria certificazione fiscale. I servizi possono essere stati erogati all'interno del domicilio privato dell'avente diritto o, elemento importante, nel domicilio di un genitore. Il governo ha espresso molti obiettivi quando ha introdotto questi sgravi fiscali, compresa la parità di genere (ridurre il carico di lavoro domestico e di cura dei genitori, che ricade prevalentemente sulle donne), «l'emersione del sommerso», e la promozione delle piccole imprese (disegno di legge governativo 2006-07/94).

Queste detrazioni fiscali sono disponibili per tutti i gruppi d'età e non fanno parte delle politiche per gli anziani non autosufficienti. Eppure, si tratta di una misura che interagisce palesemente con il sistema dell'assistenza agli anziani. Nella grande maggioranza dei Comuni, per le persone anziane che necessitano di un livello di assistenza relativamente basso e con redditi medio alti, diventa più conveniente utilizzare le detrazioni per acquistare i servizi sul mercato privato, piuttosto che utilizzare i servizi di assistenza forniti dai Comuni. (Questi cittadini ricevono un sostegno da parte dello Stato attraverso l'Agenzia delle entrate, invece che un sostegno da parte dei Comuni attraverso i servizi sociali.) Per coloro che scelgono un erogatore privato per soddisfare i propri bisogni di assistenza domiciliare riconosciuti dal servizio pubblico, le detrazioni dimezzano il costo dei «servizi extra». In pratica, la combinazione tra i modelli basati sulla scelta del fornitore e le detrazioni crea un incentivo per gli anziani benestanti a scegliere i fornitori privati per i propri servizi di assistenza domiciliare finanziati tramite la fiscalità generale e basati su bisogni riconosciuti dall'autorità pubblica, che essi possono integrare acquistando servizi extra dallo stesso erogatore, e pagando la metà del costo effettivo grazie alle detrazioni fiscali. Per lo stesso gruppo sociale di anziani, ma con bisogni inferiori, lo sgravio fiscale serve come incentivo per sottrarsi totalmente dai servizi pubblici di assistenza domiciliare e acquistare servizi privati al loro posto.

Esistono prove di un aumento del ricorso ai servizi di assistenza do-

miciliare acquistati privatamente in Svezia, ora ulteriormente incoraggiato dall'introduzione delle detrazioni fiscali. Tuttavia, in confronto ai servizi di assistenza domiciliare finanziati tramite la fiscalità generale, la detrazione è ancora utilizzata da un numero inferiore di persone anziane (il 3,5% delle persone dai 65 anni in su nel 2009, in aumento rispetto all'1,7% nel 2008), in confronto al 9% di utenti dei servizi di assistenza domiciliare basati sulla valutazione dei bisogni ed erogati da soggetti pubblici o privati¹¹. Anche il profilo di reddito varia: la detrazione viene utilizzata prevalentemente dagli anziani con redditi alti, mentre i servizi di assistenza domiciliare sono (ad oggi) utilizzati da tutti i gruppi sociali. (Statistics Sweden, 2011; Nbhv, 2010). Nel 2009, il 10% degli anziani con un reddito annuo alto (più di 500.000 corone) aveva usufruito della detrazione, in confronto al 2% degli anziani con un reddito basso (meno di 120.000 corone). Inoltre, anche se le detrazioni medie annuali erano piuttosto basse (una media di 2.900 corone, che servirebbero ad acquistare circa 20 ore di lavoro), le persone anziane con un reddito più alto avevano detratto circa il doppio di coloro che avevano un reddito più basso. Infine, questo provvedimento sta diventando sempre più costoso: i dati preliminari per il 2010 riportano una spesa di 1,3 miliardi di corone, un aumento rispetto ai circa 450 milioni del 2008 (Sköld e Heggemann, 2011).

Un elemento chiave della «stratificazione» derivante dall'introduzione della *costumer choice* e delle detrazioni è che le persone anziane con un reddito buono e che necessitano di cure più intensive possono utilizzare gli sgravi per usufruire di servizi integrativi erogati dallo stesso personale che fornisce loro i servizi finanziati dai Comuni – se hanno scelto un erogatore privato. Come evidenziato da Streeck e Thelen, citando Rothstein sul caso svedese, il rischio è di perdere la classe media come base di sostegno e bacino d'utenza dei servizi pubblici. Anche se i servizi erogati e finanziati dal pubblico non sono stati aboliti, né dichiarati residuali, la stratificazione di servizi basati sulla libera scelta del fornitore e le detrazioni alle famiglie promuovono una polarizzazione all'interno del sistema di assistenza agli anziani, tale che essi rischiano di trasformarsi in servizi residuali per i poveri.

