

Percorsi di trasformazione delle politiche per la non autosufficienza in Danimarca

Viola Burau, Hanne Marlene Dahl*

RPS

In materia di non autosufficienza, la Danimarca è, insieme alla Norvegia, il paese scandinavo dotato delle politiche più universalistiche in termini di copertura. Inoltre, a differenza di altri paesi scandinavi, la Danimarca ha combinato i processi di trasformazione istituzionale dal basso (trasformazioni di natura non legislativa), con quelli di trasformazione dall'alto (di natura legislativa). Il saggio ripercorre tali processi, orientati alla mercatizzazione dei servizi e a una maggiore personalizzazione in

funzione dei bisogni individuali. Nell'insieme, le due tendenze – in quanto all'insegna tanto della standardizzazione che della flessibilità – hanno portato a sviluppi contraddittori. Alla luce di ciò, l'analisi qui presentata evidenzia la compresenza di due aspetti potenzialmente contraddittori nel processo di innovazione: esso è stato infatti orientato sia alla «messa in sicurezza» che «all'ampliamento» dei diritti di welfare, e le misure introdotte hanno così riguardato tanto la sfera del controllo quanto quella della libertà di scelta.

1. Introduzione

La letteratura individua solitamente nell'universalismo e nell'autonomia locale i tratti canonici dei regimi scandinavi di cura (Burau e al., 2007), dove con il primo ci si riferisce agli aspetti sostanziali delle politiche per la non autosufficienza e con il secondo a quelli procedurali. Sotto questo profilo, il caso della Danimarca è interessante da due punti di vista: insieme alla Norvegia, rimane il paese scandinavo le cui politiche per la non autosufficienza sono le più universalistiche in termini di copertura (dato che si riflette anche nei livelli di spesa); ed è

* Gli autori desiderano ringraziare Trine Vig, che frequenta il master presso il Dipartimento di Politiche sociali dell'Università di Aarhus, per l'aiuto e la grande competenza dimostrata nel lavoro di ricerca nelle banche dati d'interesse e nell'individuazione di importanti fonti primarie e secondarie per i casi oggetto di studio. Un ringraziamento va inoltre a Peter Munk Christiansen e Jens Blom Hansen per i preziosi commenti sul tema della libertà di scelta in Danimarca.

inoltre un paese che combina il cambiamento istituzionale dal basso (di natura non legislativa) con quello dall'alto (di natura legislativa). Sebbene la Danimarca, come la maggior parte dei paesi Ocse, abbia conosciuto riforme all'insegna della «nuova gestione della cosa pubblica» ritenute un apripista per lo snellimento dello Stato, il contenimento della spesa e l'adozione di un modello incentrato sulla figura del consumatore (Dahl, 2005; Glendinning, 2008), le politiche per la non autosufficienza non hanno subito processi di ridimensionamento. Ciononostante, come vedremo, ciò non significa che esse non abbiano subito trasformazioni sostanziali, avvenute piuttosto nel nome della riorganizzazione (Pierson, 2001). Per essere più specifici, a partire dagli anni novanta le politiche per la non autosufficienza hanno introdotto elementi di controllo/standardizzazione e di flessibilità/libertà di scelta che hanno alterato nella sostanza il modo in cui i servizi sono organizzati (Dahl, 2005). In termini procedurali, le riforme hanno prodotto una trasformazione graduale basata sulla stratificazione (o *layering*), ossia l'aggiunta di nuovi elementi agli istituti preesistenti con il risultato di alterarne progressivamente la natura (Thelen, 2000; Streeck e Thelen, 2005). Nel presente lavoro saranno presi in esame due interventi riformatori contenenti elementi sia di controllo che di flessibilizzazione, nonché indicativi sotto il profilo procedurale di una trasformazione graduale del sistema operata attraverso strumenti tanto legislativi quanto di altra natura¹.

2. La struttura delle opportunità e dei vincoli di riforma

Il sistema danese di *long-term care* è per molti versi un classico esempio di welfare state alla scandinava, con la sua miscela di universalismo e autonomia locale. Se, da una parte, i servizi sono uniformi e pensati per tutti nonché da tutti accessibili (Anttonen, 2002), dall'altra sono principalmente materia di competenza locale (Kröger, 1997). Essi sono finanziati dallo Stato e assicurano una copertura altamente universalistica; la loro erogazione è pubblica; e la gestione tanto dei finan-

¹ Per i casi oggetto di studio si è fatto riferimento a una serie di fonti secondarie nonché a una selezione di fonti primarie, quali atti parlamentari, osservazioni presentate al Ministero competente dalle parti interessate, relazioni della commissione parlamentare ristretta e documentazione di natura varia prodotta sempre da parti interessate.

ziamenti quanto dell'erogazione materiale spetta principalmente agli enti locali, che godono anche di considerevoli poteri quanto alla loro regolazione.

Il sistema di *long-term care* include tanto i servizi fruiti in strutture preposte quanto quelli forniti a domicilio, sebbene per oltre cinquant'anni si sia scelto di privilegiare soprattutto questi ultimi (come si vedrà in seguito). L'assistenza domiciliare ha una chiara connotazione di servizio sociale e comprende tanto la cura della persona quanto l'aiuto pratico. L'accesso ai servizi si fonda sul principio di cittadinanza e la legge sancisce che i cittadini hanno diritto a essere aiutati in caso di difficoltà nella gestione delle faccende quotidiane, mentre la tipologia di assistenza dipenderà dai bisogni specifici. L'assistenza domiciliare è fornita gratuitamente presso il luogo indicato ed è finanziata dagli enti locali; gli stessi sono anche responsabili dell'erogazione del servizio e della valutazione dei bisogni dell'utente. Nell'insieme, ciò mette gli enti locali in posizione di poter determinare significativamente le caratteristiche del sistema. Sotto questo profilo, un ruolo chiave è rivestito dalla Legge sui servizi sociali, le cui disposizioni costituiscono il fondamento per un sistema unificato ma decentralizzato (Doyle e Timonen, 2007). La legge sancisce infatti l'obbligo per gli enti locali di garantire ai cittadini i necessari servizi, ma stabilisce anche che spetta alle singole amministrazioni locali deliberare circa la natura, la portata e l'organizzazione degli stessi. Per essere più specifici, la legge stabilisce ciò che gli enti locali sono tenuti a fare e ciò che hanno facoltà di fare (Nielsen e Andersen, 2006). Nella pratica, il sistema danese per la non autosufficienza non è solo fortemente universalistico ma anche generoso, persino rispetto ad altri paesi scandinavi (Szebehely, 2003).

2.1 Gli attori e il sistema territoriale di governance

La natura decentrata del sistema fa sì che il processo politico di elaborazione delle riforme si collochi nel quadro delle relazioni tra centro e periferia, facendo del governo centrale e degli enti locali due importanti forze in gioco. L'Associazione dei Comuni (*Kommunernes landsforening*, Kl) conferisce a questi ultimi risorse significative e un forte potere di orientamento, in virtù delle competenze locali in materia di finanziamento ed erogazione dei servizi (Blom-Hansen, 2002). Le amministrazioni locali hanno due buoni motivi per interessarsi alle politiche per la non autosufficienza, ovvero la necessità di contenere/incrementare i fondi a disposizione e quella di salvaguardare la

RPS

Viola Burau, Hanne Marlene Dahl

propria autonomia in relazione a tutta una serie di decisioni su come governare i servizi². Al contrario, l'intervento del governo centrale è finalizzato alla definizione del quadro di riferimento generale e all'allocazione di fondi integrativi per l'assistenza ai non autosufficienti. Nel periodo oggetto della nostra analisi, l'interesse complessivo del governo centrale è stato quello di potenziare la propria capacità d'indirizzo delle politiche, tanto in termini di contenimento della spesa quanto di definizione della natura dei servizi. Analogamente a quanto avvenuto in altri paesi scandinavi, gli equilibri tra livello centrale e locale sono andati mutando. Se gli anni ottanta sono stati all'insegna del decentramento, dagli anni novanta in poi la tendenza si è invertita e il precedente quadro legislativo d'indirizzo generale è stato sostituito da minuziose disposizioni regolamentari (Hansen e Vedung, 2005). La regolamentazione più rigida dei singoli dettagli ha fatto scaturire tensioni tra centro e periferia, che hanno visto l'Associazione dei Comuni cercare di contrastare attivamente la perdita di autonomia locale (Dahl, 2011). Comunque sia, la cultura politica diffusa è fortemente orientata alle prassi consensuali e lascia aperti molti canali formali e informali di confronto, che garantiscono a un ampio spettro di soggetti la possibilità di influenzare i processi decisionali. Tra di essi rivestono particolare importanza i negoziati annuali tra governo centrale ed enti locali per la Legge finanziaria.

