

Le riforme per la non autosufficienza nei Paesi Bassi

Barbara Da Roit

RPS

La fondazione dell'attuale sistema di assistenza per la non autosufficienza olandese risale alla fine degli anni '60, momento in cui venne introdotta un'assicurazione sociale obbligatoria per coprire i costi delle «spese mediche straordinarie» (Awbz). Da allora il sistema ha sistematicamente subito un processo di riforma. L'articolo ricostruisce la logica originale del sistema attraverso l'analisi storica

e istituzionale. Successivamente vengono prese in considerazione le tendenze di riforma, ponendo particolare attenzione a come si sia sostanziato il problema del cambiamento e ai soggetti che giocano un ruolo rilevante in tale processo. Tutti questi aspetti sono descritti e rivisti in chiave critica al fine di capire in che direzione si muova e che impatti abbia il cambiamento istituzionale.

1. Introduzione

Durante «l'età dell'oro» dello stato sociale i Paesi Bassi hanno creato un sistema di protezione sociale ibrido che comprende caratteristiche di tipo universalistico e conservativo-corporatista allo stesso tempo (Arts e Gelissen, 2002; Esping-Andersen, 1999; Goodin e Smitsman, 2000). Nell'ambito delle politiche di assistenza questo approccio misto è particolarmente evidente. Mentre i servizi di assistenza ai minori sono stati lungamente trascurati dallo stato sociale olandese, che ha sempre dato per scontato che fossero le madri (soprattutto quelle che non lavorano) a prendersi cura dei propri figli, lo sviluppo delle politiche dedicate agli anziani e ai disabili ha prodotto risultati straordinariamente diversi. Già nel 1968 fu introdotto un modello di tipo universalistico a copertura totale che proteggeva i cittadini olandesi dalle criticità poste dalla non autosufficienza, grazie all'introduzione di una assicurazione sociale obbligatoria nazionale che mirava a coprire i costi di «spese mediche straordinarie» (la Awbz, *Algemene wet bijzondere ziektenkosten*). L'Awbz, assieme alle pensioni minime e ai sussidi alle famiglie, si presenta come uno dei principali tratti di tipo «universali-

RPS

LE RIFORME PER LA NON AUTOSUFFICIENZA NEI PAESI BASSI

stico» nel sistema di welfare olandese. Con l'introduzione dell'Awbz lo stato sociale olandese si fece carico della maggior parte degli oneri organizzativi e finanziari per il sostegno delle persone (anziane) bisognose di cure continuative, consentendo un certo livello di de-familizzazione dell'assistenza.

Lo sviluppo iniziale e le caratteristiche di tipo universalistico di tale programma si riflettono nei tassi di copertura dei servizi relativamente alti rispetto alla popolazione target e al livello alto di spesa sociale per la *long-term care* (Ltc).

Secondo i dati dell'Ocse, nel 2006 circa il 20% delle persone di o sopra i 65 anni hanno usufruito di assistenza domiciliare (13%) o servizi di assistenza di tipo residenziale (7%), una delle percentuali più alte nei paesi facenti parte dell'Ocse assieme alla Norvegia (21%), rispetto alle percentuali di copertura più basse in Italia (3%), Regno Unito (11%), Germania (10%), Francia (13%), Danimarca (14%), Austria (16%) e Svezia (17%) (Oecd, 2009, p. 115). Nel 2008 la spesa dedicata a programmi inerenti alla Ltc come percentuale del Pil ha raggiunto il 3,5% nei Paesi Bassi e il 3,6% in Svezia, mentre è variata tra l'1% e il 2% nella maggior parte dei paesi di cui sopra (Ocse dati inerenti alla Sanità 2011).

Il risultato di questa politica è stato che gli obiettivi distinti e possibilmente conflittuali di garantire un'assistenza accessibile e di buona qualità e allo stesso tempo di contenere i costi nei Paesi Bassi sono stati il fulcro del dibattito politico e dello sviluppo delle politiche nell'ambito della Ltc negli ultimi trenta anni.

È stato sostenuto che le caratteristiche intrinseche del sistema politico olandese rendono difficilmente possibile attuare delle riforme radicali (Schut, 1995). La relativa debolezza dei governi e la relativa forza di alcuni attori renderebbe difficile l'approvazione di riforme sostanziali. Nessun partito politico ha mai avuto la maggioranza assoluta in parlamento dalla fine della Seconda guerra mondiale e tutti i governi sono stati di coalizione, in cui i compromessi tra gli alleati-competing politici sono fondamentali. Allo stesso tempo c'è la tendenza a cristallizzare l'attenzione sulle politiche già esistenti, particolarmente nell'ambito di programmi strutturali a livello nazionale e settori integrati di politica, come quello della Ltc. Ciò nonostante, il sistema della Ltc ha subito un processo continuativo di riforma negli ultimi venti anni, cosa che riflette un approccio progressivo che verrà discusso qui di seguito.

2. *La Awbz come pilastro del sistema olandese della Ltc*

Come menzionato prima, la base dell'attuale sistema olandese della Ltc risale agli inizi degli anni '60. Le politiche legate alla Ltc, nei Paesi Bassi, si sono conseguentemente sviluppate attorno all'Awbz, l'assicurazione nazionale per le «spese mediche straordinarie». Vale la pena sottolineare che nel dibattito olandese l'Awbz viene solitamente considerata come parte del sistema «previdenza» (*verzorging*), che comprende assistenza (acuta e non-acuta) sanitaria e sociale.

Una breve ricostruzione della nascita e dello sviluppo della Ltc nell'ambito del sistema sanitario aiuterà a comprendere la logica da cui è originato il percorso politico che ha portato alla Ltc e la posta in gioco legata al successivo processo di riforma.