¹¹ Giacché la detrazione viene offerta a tutti gli acquirenti dei servizi di lavoro domestico e di cura della persona, senza una valutazione dei bisogni, non è possibile stabilire se questi acquisti siano una sostituzione diretta dei servizi finanziati dal servizio pubblico e offerti tramite il sistema istituzionale di assistenza.

6. Un punto di svolta per il modello svedese di long-term care?

Da un certo punto di vista, il modello svedese di *long-term care*, con servizi generosi, finanziati ed erogati dal settore pubblico, si presenta più o meno intatto; certamente la spesa è alta, e meno di un quinto dei servizi di assistenza agli anziani finanziati pubblicamente è in mani private. Eppure, dietro alla media nazionale del 19% di servizi per gli anziani non autosufficienti finanziati con fondi pubblici ma erogati privatamente, c'è un'ampia variabilità tra le amministrazioni locali. In più di metà dei Comuni (54%) non c'è alcun tipo di struttura residenziale privata, e in due terzi (65%) dei Comuni, tutti i servizi di assistenza domiciliare sono erogati dal settore pubblico. Viceversa, quasi nel 5% dei Comuni, più di metà dei servizi di assistenza domiciliare e più di metà dei posti letto nelle strutture residenziali sono forniti da privati (Nbhw, 2011a).

Questo resoconto della mercatizzazione dell'assistenza agli anziani in Svezia ha enfatizzato la spinta dall'alto verso il basso esercitata dal governo nazionale. L'ampia variabilità tra i Comuni nella percentuale di servizi finanziati attraverso la fiscalità generale ed erogati da privati solleva alcune domande su perché questa spinta dall'alto abbia avuto solamente un successo relativo, e sulle probabili traiettorie future della mercatizzazione dei servizi per la non autosufficienza in Svezia. Ovviamente, non è possibile predire il futuro. Tuttavia, possiamo evidenziare alcuni processi che sono stati messi in moto dalle politiche di mercatizzazione e gli interessi che sono emersi da esse.

La variabilità locale si può spiegare in parte con il colore politico delle amministrazioni, in un contesto di forte autonomia degli enti locali. Anche se i governi nazionali socialdemocratici hanno assunto un orientamento favorevole alle politiche di mercato, esso era comunque meno marcato rispetto alle amministrazioni di centrodestra, sia a livello nazionale che comunale. Ad esempio, a Stoccolma, dove c'è una maggioranza politica conservatrice, nel 2010 il 60% dei servizi di assistenza domiciliare finanziati con fondi pubblici era erogato da privati (Nbhw, 2011a), un dato in aumento, rispetto al 37% nel 2006 (Nbhw, 2007). Nella seconda città più grande della Svezia, Göteborg, che ha una maggioranza socialdemocratica, tutta l'assistenza domiciliare era ancora in mani pubbliche nel 2010 (Nbhw, 2011a). I casi di Stoccolma e Göteborg dimostrano che le politiche socialdemocratiche e di centrodestra sono effettivamente divergenti, e che la combinazione di una coalizione di centrodestra, sia a livello centrale che locale, può fa-

re la differenza. Approcci più articolati hanno riscontrato che i Comuni con una maggiore presenza della classe media¹² e con una maggioranza di destra hanno maggiori probabilità di avere una percentuale più alta di servizi privati di assistenza agli anziani (Stolt e Winblad, 2009).

Ma la storia non finisce qui. Ci sono prove di una sorta di «contagio» geografico delle privatizzazioni, trasversale agli orientamenti politici. Stolt e Winblad (2009) hanno riscontrato che i servizi per gli anziani non autosufficienti gestiti da privati sono, sì, stati introdotti pionieristicamente nelle aree urbane in cui dominavano le maggioranze di destra, ma che «sorprendentemente, i Comuni confinanti tendevano a seguire questi primi esperimenti *a prescindere dal loro colore politico o dalla situazione economica*» (Stolt e Winblad, 2009 p. 903, corsivo nostro). Questo processo di diffusione ha significato che, anche nei Comuni con maggioranze socialdemocratiche stabili, c'è stata una privatizzazione dell'assistenza agli anziani. A volte, la situazione economica dei Comuni è un fattore scatenante, quando «il potere di seduzione delle privatizzazioni neoliberiste» sconfigge l'ostilità ideologica dei Comuni socialdemocratici in situazioni di ristrettezza economica. Ma l'idea che «ciò che ha funzionato per altri dovrà per forza funzionare anche per noi» è stata di per sé importante, e una volta introdotte le privatizzazioni, raramente si torna indietro (Stolt e Winblad, 2009, pp. 910-911). Inoltre, c'è la possibilità reale che in futuro si possa con una legge impedire ai Comuni di resistere alla mercatizzazione. Nel 2010, insoddisfatto del lento incedere del cambiamento, il governo nazionale ha introdotto ulteriori misure per incentivare i Comuni ad adottare programmi fondati sulla libera scelta del fornitore da parte dell'utente nel 2011-2014. Il provvedimento conteneva un monito in base al quale «sarà presa in considerazione una legislazione vincolante qualora entro il 2014 tutti i Comuni non abbiano dato risposte» (disegno di legge governativo 2010-11/1, p. 163). Infine, l'emergere di grandi imprese private erogatrici dei servizi per la non autosufficienza produce interessi forti verso ulteriori privatizzazioni (Meagher e Szebehely, 2010). Nel corso degli ultimi trenta anni, una serie di riforme, seppur disperate, ha razionalizzato l'assistenza agli anziani, ampliato i servizi erogati alle persone con gravi disabilità, e aperto al mercato i servizi per la