Altri due attori di peso in materia di politiche per la non autosufficienza sono il Sindacato dei mestieri e del lavoro (*Fag og Arbejde*, Foa), che organizza soprattutto gli operatori dei servizi di cura e il DaneAge (*Eldresagen*), la principale organizzazione di riferimento delle persone anziane in Danimarca. Il Foa è un sindacato principalmente rivolto agli operatori dei servizi di cura, ossia assistenti domiciliari e infermieri ausiliari, che conta circa 200.000 iscritti³. In virtù della sua storia come sindacato del pubblico impiego, rappresenta anche altre catego-

² L'Associazione dei Comuni assolve anche a una funzione di organizzazione datoriale, sebbene la sua autonomia in sede di contrattazione collettiva sia fortemente limitata dal Ministero del Tesoro. L'associazione ha facoltà di negoziare per conto delle amministrazioni comunali le condizioni retributive e normative per gli assistenti domiciliari, e nel farlo deve tenere conto delle esigenze tanto di bilancio quanto di fidelizzazione del personale.

³ La percentuale esatta di lavoratori iscritti al sindacato non è nota. Nei paesi scandinavi i tassi di sindacalizzazione sono tradizionalmente molto elevati, sebbene nei decenni recenti siano andati calando. Essi restano comunque considerevolmente alti rispetto ad altri paesi.

rie professionali. Nel paese non esistono altri sindacati rappresentativi degli operatori dei servizi di cura, eccezion fatta per un sindacato del personale infermieristico. Il sindacato si colloca tradizionalmente in posizione centrale all'interno dello spettro socialdemocratico, sebbene negli ultimi cinque anni si sia progressivamente radicalizzato, battendosi a difesa dei diritti di welfare in senso ampio. L'organizzazione ha avanzato con successo alcune rivendicazioni sulle condizioni di lavoro, quali la sua organizzazione e le disparità salariali tra i sessi, facendole assumere come priorità politica. DaneAge, dal proprio canto, è un'organizzazione ancor più numerosa che arriva a circa 600.000 iscritti (DaneAge, 2011), cifra che smentisce ogni preconcetto su quanto sia difficile organizzare gli interessi delle persone anziane solo perché tali. L'organizzazione ammette tra i propri iscritti anche chi non ha ancora raggiunto l'età pensionabile, ed è quindi anche rappresentativa di chi solidarizza con la causa degli anziani, quali i loro familiari. Ma pur escludendo dal conteggio questo corpo aggiuntivo di iscritti e limitandosi ai soli anziani, DaneAge rimane fortemente rappresentativa. Una forza che si traduce anche in significative risorse economiche per l'organizzazione, ulteriormente incrementate da intense attività di raccolta fondi, che assicurano a DaneAge una presenza significativa nei mezzi di comunicazione e la possibilità di dedicarsi al lavoro di ricerca. Non sorprende quindi che l'organizzazione sia particolarmente nota come garante degli anziani qualora subiscano ingiustizie o angherie burocratiche o siano loro negate talune prestazioni; al punto da trovarsi in diverse occasioni in posizione di agitare lo spettro di una convocazione nei confronti di un ente locale piuttosto che l'altro. Inoltre, DaneAge si spende contro le ipotesi di ridimensionamento dei servizi di assistenza. In altre parole, l'organizzazione mira a promuovere, tutelare e potenziare i diritti di welfare degli anziani, nonché i loro diritti di utenti.

2.2 Fattori di spinta delle riforme

Allo stato attuale, quali sono i fattori che spingono per una riforma? Per comprenderlo è bene guardare all'evoluzione storica del sistema per la non autosufficienza. Esso risale al secondo dopoguerra, con l'istituzione di un servizio pubblico, seppur subordinato a precise condizioni di reddito, per aiutare temporaneamente le famiglie in momenti di crisi grazie alla figura dei «tuttofare domestici» (Dahl, 2000; Petersen, 2008). Fu il trampolino di lancio per la creazione, nel

RPS

Viola Burau, Hanne Marlene Dahl

corso dei successivi trent'anni, di un sistema complessivo per l'assistenza ai non autosufficienti (Hansen e Vedung, 2005; Nielsen e Andersen, 2006). Nel 1958 venne approvata una legge che istituì in maniera permanente l'assistenza domiciliare quale servizio fruibile per un tempo illimitato, mentre nel 1964 ulteriori disposizioni di legge sancirono l'obbligo per gli enti locali di assistere gli anziani per permettere loro di mantenere la propria abituale dimora il più a lungo possibile. Ciò ampliò le competenze degli enti locali e fece della cura della persona un tratto distintivo dell'assistenza domiciliare. La Legge sui servizi sociali del 1974 accorpò diverse norme in un'unica cornice giuridica e rafforzò ulteriormente gli aspetti legati alla cura della persona, insistendo sulla necessità di una formazione adeguata per gli operatori. I servizi vennero così incentrati sulla dimensione domiciliare, facendo presto del principio degli «anziani in casa propria il più a lungo possibile» un asse portante delle politiche danesi per la non autosufficienza (Lewinter, 2004). Al contrario, a partire dai primi anni ottanta le misure adottate furono all'insegna della riorganizzazione (Hansen e Vedung, 2005).

Se in chiave comparativa il sistema danese per la non autosufficienza si distingue come la soluzione relativamente migliore nonché meno dispendiosa (Sarasa e Mestres, 2007), all'interno del paese l'ammontare complessivo della spesa pubblica per l'assistenza continuativa è considerato un nodo centrale, una valida ragione affinché lo Stato faccia valere a tutti gli effetti i propri interessi in questa sfera (Nielsen e Andersen, 2006). Inoltre, con la svolta neoliberista, anche in Danimarca i livelli elevati di spesa pubblica sono percepiti come un problema e il dibattito è dominato dalle questioni del contenimento della spesa, del *value for money* e della personalizzazione dell'offerta in funzione dei bisogni individuali (Dahl, 2004; 2009). Discorso che vale anche per la sanità, sebbene nessuno ipotizzi esplicitamente di scaricare parte della spesa sanitaria sulla sfera dei servizi sociali. Vi sono poi diversi fattori ritenuti fonte di una maggiore domanda di assistenza continuativa (Hansen e Vedung, 2005): oltre all'aumento della popolazione anziana e ai processi di urbanizzazione, in Danimarca la partecipazione delle donne al mercato del lavoro è andata aumentando a passo decisamente più spedito rispetto ad altri paesi. Ad esempio, la percentuale di donne che percepiscono redditi da lavoro (la percentuale di donne occupate) è passata dal 43,5% del 1960 al 74,4% del 2009 (Hansen e Vedung, 2005, p. 54; Danmarks Statistik, 2010a).

Alla luce, in particolare, dell'assetto istituzionale fin qui illustrato,

quali margini e vincoli è possibile individuare per una riforma del sistema? La Danimarca ha istituzionalizzato l'universalità dell'assistenza ai non autosufficienti, ed è quindi difficile pensare che il sistema possa essere smantellato, tramite ad esempio il taglio delle prestazioni esigibili. Inoltre, gli anziani e gli operatori dei servizi sono in posizione di poter difendere i propri interessi istituzionali, perché ben organizzati. A tutto ciò si aggiunge un ideale di cura che considera l'assistenza ai non autosufficienti una responsabilità innanzitutto pubblica e non un problema privato, e che privilegia l'assistenza a domicilio rispetto a quella fornita presso strutture dedicate⁴. Ad esempio, nessuno si aspetta che debbano essere i familiari a farsi carico materialmente o economicamente delle esigenze di una persona anziana (Doyle e Timonen, 2007). Un approccio andato di pari passo, negli anni, con la progressiva professionalizzazione dell'assistenza continuativa, tramite l'istituzione di percorsi formali di formazione di base e avanzata per gli operatori del settore. I corsi di formazione per assistenti domiciliari sono stati prolungati dalle iniziali due settimane a un programma annuale presso apposite scuole professionali (Dahl, 2005). Gli assistenti domiciliari sono divenuti operatori sociali e sanitari a tutti gli effetti e, una volta conseguito il titolo, possono scegliere di proseguire la formazione per altri due anni e diventare assistenti socio-sanitari. Questi ultimi possono svolgere una serie di mansioni infermieristiche, assumere incarichi dirigenziali nel campo dell'assistenza agli anziani e operare anche all'interno di strutture ospedaliere.