2.1 *La logica originale del modello di «assistenza» olandese e il percorso politico della Ltc*

Nonostante i diversi progetti governativi, i Paesi Bassi non hanno avuto un completo sistema di assicurazione sanitaria collettiva prima della seconda guerra mondiale: mentre la maggior parte della popolazione operaia versava contributi ad assicurazioni sanitarie volontarie, i poveri venivano assistiti da fondi municipali e chi stava meglio pagava l'assicurazione privata. Nel 1941, le forze di occupazione tedesche introdussero uno schema di assicurazione sanitaria obbligatoria, sul tipo del modello Bismarck, per tutti i lavoratori (ad eccezione dei dipendenti pubblici per cui l'assicurazione rimase volontaria) e per le loro famiglie che fossero al di sotto di una certa soglia di reddito. Allo stesso tempo, le compagnie assicurative continuavano a proporre assicurazioni private a quei cittadini che avessero un reddito superiore al tetto prestabilito (Van der Velden, 1996).

Dopo la guerra, nei Paesi Bassi si accese un dibattito sull'opportunità di trasformare la politica sociale orientandola al modello Beveridge, ma questo non portò ad una trasformazione complessiva dello Stato sociale olandese. Ciò nonostante, quel programma ebbe un certo successo nel sistema pensionistico tramite l'introduzione di un certo numero di così dette «assicurazioni dei cittadini» – che includevano una assicurazione di base forfettaria e assegni familiari – e di uno schema di previdenza sociale nazionale, che si affiancavano alle così dette «assicurazioni della classe operaia» (Van Oorschot, 2006). In ambito sanitario, il sistema dualistico che caratterizzava l'assistenza sanitaria

acuta che era emerso durante la guerra, venne confermato con la Legge sull'assicurazione sanitaria (*Ziekenfondswet*, Zfw) del 1964 che venne attuata nel 1966. Al contrario, il dibattito sulla necessità di coprire i rischi di assistenza sanitaria «eccezionali» portò allo sviluppo di un sistema universalistico basato sul cittadino, tramite l'istituzione di un'assicurazione sociale nazionale obbligatoria.

Va inoltre tenuto in considerazione il fatto che il sistema di assicurazione Ltc olandese è tradizionalmente caratterizzato dallo sviluppo congiunto delle politiche sulle case popolari, sanitarie e di assistenza sociale (De Boer, 1999). Il periodo del secondo dopoguerra è stato cruciale per la creazione delle politiche relative all'assistenza e alle case popolari. Come soluzione ad una grave mancanza di alloggi, dovuta alla devastazione causata dalla guerra, furono costruite nuove case per gli anziani – cioè le case di riposo (*verzorginghuizen*) – così da consentire alle giovani famiglie di vivere da sole (Van den Heuvel, 1997). Questo sviluppo derivò dalla combinazione dell'azione del governo nazionale e da quella delle organizzazioni non-profit (*wooningscorporaties*). Al fine di supervisionare adeguatamente le case di riposo, furono create delle regolamentazioni sull'alloggiamento e la cura degli anziani¹: le strutture residenziali che rispettavano i criteri avevano diritto al finanziamento pubblico. Nel 1960 cominciarono a svilupparsi le strutture residenziali socio-sanitarie (*verpleeghuizen*) dedicate all'assistenza di quelle persone che necessitano di assistenza sanitaria intensiva, con l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione dei malati cronici. A questo punto le assicurazioni – l'elemento chiave del sistema sanitario olandese – si sono rifiutate di coprire le spese relative alla cura dei malati cronici.

L'introduzione della Awbz nel 1968 risolse questa controversia. La base dell'assicurazione sociale del sistema sanitario ha chiaramente avuto un'influenza nel definire la soluzione istituzionale per il finanziamento della Ltc: invece di fare affidamento sulla tassazione generale, che avrebbe comportato pagamenti progressivi legati al reddito, si scelse un sistema di assicurazioni pubbliche basato su contributi proporzionali al reddito. Infatti, si decise che non fosse praticabile trasferire il sistema di assicurazione sanitaria usato per l'acuzie direttamente alle criticità della Ltc. Come sopra menzionato, l'assicurazione sanitaria per l'acuzie era obbligatoria solo per quei lavoratori al di

¹ La Legge sugli alloggi per gli anziani (Wbo) del 1963 ha fornito una regolamentazione a livello nazionale nell'ambito delle case per gli anziani.

sotto di una certa soglia di reddito: conseguentemente copriva solo i due terzi della popolazione ed escludeva il gruppo che percepiva un reddito più alto. Questa caratteristica venne vista come un limite per la copertura della nuova Ltc. La proposta del governo di estendere l'assicurazione sanitaria obbligatoria già esistente a tutta la popolazione e, conseguentemente, l'allargamento della sua portata alla Ltc, fu rifiutata sulla base dell'opposizione mossa da diversi *stakeholders*. Le assicurazioni private presagirono il restringimento delle loro opportunità di mercato; i datori di lavoro temettero un incremento del costo del lavoro; e la professione medica temette che i controlli del governo si estendessero anche alle tariffe applicate dai professionisti a chi era coperto dall'assicurazione privata. La soluzione alternativa venne rappresentata dall'introduzione di un diverso schema assicurativo obbligatorio per la Ltc (la Awbz) che coprisse tutta la popolazione olandese (Schut e Van den Berg, 2010).