¹² Misurata secondo una percentuale più alta di residenti con un'istruzione universitaria e una base fiscale più alta, misure correlate entrambe ad una media più alta dei redditi delle famiglie.

non autosufficienza. Tramite un insieme complesso di interazioni, queste trasformazioni politiche nel loro insieme sono venute a costituire un'effettiva minaccia all'universalità dei servizi per la non autosufficienza in Svezia. Già emergono segnali di differenze di classe in risposta ai tagli ai servizi agli anziani finanziati con fondi pubblici, con le fasce più povere che si rivolgono alla famiglia e quelle più ricche al mercato. Non ci sono ancora le prove di differenze di classe *all'interno* del sistema dei servizi finanziati con fondi pubblici. Tuttavia, il processo di mercatizzazione in corso può offrire incentivi ad abbandonare il sistema pubblico ai gruppi con maggiori risorse. Se dovesse aprirsi un divario di classe *all'interno* del sistema finanziato con fondi pubblici, potrebbe determinarsi un circolo vizioso di esodo della classe media e crollo della qualità. Nel corso del tempo, la strisciante selettività potrebbe destinare ai poveri i servizi di scarsa qualità: proprio l'esito che il principio dell'universalità dei servizi consente alle società di evitare.

Riferimenti bibliografici

- Antman P., 1994, *Vägen till systemskiftet – den offentliga sektorn i politiken 1970-1992*, in Gustafsson R.Å. (a cura di), *Köp och sälj, var god svälj?*, Arbetsmiljöfonden, Stoccolma.
- Birkelöf L., 2009, *Do Local Public Expenditures for Functionally Impaired Crowd Out Other Local Public Expenditures?*, Umeå Economic Studies n. 797, Umeå University.
- Blomqvist P., 2004, *The Choice Revolution: Privatization of Swedish Welfare Services in the 1990s*, «Social Policy and Administration», vol. 38 (2), pp. 139-155.
- Blyth M., 2001, *The transformation of the Swedish model: Economic ideas, distributional conflict, and institutional change*, «World Politics», vol. 54, pp. 1-26.
- Dir. 1988/53, *Sambällets stöd till människor med funktionshinder*, direttive per la Commissione sulle disabilità del 1989, Ministero della Salute e degli Affari Sociali.
- Disegno di legge governativo 1990-91/100, *Förslag till statsbudget för budgetåret 1991/92*.
- Disegno di legge governativo 1992-93/43, *Ökad konkurrens i kommunal verksamhet*.
- Disegno di legge governativo 2006-07/94, *Skattelättnader för hushållstjänster, m.m.*
- Disegno di legge governativo 2008-09/29, *Lag om valfribetsystem*.