In base a meccanismi analoghi, le ipotesi di una riforma radicale del sistema sono anche vincolate alle prassi politiche consensuali nel processo decisionale, che impongono in particolar modo la necessità di concordare gli interventi con enti locali, sindacato degli operatori (Foa) e organizzazioni di riferimento degli anziani (DaneAge). A livello più specificatamente parlamentare, a partire dal 2001 in Danimarca la prassi consensuale è stata parzialmente controbilanciata dall'approccio del governo di centrodestra, espressione di una coalizione di minoranza con il permanente appoggio esterno di un altro partito; un governo che non si è fatto scrupoli a procedere a colpi di maggioranza⁵. Inoltre, l'esistenza di un quadro di riferimento per

⁴ Arlie Hochschild definisce l'ideale di cura come il modo specifico di intendere, in un dato paese o una data regione, cosa significhi «avere buona cura» (1995).

⁵ Ciò ha coinciso con la fine di un periodo di otto anni di governo di centrosinistra, che aveva visto i socialdemocratici formare prevalentemente governi di mi-

l'assistenza ai non autosufficienti ben formalizzato dal punto di vista delle politiche istituzionali e altamente integrato (si veda quanto specificato di seguito) si è tradotto anche in significative capacità amministrative a livello centrale e locale. È ad esempio indicativo che nel 1998 il governo abbia voluto stabilire un contatto diretto con i cittadini attraverso l'iniziativa della «prevenzione porta a porta» (*førebyggende hjemmebesøg*). Ciò ha permesso di codificare l'universalismo in termini più espliciti, a fronte del rischio di definizioni poco stringenti.

3. Il processo di riforma

Come già evidenziato, le politiche per la non autosufficienza risalgono ai tardi anni cinquanta e sono state sistematicamente potenziate nel corso dei successivi trent'anni. Ciò garantisce un quadro di riferimento non solo ben definito sotto il profilo delle politiche istituzionali, ma anche fermamente ancorato a quell'architettura di relazioni centro-periferia che costituisce uno dei cardini del sistema politico danese.

Il quadro di riferimento è inoltre chiaramente orientato all'assistenza domiciliare. Si tratta di una scelta tipica dei regimi scandinavi di cura, riassumibile nella pratica politica degli «anziani in casa propria il più a lungo possibile». In Danimarca, questa filosofia trova le sue radici nei tardi anni cinquanta, quando la categoria degli «anziani in casa propria» si afferma come gruppo ben distinto di utenti, mentre le pratiche concrete in tal senso vengono formalizzate sul finire degli anni sessanta, trovando giustificazione in considerazioni di ordine economico e politico. Nel quadro del potenziamento dei servizi per la non autosufficienza, l'assistenza domiciliare era infatti considerata meno dispendiosa di quella presso le strutture residenziali. E questa valutazione andava nella stessa direzione della critica sociale diffusa alla cura presso gli istituti di riposo, che considerava l'assistenza domiciliare l'opzione «migliore possibile» (Dahl, 2000). Questo approccio alla cura fu sempre più demonizzato, dipinto come l'antitesi della libertà: una visione dicotomica che portò a prediligere, a livello di politiche, la

noranza in coalizioni variabili con partiti minori. Tra il 1990 e il 1993 la Danimarca aveva invece avuto un governo di minoranza guidato da una coalizione di centrodestra.

libertà che l'abitazione privata poteva garantire. In termini pratici, ciò si tradusse presto nel potenziamento dell'assistenza continuativa a domicilio e nella chiusura di molte strutture residenziali; nel 1987, furono persino introdotte disposizioni di legge che vietarono di costruirne di nuove, consolidando il principio degli «anziani in casa propria il più a lungo possibile» (Dahl, 2000; Rostgaard, 2007). Non sorprende quindi che il numero di case di riposo sia drasticamente diminuito, mentre è significativamente aumentata la disponibilità di unità residenziali assistite (Doyle e Timonen, 2007).

In tempi più recenti, è divenuto più difficile stabilire i confini con la sfera della sanità, poiché in entrambi i casi il paradigma dominante è la riorganizzazione del sistema, ossia contenimento della spesa e *value for money* (per la sanità, cfr. Strandberg-Larsen e al., 2007). La questione è particolarmente spinosa per quanto riguarda le dimissioni ospedaliere. Ciò in conseguenza delle misure introdotte per spingere il più possibile gli ospedali a ridurre i tempi di degenza, che hanno avuto ripercussioni per gli enti locali in termini di richiesta di prestazioni (Strandberg-Larsen e al., 2007). Per gli enti è infatti divenuto necessario attivare servizi adeguati all'atto di dimissione dall'ospedale del soggetto non autosufficiente, se non desiderano incorrere in un danno economico: l'amministrazione locale è infatti tenuta a coprire le eventuali spese ospedaliere risultanti da complicazioni mediche imputabili a carenze nei servizi di assistenza (Dahl, 2008).

Come già accennato, le trasformazioni politiche sono state sostanzialmente all'insegna della riorganizzazione, sarebbe a dire, nella definizione di Pierson (2001), riforme atte a rendere il welfare state compatibile con gli obiettivi e le esigenze della contemporaneità. Una riorganizzazione che può essere perseguita tramite interventi di razionalizzazione, ossia allineando i programmi di welfare a nuove concezioni su come raggiungere gli obiettivi prestabiliti, o piuttosto tramite interventi di adeguamento, ossia adattando i programmi a richieste e bisogni in via di cambiamento. La Danimarca ha proceduto in entrambe le direzioni: l'introduzione di meccanismi di mercato è un esempio di razionalizzazione, con l'allineamento dei servizi di assistenza all'idea neoliberista che i meccanismi di mercato possano garantire risultati superiori nel campo del welfare; mentre la personalizzazione dei servizi in funzione dei bisogni individuali costituisce un caso più ibrido, che riflette tanto la spinta verso un modello incentrato sul consumatore, quanto la necessità di rispondere ai bisogni più complessi di una società individualizzata. Nel complesso, la riorganizzazione è avvenuta

RPS

Viola Burau, Hanne Marlene Dahl

tramite un processo di trasformazione istituzionale fondato su una strategia di stratificazione graduale. Nelle parti che seguono verranno considerati in particolare due processi di riforma del sistema che ben esemplificano questo tipo di trasformazione istituzionale, evidenziando anche come tali processi possano passare tanto per interventi legislativi quanto per interventi di altra natura.

3.1 Un «Linguaggio comune» per l'assistenza domiciliare

Il sistema denominato «Linguaggio comune» è un esempio di trasformazione operata dal basso e senza il ricorso a strumenti legislativi, che nasce nel 1998 su iniziativa dell'Associazione dei Comuni (KI) (Hansen e Vedung, 2005; Højlund, 2004). Lo si può definire un tentativo di stabilire in maniera più obiettiva il livello di autonomia della persona anziana, per correlarlo alle categorie di servizi fruibili. L'iniziativa rispondeva alla necessità di garantire pienamente il diritto al welfare, ma ha finito al contempo per relegare all'invisibilità altri aspetti meno formalizzati del lavoro di cura (Højlund, 2001; 2004). Inoltre, il sistema ha inasprito i controlli sui requisiti di professionalità del soggetto fornitore, in sintonia con l'interesse del governo centrale a introdurre standard di qualità e a preparare il terreno per la distinzione tra la figura dell'acquirente e quella del fornitore.