Il risultato fu che dal 1968 la Ltc per la residenza intensiva è stata finanziata da un'assicurazione nazionale obbligatoria specifica². Quest'ultima copre non solo i «rischi sanitari eccezionali» degli anziani che necessitano cura e assistenza, ma anche quelli dei malati di mente e dei disabili adulti. Il sistema di assicurazione Ltc olandese si è conseguentemente sviluppato attorno alla Awbz. Fino agli inizi degli anni '70, i servizi coperti dalla Awbz erano principalmente di tipo residenziale. La percentuale di anziani istituzionalizzati è aumentata notevolmente negli anni, tanto che i Paesi Bassi negli anni '70 e '80 avevano il più alto tasso di anziani istituzionalizzati in Europa (Oecd, 1996a; 1996b). La Awbz, però, che era stata originariamente creata per finanziare l'assistenza fornita dalle case di cura, venne progressivamente utilizzata per coprire le spese degli alloggi per gli anziani e dei servizi domiciliari. Dagli anni '80, inoltre, prestazioni come le cure psichiatriche, così come altri servizi, ausili e attrezzature, vennero tolte dal pacchetto assicurativo coperto dalla Legge sull'assicurazione sanitaria (Zfw) e incluse nel pacchetto della Awbz.

A seguito di questi sviluppi (e fino alla riforma del sistema sanitario

² Il datore di lavoro trattiene i contributi dei lavoratori dal loro stipendio e li versa ai funzionari delle tasse. Le persone che non sono impiegate, ma devono versare i contributi per le tasse e l'assicurazione nazionale, versano i contributi per la Awbz sulla base di valutazioni effettuate dalle autorità esattoriali. Gli assicurati con meno di quindici anni, o con più di quindici anni ma senza reddito personale, non sono obbligati a versare i contributi.

del 2006), il sistema sanitario nei Paesi Bassi viene solitamente visto come una struttura a tre «comparti» (Van Ewijk e Kelder, 1999). Il primo, costituito dalla Awbz, copre tutti i residenti olandesi, indipendentemente da età e nazionalità, dai rischi della Ltc. L'assicurazione sanitaria pubblica e le assicurazioni private per coloro che erano esclusi dai fondi pubblici costituiscono il secondo comparto, che copre i rischi sanitari nell'ambito dell'acuzie. Nel terzo comparto, inoltre, troviamo le assicurazioni sanitarie aggiuntive. Agli inizi del 2000, la Awbz ha assorbito circa il 43% della spesa sanitaria totale (Stolk e Rutten, 2005).

2.2 La riforma dell'assistenza sanitaria acuta

Nel 1986 venne istituito un comitato, chiamato con il nome del suo presidente, cioè Dekker, il precedente amministratore delegato dell'azienda Philips, con il compito di analizzare la situazione e proporre una riforma della struttura e delle modalità di finanziamento del servizio sanitario. Nel Rapporto Dekker vennero proposte una serie di manovre atte a ridurre i costi e migliorare l'efficienza del sistema, tramite l'introduzione di meccanismi di mercato e l'unificazione dell'assicurazione che copriva i costi delle acuzie, sotto uno schema singolo (Commissie Dekker, 1987). Nonostante diversi governi avallarono la proposta, questa venne realmente implementata, e soltanto in minima parte, solo negli anni '90. Nel 2001, però, le idee emerse nel Piano Dekker vennero riproposte in un successivo piano del governo (Helderman e al., 2005) alla base della riforma del sistema sanitario per le acuzie del 2005, che venne implementata all'inizio del 2006. La decisione del governo venne preceduta da una relazione di grande peso svolta dal Consiglio economico-sociale (*Sociaal-economische raad*, Ser) – un organo tripartitico formato da rappresentanti dei lavoratori, dei datori di lavoro e di esperti nominati dal governo – in cui si raccomandava l'introduzione di un'assicurazione generale obbligatoria che coprisse tutta l'assistenza legata all'acuzie. Il rapporto, inoltre, sollecitava il governo a smettere di effettuare un controllo diretto di forniture, prezzi e bilanci, in favore di un sistema basato sulla regolamentazione attraverso domanda, competizione e meccanismi di mercato, sia per quanto riguardava le assicurazioni che i fornitori. Riguardo alla Awbz, il Ser era a favore del mantenimento di un unico fornitore di assicurazione sociale. Il Ser, però, sulla base di una valutazione dell'inefficienza e della scarsa soddisfazione del sistema allora vigente,

proposte che i rischi che questa assicurazione doveva coprire andassero selezionati e si dovessero concentrare sulle malattie a lungo termine gravi, e che si dovessero introdurre meccanismi di mercato (Ser, 2000).

Conseguentemente, la riforma del 2005 eliminò i dualismi del secondo comparto introducendo uno schema unico obbligatorio per tutti i residenti. Il governo decise che i rischi venissero coperti da assicurazioni private, pur mantenendo la natura sociale del sistema assicurativo sanitario. In questo comparto l'assicurato è libero di scegliere la propria assicurazione. Egli paga una somma fissa che copre l'assistenza ordinaria, mentre la quota versata dal datore di lavoro viene calcolata sulla base del reddito del lavoratore. Ogni assicuratore è libero di decidere il valore del premio assicurativo, che deve essere identico per tutti i suoi assicurati, per lo stesso tipo di prestazioni, indipendentemente dall'età o dallo stato di salute dell'assicurato. Le assicurazioni non possono rifiutarsi di assicurare un cliente, indipendentemente dal suo profilo di rischio e sono obbligate ad offrire una assicurazione di base senza benefit extra. L'assunto è che l'assicuratore generi competizione tra i diversi fornitori di servizi di assistenza in modo da ottenere il miglior prezzo³. Per quanto riguarda i fornitori, viene modificato il sistema di finanziamento degli ospedali, abbandonando il sistema di bilancio generale e adottando un sistema di rimborsi in base ai Drg (*Diagnosis-related groups*, raggruppamenti omogenei di diagnosi, *n.d.r.*), in modo da favorire la competizione tra ospedali, che precedentemente era molto limitata.