- Disegno di legge governativo 2010-11/1, *Förslag till statsbudget för 2011. Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.
- Edebalk P.G. e Svensson M., 2005, *Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. Konsumentperspektivet*, TemaNord 2005/507, Nordic Council of Ministers, Copenhagen.
- Eliasson-Lappalainen R. e Motevasel I., 1997, *Ethics of Care and Social Policy*, «Scandinavian Journal of Social Welfare», vol. 6, pp. 189-196.
- Feltenius D., 2007, *Relations between Central and Local Government in Sweden during the 1990s: Mixed Patterns of Centralization and Decentralization*, «Regional & Federal Studies», vol. 17 (4), pp. 457-474.
- Fried R., 2007, *Hemtjänsten i Stockholm – en enkät till brukarna hösten 2006*, Stockholms stads utrednings- och statistikskontor Ab.
- Fub, 2007, *Historik: Från idiot till medborgare – en sammanfattning av Fub:s historia*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.fub.se/fub/historik/>.
- Green-Pedersen C., 2002, *New Public Management Reforms of the Danish and Swedish Welfare States: The Role of Different Social Democratic Responses*, «Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions», vol. 15 (2), pp. 271-294.
- Grunewald K., 1974, *The Guiding Environment: the Dynamic of Residential Living*, in Boswell D. e Wingrove J.M. (a cura di), *The Handicapped Person in the Community: A Reader and Sourcebook*, Taylor and Francis, Londra.
- Gustafsson R. e Szebehely M., 2009, *Outsourcing of Eldercare Services in Sweden: Effects on Work Environment and Political Legitimacy*, in King D. e Meagher G. (a cura di), *Paid Care in Australia: Politics, Profits, Practices*, Sydney University Press, Sydney.
- Hjalmarsen I. e Norman E., 2004, *Att välja hemtjänst*, Socialstyrelsen, Stoccolma.
- Hjalmarsen I., 2003, *Valfrihet inom äldreomsorgen – en reform som söker sin form*, Stockholm Gerontology Research Center, Stoccolma.
- Huber M., Rodrigues R., Hoffmann F., Gasior K. e Marin B., 2009, *Facts and Figures on Long-Term Care: Europe and North America*, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna.
- Jeppsson-Grassman E., Whitaker A. e Taghizadeh Larsson A., 2009, *Family as Failure? The Role of Informal Help-givers to Disabled People in Sweden*, «Scandinavian Journal of Disability Research», vol. 11 (1), pp. 35-49.
- Johansson L., Sundström G. e Hassing L., 2003, *State Provision Down, Offspring's Up: The Reverse Substitution of Old-age Care in Sweden*, «Ageing & Society», vol. 23, pp. 269-280.
- Korpi W., 1996, *Eurosclerosis and the Sclerosis of Objectivity: On the Role of Values among Economic Policy Experts*, «The Economic Journal», vol. 106, pp. 1727-1746.
- Lakomaa E., 2009, *The «Ädel Reform»: An Economic-Psychological Analysis of the Transfer of Government Activities from Counties to Municipalities*, Paper 4 in *The*

RPS

Gabrielle Meagher, Marta Szebehely

- economic psychology of the welfare state*, doctoral thesis, Economic Research Institute, Stockholm School of Economics, Stoccolma.
- Larsson K., 2006, *Care Needs and Home-help Services for Older People in Sweden: Does Improved Functioning Account for the Reduction in Public Care?*, «Ageing & Society», vol. 26 (3), pp. 413-429.
- Liljeström R. e Özgaldä E., 1980, *Kommunals kvinnor på livets trappa*, Svenska Kommunalarbetarförbundet, Stoccolma.
- Loughlin J., Lidstrom A. e Hudson C., 2005, *The Politics of Local Income Tax in Sweden: Reform and Continuity*, «Local Government Studies», vol. 31 (3), pp. 351-366.
- Meagher G. e Szebehely M., 2010, *Private Financing of Eldercare in Sweden Arguments for and against*, Working Paper n. 1/2010, Institute for Futures Studies, Stoccolma.
- Montin S. e Elander I., 1995, *Citizenship, Consumerism and Local Government in Sweden*, «Scandinavian Political Studies», vol. 18 (1), pp. 25-51.
- National agency for education, 2011, *Kostnader för förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, skola och vuxenutbildning 2009*, Skolverket, Stoccolma.
- National insurance board, 2002, *Ideals and Reality in Disability Policy, Social Insurance in Sweden 2002*, Rfv, Stoccolma.
- Nbhw - National board of health and welfare, 2003, *Konkurrenssättning och entreprenader inom äldreomsorgen. Utvecklingsläget 2003*, Socialstyrelsen, Stoccolma.
- Nbhw - National board of health and welfare, 2007, *Äldre – vård och omsorg år 2006*, Socialstyrelsen, Stoccolma.
- Nbhw - National board of health and welfare, 2009, *Swedish disability policy – service and care for people with functional impairments*, Socialstyrelsen, Stoccolma.
- Nbhw - National board of health and welfare, 2010, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2010*, Socialstyrelsen, Stoccolma.
- Nbhw - National board of health and welfare, 2011a, *Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2010*, Socialstyrelsen, Stoccolma.
- Nbhw - National board of health and welfare, 2011b, *Valfritetsystem ur ett befolknings- och patientperspektiv*, Socialstyrelsen, Stoccolma.
- Palme J., Bergmark Å., Bäckman O., Estrada F., Fritzell J., Lundberg O., Sjöberg O. e Szebehely M., 2002, *Welfare Trends in Sweden: Balancing the Books for the 1990s*, «Journal of European Social Policy», vol. 12 (4), pp. 329-346.
- Ratzka A., 1984, *The Prerequisites for Independent Living*, Gladnet Collection Paper n. 427, disponibile all'indirizzo internet: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/427>.
- Ratzka A., 1986, *Independent Living and Attendant Care in Sweden: A Consumer Perspective*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.independentliving.org/docs1/ar1986spr.html>.