L'Associazione dei Comuni, in quanto struttura di coordinamento, fornisce anche consulenza ai propri membri intorno a problematiche di natura amministrativa e gestionale. Nei primi anni novanta, assumendo a tale funzione, l'associazione riscontrò che la sfera dell'assistenza agli anziani mancava di un sistema coerente per la gestione delle risorse e della fornitura di servizi (Højlund e Højlund, 2000, p. 24). Ciò era fonte di frustrazione per le amministrazioni comunali, che sollevarono la questione in sede di associazione proponendo di prendere misure. In virtù della convinzione diffusa che le problematiche gestionali potessero essere risolte in chiave tecnologica, si riteneva che le difficoltà nel governo dei servizi andassero affrontate ricorrendo alle tecnologie dell'informazione. Alla luce delle preoccupazioni espresse dai Comuni, l'associazione decise di avviare una disamina del problema. Nel 1994, l'organizzazione pubblicò un rapporto che documentava le gravi carenze di governance del sistema di assistenza ai non autosufficienti. All'epoca non si disponeva di statistiche sul costo di questi servizi, e il rapporto tra bisogni effettivi e aiuto fornito rimaneva insondabile. L'associazione ne concluse che le nuove tecnologie

dell'informazione potessero essere la soluzione, e avviò lo sviluppo di un progetto dedicato. Pur tuttavia, nel 1995 la Kl si rese conto che le aziende informatiche incaricate di progettare il nuovo sistema non erano in condizione di realizzare il prodotto richiesto, poiché non si disponeva di una definizione condivisa delle prestazioni fornite dagli assistenti domiciliari (Højlund e Højlund, 2000, p. 25). In sostanza, non ci si era dotati di un linguaggio comune per descrivere il lavoro svolto tra le mura domestiche per e con la persona anziana.

Di conseguenza, la Kl decise di rivedere la sua strategia e di dedicarsi all'elaborazione di definizioni condivise per i servizi di cura (il «Linguaggio comune»). Il nuovo linguaggio doveva servire a catalogare i bisogni degli anziani e i servizi conseguentemente forniti dagli assistenti domiciliari. L'iniziativa fu lanciata nel 1996 e costituì un modo tutto particolare di codificare gran parte del sapere fino ad allora tacitamente accumulato, nonché di standardizzare l'offerta di servizi. Il suo sviluppo procedette per stadi successivi, attraverso un processo di confronto continuo con le amministrazioni locali selezionate per partecipare ai test pilota (Hansen e Vedung, 2005). Si arrivò così alla «versione II», quale soluzione migliorativa rispetto alla precedente grazie all'aggiunta di ulteriori componenti, quali i bisogni e le motivazioni degli utenti o le attività di formazione, nonché alla sua espansione ai fini della comunicazione con il personale ospedaliero (Kommunernes landsorganisation, 2002a)⁶.

Lo strumento del Linguaggio comune nasce per fini meramente burocratici e teoricamente neutri ma assume presto valenza politica, tanto che gruppi di operatori e utenti del settore hanno chiesto di avere maggiore influenza nel suo sviluppo (Kommunernes landsorganisation, 2002b). L'Associazione dei Comuni ha dovuto così rivedere il processo decisionale affinché questi gruppi avessero una qualche voce in capitolo. Nel 2001, il sistema ha anche attirato l'attenzione dei media locali e nazionali. Inizialmente presentato come innovazione politica positiva, capace di garantire una migliore qualità e comparabilità dei servizi, questo strumento ha presto scatenato critiche inerenti le

⁶ Una delle finalità più interessanti di «Linguaggio comune II» era rompere la rigida separazione tra la sfera dell'assistenza sociale, di competenza dell'ente locale, e quella della sanità ospedaliera, tramite attività di formazione per il personale ospedaliero circa le categorie impiegate dal sistema Linguaggio comune. Si trattava di un obiettivo ambizioso, di cui non sono ancora stati valutati gli effetti concreti.

modalità di gestione degli aspetti specifici, la tirannia delle tempistiche e la standardizzazione delle modalità di assistenza (Dahlgaard, 2001; Ib, 2001; Pedersen, 2001). In una mossa alquanto sui generis per la sua tradizione, l'Associazione dei Comuni ha persino diramato un avvertimento per ricordare di non utilizzare il Linguaggio comune come strumento di controllo, ma solo per migliorare la qualità dei servizi di cura e sostenere gli assistenti domiciliari nel proprio lavoro (Thye-Petersen, 2001).

Quello del Linguaggio comune si è rivelato uno strumento controverso, fino a divenire uno dei temi centrali della campagna elettorale per le politiche del 2001. Nel faccia a faccia televisivo tra il leader dell'opposizione Anders Fogh Rasmussen e il premier in carica Poul Nyrup Rasmussen, lo sfidante aveva criticato il Primo ministro per il modo tirannico di contingentare i tempi nei servizi di assistenza domiciliare. La questione venne ulteriormente politicizzata dai media e da DaneAge, nonché continuata a cavalcare nel corso della campagna elettorale per offrire una rappresentazione del governo come troppo incline alla burocrazia e alla tirannia dei tempi contingentati, in antitesi all'idea di libertà di Fogh Rasmussen.

L'Associazione dei Comuni valutò allora l'opportunità di trasferire la competenza del progetto al Ministero per gli Affari sociali, salvo decidere poi altrimenti (Kommunernes landsorganisation, 2002c). Nel corso della creazione del Linguaggio comune, la KI ha avviato una riflessione interna sugli usi e abusi del sistema (Thye-Petersen, 2001; Kommunernes landsorganisation, 2002c), arrivando persino ad ammettere esplicitamente alcuni problemi, quali il predominare del linguaggio infermieristico e la natura stereotipata della terminologia della versione II (Kommunernes landsorganisation, 2002b).

In breve, il sistema del Linguaggio comune non fu introdotto dallo Stato: il Ministero per gli Affari sociali si limitò a garantire uno stanziamento iniziale per sostenere l'avvio del progetto. Al contrario, fu l'Associazione dei Comuni a decidere di sviluppare il Linguaggio comune quale strumento amministrativo per i propri membri, lasciando agli enti locali facoltà di decidere se impiegarlo o meno. Pertanto, dal punto di vista formale l'adesione al sistema è volontaria. Pur tuttavia, nel momento in cui ha invitato i propri membri a utilizzare il sistema in connessione con le nuove tecnologie, l'Associazione dei Comuni ha indirettamente imposto una norma di buon governo (Kommunernes landsorganisation, 1999, pp. 3-4). Oggi il Linguaggio comune è incluso nel pacchetto software fornito agli enti locali, ed è pertanto difficile evitare di usarlo (Nielsen e Andersen, 2006, p. 41).

3.2 L'introduzione della «libera scelta» nella sfera dell'assistenza domiciliare

Il 2003 ha segnato per la Danimarca l'introduzione del principio di «libera scelta» (*frit valg*), che costituisce un esempio di modifica legislativa promulgata dall'alto (Højlund, 2004; 2006; Rostgaard, 2006). La legge riconosce ai cittadini il diritto di scegliere a quale fornitore rivolgersi ed estende tale facoltà a tutta una gamma di servizi. La normativa impone agli enti locali di agire in veste di acquirenti e appaltare la fornitura dei servizi a soggetti non solo pubblici ma anche privati; all'ente locale va anche l'onere di fissare gli standard di qualità.

Da dove proviene il concetto di libera scelta e perché è stato introdotto? Esso non è estraneo alle politiche danesi in materia di welfare. Nel paese vi è un'antica tradizione di libera scelta degli istituti scolastici, che risale alla legge sulle scuole popolari (*Folkeskoleloven*) del 1824, quando si sancì l'obbligatorietà dell'istruzione per l'infanzia lasciando tuttavia facoltà di optare per istituti scolastici non pubblici. Ai fini del presente lavoro è importante osservare che il principio di libera scelta era stato ulteriormente ampliato dal governo socialdemocratico sul finire degli anni novanta, proprio in relazione agli ospedali e all'assistenza domiciliare. Un passaggio avvenuto nel nome della centralità degli interessi degli utenti (Petersen, 2008, p. 171), sebbene l'accettazione di tale principio di fondo comportò poi per i socialdemocratici maggiori difficoltà nel contrastare il successivo governo di centro-destra in materia di libertà di scelta (su questa cfr., in generale, Green-Pedersen, 2002). La facoltà di scegliere la struttura ospedaliera cui rivolgersi venne introdotta nel 1993 e conferì ai pazienti il diritto di indicare l'ospedale pubblico in cui farsi curare, anche all'estero (Vrangbæk e Østergren, 2006). L'approccio alla libertà di scelta era stato pragmatico e cauto, come testimonia il significativo numero di paletti e clausole di salvaguardia che accompagnava la misura; per ciò che concerne gli ospedali, si potrebbe quindi parlare di «ampliamento dei margini di scelta» piuttosto che di «libera scelta». Stesso discorso vale per la cosiddetta «assistenza domiciliare flessibile» (*fleksible hjemmehjælp*) introdotta nel 2000, che ha conferito agli anziani più voce in capitolo circa le prestazioni di cui usufruire pur rimanendo estremamente rigorosa sulle procedure da adottare nella pratica: si riconosce facoltà di scegliere quale tipo di assistenza materiale ricevere ma non il soggetto fornitore; le variazioni devono rientrare nell'orario originario e i «servizi necessari» non sono sostituibili; e la competenza finale e complessiva dell'erogazione del servizio rimane dell'amministrazione locale (Højlund, 2004).