La riforma che venne attuata nel 2006 non elimina né trasforma in modo radicale l'Awbz. I meccanismi di competizione introdotti nel sistema sanitario dell'acuzie non vengono estesi anche alla Awbz. Conseguentemente alle raccomandazioni fatte dal Ser, però, il campo di applicazione dell'assicurazione viene limitato ai gravi rischi considerati non assicurabili, come le malattie gravi e croniche. Ad esempio, le cure psichiatriche di breve durata, che negli anni erano diventate ambito della Awbz, vennero spostate nel secondo comparto sanitario (si veda più avanti).

³ Viene permessa una sola eccezione alla regola del premio uguale per tutti gli assicurati di una compagnia assicurativa: nel caso di assicurazione collettiva da parte del datore di lavoro per tutti i suoi lavoratori. Lo sconto, comunque, non può essere superiore al 10%.

2.3 Riforma della Ltc: attori, punti di vista, poste in gioco e *modus operandi*

Il fatto che nel 2006 la riforma abbia riguardato la Awbz solo in modo marginale non significa che la Ltc non abbia subito un processo di riforma negli anni. Al contrario, vi sono state grandi trasformazioni sia all'interno dell'ampio contesto dell'Awbz o come risultato dell'interazione e del mutato campo di applicazione tra la Awbz e i nuovi schemi riformati in altre aree di politica sanitaria.

Il dibattito alla base di questi processi di riforma del sistema olandese della Ltc è stato dominato da diverse opinioni congiunte sin dalla fine degli anni '80.

Prima di tutto, il tema del contenimento dei costi è stato ed è tuttora fondamentale nelle politiche di governo. L'enfasi posta sulla necessità di contenere la spesa sociale nell'ambito della Ltc è andato di pari passo con due tendenze distinte. Da una parte la questione del contenimento dei costi si conciliava con l'idea che si stava diffondendo (ben al di là del settore sanitario) di «nuova gestione pubblica» e con il bisogno di introdurre la scelta individuale e i principi di mercato per favorirne l'efficienza. Dall'altra, divenne sempre più popolare l'idea che le persone dovessero essere rese maggiormente responsabili della propria cura e di quella degli altri. Nell'arena politica, i discorsi congiunti riguardo a scelta individuale, responsabilità individuale e sostenibilità finanziaria in generale negli ultimi venti anni sono stati sostenuti sia dalla destra neo-liberale, sia dalla sinistra (liberale) (Kremer, 2006). Anche le parti sociali rappresentate nel Consiglio economico-sociale (Ser) incoraggiarono l'idea di una competizione controllata nel settore sanitario e di una riduzione del campo di applicazione dell'assicurazione Ltc al fine di assicurarne la sostenibilità nel lungo periodo (si veda il paragrafo 2.2). Contemporaneamente, una ideologia neo-comunitaria, nata fra i democratici cristiani, appoggiava maggiormente l'idea di sussidiarietà orizzontale, partecipazione come responsabilità del benessere proprio e degli altri: l'asserita necessità di passare da uno «stato sociale» (*verzorgingsstaat*) ad una «società sociale» (*verzorgingsmaatschappij*) (Kuiper e al., 1983; 1987) era già un concetto presente negli anni '80 nelle idee della democrazia cristiana ed è stata sempre più enfatizzata, fino a diventare la base concettuale di una riforma a tutto tondo del welfare sociale nella metà degli anni 2000 – il Wmo (*Wet maatschappelijke ondersteuning*) o Legge per il sostegno sociale – effettuata durante un governo di coalizione capitanato dai democratici cristiani e dai socialdemocratici. La riforma aveva l'obiettivo specifico di inco-

raggiare la responsabilità individuale all'interno della «comunità», la cura informale e la decentralizzazione delle politiche dell'assistenza, al fine anche di ridurre il budget della Ltc. In generale, e similmente ad altri contesti (Pennings, 2010), anche se i partiti liberali e conservativi furono i primi ad appoggiare riforme orientate al mercato e basate sull'austerità, le stesse vennero presto abbracciate anche dai socialdemocratici. È stato sostenuto che questo tipo di riforme di welfare, nei Paesi Bassi, sono state largamente consensuali grazie al ruolo chiave giocato dal partito di centro democratico cristiano: il consenso politico fu raccolto grazie ai concetti di taglio dei costi, individualizzazione dei rischi e delle scelte, inoltre la competizione tra partiti fece sì che il partito laburista accettasse le riforme di welfare come tramite per tornare al governo (Green-Pedersen, 2001).