- Ryner J.M., 2002, *Capitalist Restructuring, Globalization and the Third Way: Lessons from the Swedish Model*, Routledge, Londra.
- Sipilä J. (a cura di), 1997, *Social Care Services: The Key to the Scandinavian Welfare Model*, Avebury, Aldershot.
- Sköld J. e Heggemann H., 2011, RUT vanligast efter 85, *Välfärd*, 1, 3-5, Statistics Sweden, Stoccolma.
- Sou 1987/3, *Långtidsutredningen 1987*.
- Sou 1991/104, *Konkurrensen inom den kommunala sektorn*.
- Sou 2007/37, *Vård med omsorg – möjligheter och hinder*, rapporto della delegazione per la diversità nella cura.
- Sou 2008/15, *LOV att välja – Lag Om Valfribetsystem*, rapporto della Commissione per la scelta.
- Statistics Sweden, 2011, *Statistical database. Final income and tax statistics 2009*, disponibile all'indirizzo internet: http://www.scb.se/Pages/Product_302198.aspx (accessed may 8, 2011).
- Stockholm stad, 2010, *Äldreombudsmannens årsrapport för 2010*.
- Stolt R. e Winblad U., 2009, *Mechanisms behind Privatization: A Case Study of Private Growth in Swedish Elderly Care*, «Social Science & Medicine», vol. 68, pp. 903-911.
- Streeck W. e Thelen K., 2005, *Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies*, in Streeck W. e Thelen K. (a cura di), *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press, Oxford.
- Sundström G. e Malmberg B., 1996, *The Long Arm of the Welfare State Shortened*, «Scandinavian Journal of Social Welfare», vol. 5, pp. 69-75.
- Sundström G., Johansson L. e Hassing L., 2002, *The Shifting Balance of Long-Term Care in Sweden*, «The Gerontologist», vol. 42 (3), pp. 350-355.
- Svallfors S., 1989, *Vem älskar välfärdsstaten? Attityder, organiserade intressen och svensk välfärdspolitik*, Arkiv Förlag (PhD thesis), Lund.
- Svensson M. e Edebalk P.G., 2010, *Kundval i äldreomsorgen – Stärks brukarens ställning i ett valfribetsystem?*, Swedish Association of Local Authorities and Regions, Stoccolma.
- Swedish competition authority, 2009, *Konkurrensutsättning inom hemtjänsten och primärvården*, Konkurrensverket, Stoccolma.
- Swedish social insurance agency, 2011, *Statistics: Assistance Allowance*, disponibile all'indirizzo internet: <http://statistik.forsakringskassan.se/portal/page/portal/intstat/bof/assers>.
- Szebehely M. e Trydegård G.-B., 2007, *Omsorgstjänster för äldre och funktionshindrade: skilda villkor, skilda trender?*, «Socialvetenskaplig Tidskrift», vol. 14 (2-3), pp. 197-219.
- Szebehely M., 1995, *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*, Arkiv förlag (PhD thesis), Lund.

- Szebehely M., 2005, *Care as Employment and Welfare Provision – Child Care and Eldercare in Sweden at the Dawn of the 21st Century*, in Dahl H.M. e Rask Eriksen T. (a cura di), *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State*, Ashgate, Aldershot.
- Szebehely M., 2011, *Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi*, in Hartman L. (a cura di), *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?*, Sns - Centre for Business and Policy Studies, Stoccolma.
- Thorslund M., 1991, *The Increasing Number of Very Old People Will Change the Swedish Model of the Welfare State*, «Social Science and Medicine», vol. 32 (4), pp. 455-464.
- Westerberg B., 2008, *Speech at the conference celebrating 25 years of Independent Living in Sweden*, 28 novembre, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.independentliving.org/25yearsvesterberg>.
- Winbladh U., Andersson C. e Stefansson K., 2009, *Kundval i hemtjänsten – erfarenheter av information och uppföljning*.

Traduzione dall'inglese a cura di Marta Gilmore