RPS

Viola Burau, Hanne Marlene Dahl

Vi sono state tuttavia due novità: innanzitutto, il principio della libertà di scelta è stato legato alla mercatizzazione dei servizi sociali e, più precisamente, utilizzato per sancire la legittima concorrenza; in secondo luogo, la libertà di scelta è passata in misura considerevole dall'essere una possibilità concessa da alcuni enti locali a un diritto generalizzato che tutte le amministrazioni locali dovevano garantire. D'altro canto, ciò riflette il fatto che la «libertà di scelta» era parte integrante del programma di modernizzazione del governo di centrodestra, salito al potere nel 2001. Il programma insisteva sull'importanza della libertà e prometteva di mettere i cittadini al primo posto nei servizi pubblici, combinando le responsabilità già riconosciute della società con le nuove responsabilità dell'individuo (Petersen, 2008). Per come è concepita, la libertà di scelta poggia sul verificarsi di due condizioni (Højlund, 2004): la trasparenza, ossia la necessità che gli utenti dispongano di tutti gli elementi utili a scegliere; e la concorrenza, ossia la necessità che vi siano più fornitori affinché parlare di libera scelta abbia in sé senso. Quel programma elettorale può essere definito il «marker ideologico» delle politiche cui si sarebbe dato corso, sebbene le scelte del governo furono poi anche mosse da esigenze di bilancio. Come abbiamo già avuto modo di sostenere, il sistema di servizi per la non autosufficienza è tanto universalistico quanto generoso, e da questo punto di vista la concorrenza è un'auspicabile misura di contenimento della spesa (Hansen e Vedung, 2005). Sotto tale profilo, anche l'affermarsi di un discorso forte sulle priorità di bilancio, che considera i servizi di cura alla stregua di un bene mercificabile, appare indicativo di una precisa tendenza (Dahl, 2005).

Data la sua natura di misura politica promulgata dall'alto, il processo che portò all'introduzione della «libera scelta» si consumò principalmente in ambito parlamentare («Politiken», 2001); il confronto partì alla fine di febbraio 2002, quando il governo presentò alla Camera la bozza di disegno di legge, e si concluse nel maggio dello stesso anno con l'approvazione da parte del parlamento del testo rivisto, entrato in vigore nel gennaio 2003. In questo arco di tempo, il parlamento discusse il disegno di legge a due riprese, un'ampia gamma di attori istituzionali presentò le sue osservazioni, e la commissione parlamentare ristretta per gli affari sociali si riunì quattro volte.

Per tutta una serie di ragioni, la riforma non incontrò particolari scogli nel suo iter parlamentare. Il principio di fondo della libera scelta godeva di ampio consenso nel dibattito politico, che si faceva invece più vivace quando si entrava nel merito della perdita di autonomia locale,

nonché degli aspetti tecnico-attuativi della riforma. In relazione a questi nodi più controversi, è essenziale ricordare che il nuovo governo di centrodestra, principale fautore della riforma, era di fatto un governo di maggioranza; ciò era alquanto inconsueto per la storia politica moderna della Danimarca e costituiva una novità importante negli assetti generali. La coalizione governativa era composta dal Partito liberale (*Venstre*) e dal più piccolo Partito conservatore (*Konservative*), mentre la maggioranza in parlamento era assicurata in forma di appoggio esterno dal Partito del popolo danese (*Dansk Folkeparti*), una formazione di estrema destra. Ciò spiega anche perché il processo decisionale non fu particolarmente improntato alle prassi consensuali. La bozza di legge venne negoziata formalmente con l'Associazione dei Comuni, in quanto livello subcentrale di governo, ma per il resto solo alcune preoccupazioni del Partito socialdemocratico (*Socialdemokraterne*) trovarono parziale ascolto; le critiche sollevate da altre parti interessate furono invece ignorate.

L'idea di fondo che la libertà di scelta fosse un'opzione desiderabile era condivisa dal Partito socialdemocratico, ossia dalla principale forza di opposizione, dagli enti locali, ossia dai soggetti finanziatori ed erogatori dei servizi di cura, nonché dalle organizzazioni di riferimento degli anziani. Ciononostante, tutti avevano anche espresso perplessità sulla riforma, che ebbero scarso peso nel determinare l'esito del processo.

Un'importante obiezione dei socialdemocratici riguardava l'obbligo di legge per gli enti locali di adottare il modello della libera scelta, che l'opposizione considerava un'imposizione di forza sulla dimensione dell'autonomia locale (Petersen, 2008, p. 200). Il timore più specifico era che il tutto andasse a minare le capacità di coordinamento dei servizi e si traducesse in un inutile e oneroso labirinto burocratico (Folketingsdebat, 2002). Analogamente, per quanto riguarda la più ampia scelta delle tipologie di servizio, la critica dei socialdemocratici era che una maggiore flessibilità non sempre si traduce in più tempo per il lavoro di cura (Petersen, 2008, p. 199), mentre essi ritenevano che il problema dell'assistenza domiciliare fosse proprio negli orari troppo limitati («Jyllands-Posten», 2002). È tuttavia significativo che, rispetto alle perplessità sollevate, il Partito socialdemocratico riuscì a trovare solo parziale soddisfazione a livello di modifiche al testo di legge («Jyllands-Posten», 2002). Il numero di fornitori privati per ente locale venne limitato a una forchetta compresa tra due e cinque; l'entrata in vigore della legge fu rinviata al primo gennaio 2003; e si stabilì che nell'autunno del 2004 la legge sarebbe stata sottoposta a verifica.

RPS

Viola Burau, Hanne Marlene Dahl

Le obiezioni dell'Associazione dei Comuni erano di natura analoga a quelle dei socialdemocratici. L'associazione non espresse solo contrarietà all'imposizione dall'alto della riforma, ma fu anche critica di tutta una serie di sue conseguenze pratiche (Høringssvar, 2002; Socialudvalget, 2002). Tra di esse, i costi che gli enti locali avrebbero dovuto sostenere per fissare gli standard e i prezzi d'appalto nonché gestire il meccanismo degli appalti (Ritzau, 2002). Ulteriori preoccupazioni riguardavano le modalità di gestione tanto dell'ingresso dei nuovi fornitori quanto della concorrenza che si sarebbe venuta a creare.

Per canto loro, le organizzazioni di riferimento degli anziani, dalla DaneAge in qualità di grande coalizione alle realtà più piccole attive su malattie specifiche, come l'*Alzheimersforening*, consideravano la libertà di scelta un fattore essenziale per il rafforzamento dei diritti degli anziani («Kristeligt Dagblad», 2001). Nel merito della riforma, chiesero più trasparenza nonché maggiore professionalità nella valutazione dei bisogni da parte dalle amministrazioni locali, a cui doveva restare la competenza finale sull'erogazione del servizio, e chiesero che fossero introdotti standard minimi. Pur tuttavia, le osservazioni presentate alla sottocommissione parlamentare dalle organizzazioni sociali non furono, o così pare, prese in considerazione in sede decisionale.

Al contempo, solo poche forze respinsero nettamente la riforma. Fu il caso del Partito social-liberale (*Socialistisk Folkeparti*) e del Partito dell'unità (*Enhedslisten*), una forza di sinistra. Quest'ultimo sosteneva, ad esempio, che fosse paradossale impiegare fondi pubblici per aprire la strada ai privati (Petersen, 2008, p. 199), mentre il Partito social-liberale accusò il governo di voler introdurre surrettiziamente le privatizzazioni (Folketingsdebat, 2002). È significativo che in entrambi i casi si trattava di piccoli partiti di opposizione, che avevano scarso peso rispetto al governo neo-eletto. Un'altra forza dichiaratamente contraria all'introduzione della libertà di scelta fu il sindacato degli operatori dei servizi di cura (Høringssvar, 2002). Il Foa riteneva che la gestione pubblica offrisse migliori garanzie in una sfera come l'assistenza domiciliare, sia in termini di coordinamento che di mantenimento dell'alta qualità dei servizi. Da questo punto di vista, si riteneva che il problema centrale dell'assistenza domiciliare fosse quello della carenza di risorse, che causava pressioni eccessive sugli operatori. Rispetto ai piccoli partiti di opposizione, il sindacato era un'organizzazione potenzialmente più influente, ma i suoi margini di intervento risentirono pesantemente della scelta di ignorare le prassi consensuali nella gestione del processo decisionale.