Secondariamente, le organizzazioni che rappresentano i disabili (e solo successivamente gli anziani) hanno richiesto maggiore indipendenza, più potere e libertà di scelta per gli utenti dei servizi offerti dalla Ltc già dagli anni '80 (Kremer, 2006). Da quel momento in poi il numero di iscritti ai movimenti rappresentativi degli utenti crebbe notevolmente – contavano già più di un milione di iscritti agli inizi degli anni 2000 (Scp, 2002) – e contemporaneamente crebbe la loro capacità organizzativa. L'idea principale sostenuta da queste organizzazioni, dietro la forte influenza del «Movimento per la vita indipendente americano», è quella che le persone che necessitano di assistenza (sanitaria) dovrebbero essere libere di prendere decisioni riguardo al loro tipo di vita e di esercitare gli stessi diritti di qualsiasi altro cittadino. Le organizzazioni di disabili – che grazie al grande sviluppo del sistema della Ltc già negli anni '80 coincidevano largamente con le organizzazioni di utenti – rivendicarono il diritto delle persone dipendenti a decidere e scegliere il modo in cui l'assistenza era organizzata per loro. Questo avrebbe scavalcato una burocrazia pesante che decideva quale tipo di bisogni avessero le persone e quali fossero le soluzioni più appropriate, con poca trasparenza e considerazione dei desideri individuali e limitata auto-determinazione. La crescente visibilità delle organizzazioni di utenti, insieme al declino del potere dei sindacati, rappresenta uno degli sviluppi più importanti nella struttura di interessi organizzati nel campo dell'assistenza (sanitaria) nei Paesi Bassi negli ultimi venti anni. È stato dimostrato che governi successivi – di diversi colori – hanno esplicitamente appoggiato le organizzazioni di utenti come strategia per ridurre l'influenza esercitata da figure professionali qualificate (Trappenburg, 2005). L'appoggio del governo per i diritti degli utenti era già iniziato

negli anni '70 e venne espresso appieno in varie leggi passate negli anni '90. Dato che gli utenti del sistema sanitario e sociale sono spesso in una posizione debole e spesso non sono in grado di agire da soli, le organizzazioni di utenti hanno progressivamente assunto un ruolo importante come rappresentanti di utenti a livello di istituzioni di assistenza, ospedali, ecc. Contemporaneamente, la pubblica amministrazione ha richiesto alle organizzazioni di utenti di «raccolgere dati sulla performance dei professionisti e sulla produzione degli ospedali e di tradurre questi dati in informazioni accessibili (classifiche di qualità e menù di opzioni), al fine di permettere a futuri pazienti di poter scegliere tra diversi fornitori di assistenza sanitaria» (Trappenburg, 2005).

Una questione degna di nota è il fatto che queste organizzazioni sembrano essere molto più interessate all'introduzione di interventi basati sulla domanda e sulla scelta, piuttosto che al cambiamento del livello di universalismo del sistema della Ltc. Secondo questo tipo di logica, le organizzazioni di utenti sono diventate l'alleato principale del governo nel tentativo di ristrutturare il sistema della Ltc e di ridurne i costi, tramite la de-professionalizzazione, l'aumento dell'assistenza informale e l'introduzione di interventi mirati decisi dal consumatore.

Il modello di assistenza olandese venne messo in discussione per via dell'intersezione di queste diverse rivendicazioni sulla base dell'alleanza tra i diversi governi e le organizzazioni di utenti. Dagli inizi degli anni '90 c'è stato un processo di riforma continuativo delle politiche della Ltc nei Paesi Bassi, che ha portato ad una serie di innovazioni politiche e di tagli alle spese (De Boer, 1999; Knijn, 2001). Nei paragrafi successivi seguiremo il percorso delle più importanti tendenze di riforma. Una revisione di queste tendenze evidenzia come le diverse riforme abbiano seguito logiche e strumenti differenti. Distingueremo, pertanto, tre gruppi di riforme. Il primo, una serie di innovazioni, aveva l'obiettivo di ridefinire i criteri di eleggibilità per accedere ai servizi della Ltc e le modalità con cui le relative risorse vengono allocate con l'obiettivo specifico di contenere i costi (sezione 3). Il secondo, una serie di riforme che introducono i cambiamenti di governance degli interventi della Ltc (sezione 4). Il terzo, la serie di riforme più recente, ha l'obiettivo di ridefinire i limiti delle politiche della Ltc (sezione 5).

3. Contenimento diretto e indiretto dei costi

Il primo gruppo di riforme che distinguiamo ha l'obiettivo di ridurre i

costi del sistema della Ltc limitando l'accesso all'assistenza finanziata dalla collettività, optando per forme assistenziali meno costose, incentivando l'accesso all'assistenza informale e pagata privatamente, come alternative meno costose alla cura formale. Questi strumenti sono spesso coerenti con altri obiettivi, come quello di rispondere ai desideri degli assistiti, che si crede preferiscano alcune forme specifiche di assistenza ad altre (assistenza domiciliare rispetto a quella istituzionale, assistenza informale rispetto a quella formale, assistenza di tipo commerciale a quella formale).

3.1 De-istituzionalizzazione

Il processo di de-istituzionalizzazione rappresenta la prima, e fino ad ora la più tradizionale sfida al sistema di assistenza olandese. I primi segni di cambiamento nelle politiche della Ltc olandese possono essere ricondotti a preoccupazioni riguardo alla vasta percentuale di anziani e di adulti disabili che vivevano in contesti istituzionalizzati. Il processo di «de-muralizzazione» fu sostenuto sulla base di argomentazioni che dicevano che i disabili preferivano vivere in maniera indipendente il più a lungo possibile. Mentre questa idea divenne esplicita nell'arena politica dalla metà degli anni '70, solo nella seconda parte degli anni '80 cominciarono ad essere attuate nuove politiche che avevano una ricaduta sull'indipendenza degli anziani e dei disabili e che ebbero un impatto sulle condizioni di vita degli anziani (Van den Heuvel, 1997). Nel 1965, la percentuale di persone alloggiate nelle strutture per anziani era il 6,7% degli anziani dai 65 anni in poi; nel 1970 aumentò fino all'8,8% e al 9,7% nel 1975. Se, inoltre, aggiungiamo la percentuale di anziani nelle strutture residenziali socio-sanitarie a questo numero, vediamo che il totale è del 12% nel 1975. Dieci anni dopo, il tasso di istituzionalizzazione era ancora il 10% di persone dai 65 anni in poi, ma nel 2003 questa percentuale era scesa al 6% (De Boer, 1999, p. 30; Statistics Netherlands, StatLine).

A parte il ragionamento che le persone preferiscono le cure domiciliari, la de-istituzionalizzazione si basa sulla convinzione che i servizi di assistenza domiciliari siano meno costosi rispetto a quelli istituzionali. Ci sono, però, delle implicazioni cruciali in questa convinzione. Nonostante la de-istituzionalizzazione giochi un ruolo fondamentale nelle strategie di riduzione dei costi, la stessa costituisce anche una sfida enorme, in quanto in qualche modo si deve aumentare il sostegno per le cure domiciliari (Jacobzone e al., 1999). Un cambiamento

RPS

Barbara Da Roit

verso l'assistenza di tipo comunitario può avere come risultato un tipo di assistenza che è costosa tanto quanto quella istituzionale, se prendiamo in considerazione la globalità dei costi (Weissert e Cready, 1989). L'assistenza di tipo comunitario può sembrare meno costosa se si basa su una vasta serie di servizi informali in sostituzione di quelli professionali di costo più elevato. Conseguentemente, questa tendenza fortemente de-istituzionalizzante mise in discussione l'organizzazione dei servizi domiciliari e richiese un maggiore coinvolgimento di caregiver informali.

Vennero approntate nuove forme di servizi di assistenza domiciliari, inclusa la copertura su 24 ore e durante il weekend. L'espansione del settore di assistenza domiciliare durante tutti gli anni '90 si riscontra nel numero accresciuto di operatori: 126.000 nel 1995 e 580.000 nel 1999 (Arts, 2002, p. 10). Lo sviluppo dei servizi di assistenza domiciliari fece emergere un numero ancora più grande di anziani non autosufficienti che vivevano già a casa e che avevano i requisiti per poter usufruire di questi servizi. Questo mise ancora più pressione sui servizi domiciliari (e sui caregiver informali) e portò ad ulteriori richieste di contenimento dei costi e di misure atte ad accrescere la produttività, come la «taylorizzazione» dei compiti (Knijn, 2001) o l'introduzione della competitività tra fornitori (si veda la sezione 4). Queste contraddizioni furono evidenziate dai tagli, da una parte, e dalla carenza di manodopera nel settore dell'assistenza domiciliare, dall'altra (Arts, 2002).

3.2 Contenimento diretto dei costi

Lo sforzo di mantenere i costi sotto controllo ha una lunga storia nei Paesi Bassi ed è stato caratterizzato dall'altalenarsi di periodi di rigoroso contenimento diretto dei costi (e problematico aumento delle liste di attesa e di problemi «di qualità» percepiti) e di periodi di assenza di controllo. Questo altalenarsi è ancora all'ordine del giorno.

Già negli anni '70 vennero implementati dei meccanismi diretti per il controllo del bilancio, specialmente riguardo al numero di «letti» nelle strutture residenziali: se si volevano fare nuovi investimenti nel settore andava richiesta un'autorizzazione. Conseguentemente, il livello di spesa veniva controllato tramite la definizione diretta del numero di ospiti delle strutture residenziali socio-sanitarie. Ciò nonostante, un sistema di budget complessivo per l'assistenza in strutture residenziali venne introdotto solo negli anni '80; tale sistema venne poi esteso an-

che al settore delle cure domiciliari. In maniera abbastanza eccezionale, rispetto ad altri settori che offrono servizi, la produttività della forza lavoro nel settore dell'assistenza è costantemente aumentata dagli inizi degli anni '90 grazie a stipendi moderati e all'introduzione di budget limitati per le organizzazioni che forniscono assistenza e che quindi furono obbligate a ridurre i costi manageriali e organizzativi e a introdurre sistemi di gestione del tempo che aumentassero l'efficienza nella fornitura di servizi (Eggink, Pommer e Woittiez, 2008).

Negli anni '90 questa strategia venne estesa anche al settore dell'assistenza domiciliare. Di conseguenza, i costi reali della Awbz furono effettivamente contenuti (Schut e Van den Berg, 2010). L'effetto collaterale di questa strategia, però, fu l'aumento delle liste di attesa e una generale percezione di peggioramento della qualità della cura, questioni che divennero fonte di preoccupazione per la maggior parte della popolazione.

Una importante decisione giudiziaria riguardo alle liste di attesa, nel 1999, aprì le porte alla sospensione di questo tipo di strategia: dato che i cittadini olandesi possedevano il «diritto alla cura» (che doveva anche essere fornita in tempi brevi) sulla base della legislazione concernente l'assicurazione sociale, il governo fu ritenuto il soggetto responsabile di assicurare che i cittadini usufruissero di questo diritto, anche contro considerazioni riguardanti il bilancio. A seguito di pressioni da parte della popolazione e politiche, oltre alla decisione del tribunale, i meccanismi di contenimento diretto dei costi vennero eliminati nel 2000: negli anni immediatamente successivi le liste di attesa si ridussero notevolmente (Van Gameren, 2005) a prezzo di un forte aumento della spesa legata alla Awbz (Schut e Van den Berg, 2010).

A partire dal 2005 vennero introdotti dei nuovi tentativi di mettere il bilancio della Awbz sotto controllo. Oltre ad un incremento dei copagamenti degli utenti (si veda più avanti), vennero imposti dei budget regionali per la Awbz sulla base delle spese sostenute in passato: gli uffici di assistenza regionali erano quelli che avevano la responsabilità di gestire questi budget, negoziando le tariffe e i livelli di massima produttività con i fornitori di assistenza. Questo tipo di strategia rischia, ancora una volta, di aumentare le liste di attesa e il deterioramento della qualità.