In sintesi, il governo di minoranza di centrodestra risultò il vincitore indiscusso del processo, perché riuscì a fare esattamente la riforma che voleva. E quindi a uscirne perdenti furono soprattutto i piccoli partiti di opposizione e i sindacati che si erano dichiarati nettamente contrari. Il Partito socialdemocratico, l'Associazione dei Comuni e le organizzazioni di riferimento degli anziani ne uscirono invece in maniera più ambivalente. La loro scelta di appoggiare il principio di fondo della libera scelta risultò vincente, ma persero la partita nel merito delle obiezioni sollevate, in particolare sul fronte della salvaguardia dell'autonomia locale. Nell'insieme, il metodo adottato nel varare la riforma fu riproposto nel 2004/2005, quando la legge fu sottoposta a verifica per ridiscutere gli aspetti procedurali (Petersen, 2008).

4. Il merito e l'esito delle riforme: una trasformazione sostanziale operata in forma di riorganizzazione

Nel 2003 il 25% degli ultra-67enni usufruiva di servizi di assistenza domiciliare, una percentuale decisamente spiccata rispetto ai principali paesi europei (Nielsen e Andersen, 2006, p. 57), e il quadro appariva simile in relazione alle prestazioni fornite (Nielsen e Andersen, 2006, p. 63). Un altro dato significativo è che la percentuale di anziani assistiti a domicilio si è attestata su livelli elevati dalla metà degli anni novanta in poi (Nielsen e Andersen, 2006). Gli addetti ai lavori ipotizzano persino che l'incremento assoluto del numero di anziani assistiti a domicilio, registrato a partire dalla metà degli anni novanta, sia dovuto a una maggiore copertura a livello di prestazioni, mentre ritengono che gli andamenti demografici abbiano inciso solo in misura minore (Indenrigs-og Sundhedsministeriet, 2004, p. 1). Il quadro non sembra variare neanche quando si guarda alle tendenze più recenti, sebbene la natura dei dati non permetta raffronti diretti. Tra il 2005 e il 2008, la copertura dell'assistenza domiciliare è stata del 22% circa (Danmarks Statistik, 2010b) e, stando ai nostri calcoli, in tempi ancora più recenti si è attestata attorno al 20%, considerando la popolazione dai 65 anni in su (Danmarks Statistik, 2010c; Danmarks Statistik, 2011a; Danmarks Statistik, 2011b). L'anziano medio beneficia di quattro ore settimanali di assistenza se vive per conto proprio e di circa venti ore se vive in strutture residenziali o in alloggi protetti. Solitamente, nelle strutture residenziali vivono le persone più anziane o più fragili; in

RPS

Viola Burau, Hanne Marlene Dahl

particolare, circa un ultra-ottantenne su due vive in casa di riposo (Danmarks Statistik, 2008).

Questi numeri parlano chiaro: non c'è stato ridimensionamento. È bene quindi esaminare più da vicino la natura specifica del processo riorganizzativo che ha accompagnato i due interventi riformatori. Le misure che abbiamo esaminato sono state all'insegna dell'efficienza, della qualità e della partecipazione; occorre quindi verificare se esiste una correlazione tra le trasformazioni subite dal sistema e le disposizioni attuative specifiche delle riforme, quali le norme regolamentari per i soggetti fornitori. Come è tipico dei regimi scandinavi di cura, i cittadini sono posti al centro delle attività di regolazione (Højlund, 2004; 2006). Eppure, le norme introdotte hanno mostrato due facce potenzialmente contraddittorie, poiché miravano tanto ad «assicurare» i diritti di welfare alla cittadinanza quanto ad «estendere» gli stessi, e contenevano quindi sia aspetti di controllo che di libera scelta/flessibilità. Nella parte che segue verrà evidenziato come questi elementi costitutivi in reciproca contraddizione abbiano costituito il trampolino di lancio per una trasformazione graduale ma sostanziale del sistema, operata per stratificazione, che ha cambiato in misura significativa l'organizzazione della *long-term care*.

4.1 Il Linguaggio comune

Il Linguaggio comune rappresenta una trasformazione di natura non legislativa che fu avviata e attuata dall'Associazione dei Comuni, mentre il Ministero per gli Affari sociali si limitò a garantire uno stanziamento iniziale per coprire parzialmente i costi di avvio del progetto. Il sistema ha istituzionalizzato una nuova figura, quella del soggetto incaricato di valutare i bisogni del richiedente assistenza, collocandolo al di sopra degli istituti preesistenti, rappresentati dalla figura dell'assistente domiciliare e dalla politica degli «anziani in casa propria il più a lungo possibile». Ciò determina una trasformazione graduale delle modalità di erogazione dei servizi di cura, modifica lo status dell'assistente domiciliare e, senza volerlo, altera la concezione del lavoro di cura nonché le pratiche di routine degli assistenti stessi.

Gli effetti del Linguaggio comune sono molteplici e complessi, poiché il sistema non trova applicazione uniforme sul livello locale. La letteratura di settore è riuscita in ogni caso a mettere bene in luce gli effetti generali di questa misura riformatrice, effetti che rivelano la natura ambivalente di una riorganizzazione operata tanto all'insegna del

controllo che della flessibilizzazione: essa si è tradotta in più cavilli burocratici e meno tempo a disposizione per le pratiche concrete di cura (Nielsen e Andersen, 2006, p. 45) nella standardizzazione del lavoro di cura, e in meno flessibilità e reattività a fronte dei bisogni individuali (Petersen e Schmidt, 2003), come anche in più trasparenza per gli anziani e i loro familiari circa i servizi di cui usufruiscono.

La figura dell'assistente domiciliare e la politica degli «anziani in casa il più a lungo possibile» restano istituti riconosciuti, ma il modo in cui l'assistenza viene fornita, e su quali basi, cambiano in maniera sostanziale. La standardizzazione intrinseca al sistema del Linguaggio comune riduce l'autonomia dell'assistente domiciliare e quindi ne modifica lo status. Per essere più specifici, la sua flessibilità è limitata poiché non è autorizzato a rispondere a nuovi bisogni non ancora sottoposti a valutazione. Inoltre, il tempo dedicato materialmente al lavoro di cura è limitato dalla attività di valutazione e di documentazione dei servizi forniti. Si tratta di un effetto non intenzionale che trasforma l'ideale di cura, poiché si passa dal prendersi cura in risposta ai bisogni immediati espressi dal diretto interessato al fornire assistenza in base a pacchetti standard, nonché dalla centralità del lavoro di cura a quella della documentazione delle attività svolte. Dal punto di vista dell'utente, il sistema del Linguaggio comune ha determinato una trasformazione altrettanto sostanziale nel senso di una maggiore autonomia: esso pone l'utente in posizione di maggiore forza, grazie a una valutazione scritta che chiarisce quali prestazioni può aspettarsi di ricevere nonché richiedere. Sotto questo profilo, il Linguaggio comune riflette il principio di tutela del consumatore proprio della «nuova gestione della cosa pubblica» (Glendinning, 2008), andandosi tuttavia a combinare con le specificità del contesto istituzionale scandinavo, che considera i servizi un diritto dei cittadini nel quadro del welfare state e non ritiene pertanto di poterli esclusivamente relegare a una dimensione puramente amministrativa e discrezionale.