3.3 Limitazioni di accesso

Un modo indiretto di limitare l'accesso ai servizi di assistenza è costituito dall'introduzione dei co-pagamenti da parte degli utenti. Mentre nel settore sanitario e sociale di stampo tradizionale questi erano praticamente inesistenti (De Boer, 1999), negli anni '90 i co-pagamenti da parte dei riceventi cure domiciliari (tariffe per ora di assistenza ricevuta basate sul reddito) si svilupparono rapidamente. Alcuni sostengono che questi co-pagamenti avrebbero limitato l'utilizzo dei servizi di assistenza domiciliare sia tra i più ricchi, che tra le persone con reddito più basso. Nonostante chi percepisce un reddito basso abbia diritto all'assistenza sociale se non può permettersi i singoli pagamenti con le proprie forze, questi utenti tentano più frequentemente di accedere all'assistenza informale (e quindi gratuita) piuttosto che richiedere l'assistenza sociale. Chi percepisce un reddito alto, al contrario, tenta di risolvere i propri problemi rivolgendosi al mercato (Knijn, 2001, p. 172). Secondo il parere di alcuni organi consultivi nazionali, questi sviluppi mettono a repentaglio la natura stessa della Awbz, nata come un'assicurazione collettiva generale (Csed, 1999).

Un modo più diretto di ottenere i medesimi obiettivi sarebbe quello di restringere i criteri stessi di eleggibilità. Uno dei meccanismi con cui ciò è stato fatto è quello della cura «abituale» che ci si aspetta venga solitamente fornita alla persona non autosufficiente dal partner o dai genitori dei figli residenti nella stessa abitazione. Una delle caratteristiche dell'approccio universalistico del sistema della Ltc olandese è il fatto che la valutazione dei bisogni e l'attribuzione delle risorse di assistenza non dipendono dalle risorse (economiche o di cura) del richiedente. Tuttavia, sono stati fatti diversi tentativi di formalizzare e accrescere il numero dei compiti che ci si aspetta svolgano i membri della famiglia residenti nella stessa abitazione della persona non autosufficiente (Lvio, 2003; Ciz, 2005).

3.4 Effetti della strategia di contenimento dei costi

Se si guarda agli sviluppi della spesa nel lungo periodo, la strategia di contenimento dei costi di cui sopra ha avuto effetti limitati. I costi reali (i costi nominali adeguati sulla base dell'inflazione) sono quasi raddoppiati tra il 1985 e il 2005: gli aumenti sono stati contenuti per l'assistenza domiciliare (il 25% in venti anni) e più consistenti nel settore di assistenza in strutture residenziali (più del 100% di aumento)

(Eggink, Pommer e Woittiez, 2008, p. 21). Tuttavia, la strategia di controllo diretto dei costi ha effettivamente limitato l'aumento annuale delle spese fino agli inizi degli anni 2000, in quanto la maggior parte degli aumenti sono avvenuti nel periodo 2001-2005. Le conseguenze prodotte dall'eliminazione dei controlli diretti sui costi precedentemente imposti, al fine di ridurre le liste di attesa, sono abbastanza evidenti nello sviluppo dei costi totali. Mentre tra il 1985 e il 2001 i costi relativi alla Awbz come percentuale del Pil erano relativamente stabili intorno al 3,5%, successivamente aumentarono fino al 4% in un periodo di soli due anni. Solo un terzo di questo forte aumento in un periodo di tempo così breve può essere imputabile ad un rallentamento dell'economia nello stesso periodo (Eggink e al., 2008, p. 22).

È però importante notare che l'aumento dei costi ha evidenziato dinamiche ben distinte nei diversi sotto-settori del sistema della Ltc. Mentre nell'ambito delle cure domiciliari la maggior parte dell'aumento dei costi va attribuito all'aumento di volume di servizi offerti, piuttosto che ad un aumento dei prezzi di tali servizi, al contrario nell'ambito dei servizi di assistenza in strutture residenziali, dove il volume di servizi è aumentato di molto meno (case di riposo) o è perfino diminuito (strutture residenziali socio-sanitarie) l'incremento dei costi totali è dovuto in larga parte all'aumento dei prezzi (Eggink, Pommer e Woittiez, 2008, p. 24). Questo dimostra che, in modo particolare nell'ambito dell'assistenza in strutture residenziali, un forte controllo dei costi della forza lavoro (o un aumento della produttività) è efficace nel prevenire che i costi totali aumentino più di quanto abbiano fatto (Eggink, Pommer e Woittiez, 2008, p. 31). Questo contenimento dei costi della manodopera potrebbe avere avuto una notevole influenza sulla qualità dei servizi offerti.