4.2 Libertà di scelta

Anche l'introduzione della libertà di scelta rappresenta una trasformazione graduale ma sostanziale del sistema realizzata attraverso la stratificazione. Più precisamente, i due assi portanti del regime di cura scandinavo, l'universalismo e il localismo, non vengono toccati, ma ad essi vanno a sovrapporsi i nuovi istituti della libera scelta, della standardizzazione e della centralizzazione. La riforma promuove infatti

RPS

Viola Burau, Hanne Marlene Dahl

attivamente il passaggio dal concetto di cittadini a quello di consumatori, la ridefinizione del ruolo degli enti locali quali acquirenti di servizi, nonché il potenziamento dei poteri regolamentari del governo centrale. Nell'insieme, tutto ciò trasforma in maniera sostanziale il modo in cui i servizi per la non autosufficienza sono organizzati, per quanto gli effetti di questo processo siano andati manifestandosi con una certa gradualità. La facoltà di appaltare i servizi nel quadro del principio di libera scelta venne sancita già nel 2003, ma nei fatti le esternalizzazioni furono avviate con una certa lentezza. Pur tuttavia, nel 2007 venne approvata un'importante riforma del sistema di relazioni tra centro e periferia che portò all'ampliamento delle dimensioni degli enti locali, rendendo il mercato dell'assistenza ai non autosufficienti più appetibile per i privati (Dahl, 2008). Tra il 2008 e il 2010, il numero di privati che fornivano assistenza domiciliare è salito al 34% (Danmarks Statistik, 2011c), facendone una componente non più marginale in questa sfera. Oggi, un anziano assistito su tre opta per il privato, anche se questa stima si riferisce solo a servizi di aiuto pratico quali le pulizie: solo il 4% degli anziani che usufruisce di servizi di assistenza alla persona sceglie la soluzione dei privati (Danmarks Statistik, 2010c).

Anche in questo caso, la riorganizzazione dei servizi ha combinato elementi di controllo e di flessibilità (Højlund, 2004; 2006). Da una parte, sancendo il principio di concorrenza, si è imposto agli enti locali di assolvere a una funzione acquirente nella sfera dei servizi di assistenza domiciliare, intesa come altro dalla loro materiale erogazione. Ciò ha significato separare due funzioni originariamente integrate, nonché gettare le basi per rompere il monopolio delle amministrazioni locali nella fornitura di questi servizi. Ciononostante, rimanendo l'assistenza domiciliare a spese dello Stato, è stato necessario predisporre meccanismi di «ingresso controllato nel mercato»: gli enti locali devono fissare standard di qualità. Inoltre, le amministrazioni locali sono tenute a stabilire procedure che garantiscano il pieno rispetto degli obblighi di legge in relazione alla scelta del fornitore, alla valutazione dei bisogni e ai provvedimenti da adottare se il fornitore non adempie ai propri doveri. Nell'insieme, tutto ciò si è tradotto nella rinuncia da parte degli enti locali al monopolio sull'assistenza domiciliare e nella promozione di un sistema più ibrido, controbilanciato tuttavia dal rafforzamento dei controlli gestionali da parte delle amministrazioni locali stesse.

Il quadro appare altrettanto ambivalente per quanto riguarda il mag-

giore margine di scelta di cui dispongono gli anziani. Per quanto gli utenti siano ormai liberi di scegliere liberamente a quale fornitore rivolgersi, questa scelta è comunque soggetta a controllo. L'utente può unicamente scegliere un fornitore accreditato dall'ente locale e solo per le prestazioni certificate dall'ente stesso come esigibili in sede di valutazione iniziale dei bisogni. Inoltre, in base a un principio analogo, l'utente ha in una certa misura facoltà di decidere di quale servizio nello specifico desidera beneficiare, ma questa scelta non è scevra da condizioni: essa deve essere approvata dall'operatore professionalmente competente, e non può prevedere la sostituzione delle mansioni di aiuto pratico con quelle di cura della persona, se queste non sono state inizialmente previste sempre in sede di valutazione dei bisogni. Inoltre, se il singolo utente rifiuta ripetutamente una specifica prestazione, l'ente locale può decidere di procedere a una nuova valutazione.

5. Conclusioni

L'analisi fin qui condotta porta a definire la Danimarca come un caso di trasformazione sostanziale risultante da interventi all'insegna della riorganizzazione del sistema, piuttosto che dal suo ridimensionamento. La supposta necessità di procedere a una riorganizzazione deriva da esigenze di contenimento della spesa, che trovano giustificazione nel discorso dominante e transnazionale sulla nuova gestione della cosa pubblica. Gli interventi riformatori hanno fatto leva su elementi di controllo e flessibilità, che hanno gradualmente ma sostanzialmente alterato il modo in cui l'assistenza ai non autosufficienti è organizzata. Più specificamente, gli istituti riconosciuti dell'universalismo, del localismo, dell'assistenza domiciliare e del principio degli «anziani in casa propria il più lungo possibile» non sono stati toccati, ma ad essi sono andati ad aggiungersi altri istituti quali la libertà di scelta, la standardizzazione e il centralismo. Sotto il profilo procedurale, le riforme hanno fatto leva su interventi tanto legislativi quanto di altra natura.

Il sistema danese per la non autosufficienza continua a funzionare bene rispetto ad altri paesi (Sarasa e Mestres, 2007), ma la quantità e la portata degli interventi riformatori cui si è dato corso negli ultimi venti anni l'hanno messo duramente alla prova. I vecchi istituti convivono, spesso con difficoltà, accanto ai nuovi, i quali a loro volta premono in varie direzioni. Da entrambi questi punti di vista, le ambigue interazioni tra elementi di controllo/standardizzazione e di flessibili-

RPS

Viola Burau, Hanne Marlene Dahl

tà/libertà di scelta costituiscono un nodo centrale (Hansen e Vedung, 2005; Højlund, 2004; 2006), traducendosi in una serie di tensioni potenzialmente deleterie per il buon funzionamento del sistema. Le tensioni tra le istanze di controllo e di flessibilizzazione si manifestano soprattutto in due sfere: nelle relazioni tra potere centrale e locale e nelle interazioni tra utenti e operatori del settore. Il principio della libera scelta è portatore di una forma radicale di decentramento, incentrato sui singoli soggetti fornitori piuttosto che, più banalmente, sugli enti locali. D'altro canto, però, il carattere intrinsecamente flessibile delle microinterazioni di mercato è fortemente limitato dal controllo pubblico su questo mercato emergente. Inoltre, il governo centrale regola in termini sempre più minuziosi l'azione degli enti locali (Dahl, 2011). Da questo punto di vista il Linguaggio comune introduce ulteriori meccanismi di controllo, in quanto aiuta a standardizzare i servizi.

Questa tensione tra controllo e flessibilità è altrettanto palpabile nelle interazioni tra utenti e operatori. La standardizzazione intrinseca al Linguaggio comune limita la possibilità degli operatori della cura di esercitare il loro giudizio in qualità di professionisti e di rispondere in maniera flessibile ai bisogni degli utenti. Ma quegli stessi standard garantiscono una maggiore flessibilità agli utenti dei servizi di cura, poiché conferiscono maggiore trasparenza al sistema in quanto sostegno nella capacità di scelta. Ciò detto, tali scelte devono avvenire all'interno di confini estremamente ben definiti: la loro portata è limitata e, nel quadro del modello acquirente/fornitore, dipenderà da una valutazione iniziale dei bisogni da parte di professionisti del settore.

Riferimenti bibliografici

- Anttonen A., 2002, *Universalism and Social Policy: A Nordic-Feminist Reevaluation*, «Nora - Nordic Journal of Feminist and Gender», vol. 10 (2), pp. 71-80.
- Blom-Hansen J., 2002, *Den fjerde statsmagt? Kommunernes Landsforening i dansk politik*, Aarhus Universitetsforlag, Aarhus.
- Bureau V., Theobald H. e Blank R.H., 2007, *Governing Home Care: A Cross-National Comparison*, Edward Elgar, Cheltenham.
- Dahl H.M., 2000, *Fra kitler til eget tøj – Diskurser om professionalisme, køn og omsorg*, Politika, Aarhus.
- Dahl H.M., 2004, *A View from the Inside: Recognition and Redistribution in the Nordic Welfare State from a Gender Perspective*, «Acta Sociologica», vol. 47 (4), pp. 325-337.

- Dahl H.M., 2005, *A Changing Ideal of Care in Denmark: A Different Form of Retrenchment?*, in Dahl H.M. e Eriksen T.R. (a cura di), *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State. Continuity and Change*, Ashgate, Aldershot, pp. 47-60.
- Dahl H.M., 2008, *Strukturreform og aldreomsorg*, «Gerontologi», vol. 24 (2), pp. 4-7.
- Dahl H.M., 2009, *New Public Management, Care and Struggles about Recognition*, «Critical Social Policy», vol. 29 (4), pp. 634-654.
- Dahl H.M., 2011, *Who Can Be against Quality?*, in Ceci C., Björnsdottir K. e Purkis M.E. (a cura di), *Home, Care and Practices. Critical Perspectives on Frailty*, Routledge, Londra.
- Dahlgaard S., 2001, *Oprørende – Hjemmehjælpen i København odelagt af dårlig ledelse*, «Ekstrabladet», 6 agosto, p. 6.
- DaneAge, 2011, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.aeldresagen.dk/Medlemmer/detgoervifordig/omos/english/Sider/Default.aspx>.
- Danmarks Statistik, 2008, *Nyt fra Danmarks statistik: Varig hjemmehjælp*, n. 194, Danmarks Statistik, Copenhagen.
- Danmarks Statistik, 2010a, *RAS1F1Erbvervs- og beskæftigelsesfrekvenser*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280>.
- Danmarks Statistik, 2010b, *Nyt fra Danmarks statistik: Varig hjemmehjælp*, n. 187, Danmarks Statistik, Copenhagen.
- Danmarks Statistik, 2010c, *Nyt fra Danmarks statistik: Varig hjemmehjælp*, n. 187, Danmarks Statistik, Copenhagen.
- Danmarks Statistik, 2011a, *Folketal*, disponibile all'indirizzo internet: www.statistikbanken.dk/FOLK1.
- Danmarks Statistik, 2011b, *AED06. Modtagere af varig hjemmehjælp (frit valg)*, disponibile all'indirizzo internet: www.statistikbanken.dk/1565.
- Danmarks Statistik, 2011c, *VH 33 Leverandører af privat hjemmehjælp*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280>.
- Doyle M. e Timonen V., 2007, *Home Care for Ageing Populations. A Comparative Analysis for Domiciliary Care in Denmark, the United States and Germany*, Edward Elgar, Cheltenham.
- Folketingsdebat, 2002, *Første behandling af lovforslag, 2001-02 (2. Samling)*, L 130, Folketinget, Copenhagen.
- Glendinning C., 2008, *Increasing Choice and Control for Older and Disabled People: A Critical Review of New Developments in England*, «Social Policy & Administration», vol. 42 (5), pp. 451-469.
- Green-Pedersen C., 2002, *New Public Management Reforms of the Danish and Swedish Welfare States: The Role of Different Social Democratic Responses*, «Governance», vol. 15 (2), pp. 271-294.
- Hansen M.B. e Vedung E., 2005, *Falles sprog i aldreplejens organisering. Evaluering af et standardiseret kategorisystem*, Syddansk Universitetsforlag, Odense.

RPS

Viola Burau, Hanne Marlene Dahl

- Hochschild A.R., 1995, *The Culture of Politics: Traditional, Postmodern, Coldmodern and Warmmodern Ideals of Care*, «Social Politics», vol. 2 (3), pp. 331-345.
- Højlund H. e Højlund C., 2000, *Velfærdsparadoks og kommunikation: «Fælles sprog»: En anden ordens strategi på hjemmehjælpsområdet*, «GRUS», vol. 21 (61), pp. 18-39.
- Højlund H., 2001, *Kvalitetsudvikling og velfærdsparadokser*, in Høeg D., Prose E., Brockenhuus-Schack A. e Milkær L. (a cura di), *Ældreomsorg – management eller menneskelighed?*, Videnscenter på Ældreområdet, Hellerup.
- Højlund H., 2004, *Markedets politiske fornuft. Et studie af velfærdens organisering i perioden 1990-2003*, Copenhagen Business School, Copenhagen.
- Højlund H., 2006, *Den frit vælgende ældre*, «Dansk Sociologi», vol. 17 (1), p. 41-65.
- Høringssvar, 2002, *Høringssvar vedrørende L 130, 2001-02 (2. Samling)*, L 130, Folketinget, Copenhagen.
- Ib H., 2001, *Ansaret tilbage til hjemmehjælperne*, «Jyllands-Posten», 9 agosto, p. 3.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004, *Ældreområdet*, (Strukturkommissionens betænkning, Bind III), Indenrigs - og Sundhedsministeriet, Copenhagen, disponibile all'indirizzo internet: http://www.im.dk/publikationer/strukturkom_bind_III/kap35.html.
- «Jyllands-Posten», 2002, *Ældrepakken: Ældre kan først vælge hjemmehjælp fra nytår*, «Jyllands-Posten», 23 may.
- Kommunernes landsorganisation, 1999, *Nybedsbrev*, aprile.
- Kommunernes landsorganisation, 2002a, *Nybedsbrev*, novembre, n. 3.
- Kommunernes landsorganisation, 2002b, *Nybedsbrev*, giugno, n. 2.
- Kommunernes landsorganisation, 2002c, *Nybedsbrev*, febbraio, n. 1.
- «Kristeligt Dagblad», 2001, *Ældre skal selv bestemme over hjemmehjælpen*, «Kristeligt Dagblad», 8 dicembre.
- Kröger T., 1997, *Local Government in Scandinavia: Autonomous or Integrated into the Welfare State?*, in Sipilä J. (a cura di), *Social Care Services: The Key to the Scandinavian Welfare Model*, Avebury, Aldershot.
- Lewinter M., 2004, *Developments in Home Help for Elderly People in Denmark: The Changing Concept of Home and Institution*, «International Journal of Social Welfare», vol. 13, p. 89-96.
- Nielsen J.A. e Andersen J.G., 2006, *Hjemmehjælp. Mellem myter og virkelighed*, Syddansk Universitetsforlag, Odense.
- Pedersen I.K., 2001, *Det ser du for godt ud til*, «Weekendavisen», 18 maggio, p. 2.
- Petersen J.H., 2008, *Hjemmehjælpens historie. Idéer, holdninger, handlinger*, Odense Universitetsforlag, Odense.
- Petersen L. e Schmidt M., 2003, *Projekt fælles sprog*, Akademisk Forlag, Copenhagen.
- Pierson P., 2001, *Coping with Permanent Austerity Welfare Restructuring in Affluent Democracies*, in Pierson P. (a cura di), *The New Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.
- «Politiken», 2001, *Foghs velfærdsmarked*, «Politiken», 2 dicembre, p. 1.

- «Ritzau», 2002, *Citathistorie fra Jyllands-Posten: aldrepleje kan ende i bureaukrati*, «Ritzau», 28 agosto.
- Rostgaard T., 2007, *Begreber om kvalitet i aldreplejen. Temaer, roller og relationer*, Socialforsknings Institut, Copenhagen.
- Rostgaard T., 2006, *Constructing the Care Consumer: Free Choice of Home Care for the Elderly in Denmark*, «European Societies», vol. 8 (3), pp. 443-463.
- Sarasa S. e Mestres J., 2007, *Women's Employment and the Adult Caring Burden*, in Esping-Andersen G. (a cura di), *Family Formation and Family Dilemmas in Contemporary Europe*, Foundation Bbva, Bilbao.
- Socialudvalget, 2002, *KLs brev to Folketingets Socialudvalg vedr. ændringsforslag til L 130, 17. maj 2002, 2001-02 (2. Samling)*, L 130, Folketinget, Copenhagen.
- Strandberg-Larsen M., Bernt Nielsen M., Vallgård S., Krasnik A. e Vrangbæk K., 2007, *Denmark. Health System Review*, Who Europe, Copenhagen.
- 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.
- Szebehely M., 2003, *Den nordiske hentjænsten – bakgrund och omfattning*, in Szebehely M. (a cura di), *Hemhjälp i Norden – illustrationer och reflektioner*, Studentlitteratur, Lund.
- Thelen K., 2000, *Timing and Temporality in the Analysis of Institutional Evolution and Change*, «Studies in American Political Development», vol. 14 (spring), pp. 101-108.
- Thye-Petersen C., 2001, *Styringsredskaber erstatter nemt sund fornuft*, «Jyllands-Posten», 11 agosto, p. 4.
- Vrangbæk K. e Østergren K., 2006, *Patient Empowerment and the Introduction of Hospital Choice in Denmark and Norway*, «Health Economics, Policy and Law», vol. 1 (4), pp. 371-394.

RPS

Viola Burau, Hanne Marlene Dahl

Traduzione dall'inglese a cura di Eva Gilmore