Va inoltre notato che nonostante i diversi tentativi di limitare l'accesso alle prestazioni incluse nella Awbz, l'assistenza formale fornita dal sistema di assicurazione nazionale resta il pilastro su cui si basa la Ltc nei Paesi Bassi. Il numero assoluto di utenti dell'assistenza domiciliare è rimasto stabile su circa 260.000 persone all'anno nel periodo 1985-1997 ed è aumentato a 410.000 nel 2005. Il numero di caregiver (espressi in numero equivalente di lavoratori a tempo pieno) nel settore dell'assistenza domiciliare è aumentato da 50.000 a 60.000 tra il 1985 e il 1997 e poi a 80.000 nel 2005 (Eggink, Oudijk, e Woittiez, 2010, pp. 51-52). Conseguentemente, il rapporto numero di utenti per numero di lavoratori è rimasto relativamente stabile intorno a 5, dimostrando che non c'era una diminuzione di intensità dei servizi offerti. Fino alla

prima metà degli anni 2000 non c'è evidenza di una riduzione di accesso al sistema e della sostanziale sostituzione di assistenza formale con assistenza informale o di mercato (Da Roit, 2010). Tuttavia, si riscontrano segni che l'introduzione di protocolli formali sulle «cure comuni» e il recente forte aumento dei co-pagamenti potrebbe avere avuto un effetto su, rispettivamente, il ricorso alla cura informale (Cardol, Marangos e Rijken, 2008, pp. 21-22; Cardol e Rijken, 2010, p. 25; De Klerk e al., 2010, p. 215) e la diminuzione dell'accesso all'assistenza formale (Eggink, Pommer e Woittiez, 2008, p. 23). Restano, inoltre, insolute le considerazioni relative alle preoccupazioni sulla qualità dei servizi offerti e sulla de-professionalizzazione degli operatori.

4. Il cambiamento di governance nella Ltc olandese negli anni '90: potere agli utenti e accordi di mercato

Il secondo tipo di riforme che distinguiamo si propone l'obiettivo di cambiare le modalità con cui vengono allocate le risorse destinate alla Ltc e quello di modificare le relazioni tra utenti, operatori, fornitori e il sistema di finanziamento collettivo. Questi obiettivi comprendono principalmente l'introduzione di un'assistenza diretta all'utente e di principi di mercato.

4.1 Il «personal budget» (Pgb)

Fino al 1995 la Ltc veniva solo fornita attraverso servizi in natura. Nel 1995, con l'introduzione del «personal budget» (*Persoonsgebonden budget*, Pgb) ad un numero limitato di persone aventi diritto all'assistenza domiciliare venne fornita una indennità in denaro in sostituzione dei servizi. Questa indennità non era costituita da un pagamento diretto in contanti, quanto piuttosto un budget che i beneficiari potevano utilizzare per organizzarsi l'assistenza (Kraan e al., 1991). Dal 1995, una percentuale limitata, ma in costante aumento, del budget annuale della Awbz venne assegnata alle richieste di Pgb per l'assistenza domiciliare. Dal 2001, chiunque venga ritenuto avente diritto all'assistenza domiciliare per almeno tre mesi viene dichiarato idoneo a ricevere il Pgb. Il numero di riceventi del personal budget è aumentato notevolmente dalla seconda metà degli anni '90: da poco più di 5.000 persone, a 60.000 nel 2003 (De Boer e De Klerk, 2006, p. 151) e 80.000 nel 2007 (Vws, 2007).

Dalla sua introduzione, fu evidente che l'opzione del Pgb fosse più popolare tra i giovani disabili, piuttosto che tra gli anziani non-autosufficienti (Miltenburg e Ramakers, 1998). È stato stimato che nel 2007 gli utenti anziani più giovani rappresentavano circa il 10% delle persone che ricevevano assistenza compensata dalla Awbz e il 5% delle persone che ricevevano assistenza finanziata dalla Awbz⁴.

I beneficiari del Pgb possono spendere le risorse a loro disposizione per pagare caregiver non professionisti, servizi professionali privati o servizi domiciliari tradizionali. I richiedenti che hanno diritto all'assistenza hanno la scelta di ricevere servizi «in natura» o il personal budget (o una combinazione delle due opzioni). Il valore del personal budget è stabilito a circa il 75% del costo medio dell'assistenza «in natura» equipollente, in quanto si presuppone che almeno una parte del budget verrà spesa per l'acquisto di servizi informali meno costosi o per assistenza privata. Una ricerca svolta poco dopo l'introduzione del personal budget ha riscontrato che circa il 25% degli aventi diritto al Pgb acquistano assistenza da organizzazioni non-profit di cure domiciliari tradizionali. Tuttavia, più frequentemente vengono acquistati servizi di assistenza domiciliare di tipo commerciale o caregiver liberi professionisti. In circa il 20% dei casi l'assistenza è fornita da caregiver informali (Miltenburg e Ramakers, 1998). Nel 2007, un terzo degli utenti faceva affidamento esclusivamente sull'assistenza informale, un terzo su quella formale e un terzo su una combinazione delle due (Vws, 2007).

Il Pgb nei Paesi Bassi viene generalmente considerato un modello di successo. Rapporti di valutazione successivi hanno evidenziato un alto livello di soddisfazione da parte degli utenti (Miltenburg e Ramakers, 1998; Ramakers e al., 2007; Van den Wijngaart e Ramakers, 2004). D'altra parte, le possibili implicazioni per i caregiver informali (Grootegoed, Knijn e Da Roit, 2010), per gli operatori e per il sistema di fornitura di cure (Knijn e Verhagen, 2006; Kremer, 2006) hanno attirato scarsa attenzione nel dibattito. Allo stesso tempo, il Pgb viene considerato un efficace metodo di riduzione dei costi, in quanto il costo unitario dei servizi è decisamente più basso rispetto a quello pagato tramite la Awbz per i servizi in natura (circa il 75%).

Tuttavia, recenti sviluppi hanno dimostrato come questa supposizione

⁴ Nel 2007 840.214 persone hanno ricevuto assistenza finanziata tramite la Awbz: 653.300 avevano 65 anni o più, 490.130 di questi hanno ricevuto assistenza extra-muraria (Cbs, 2008, pp. 122-123).

potrebbe non essere corretta. Nonostante gli utenti che usano il personal budget siano tutt'ora una piccola minoranza di quelli aventi diritto alla Awbz, negli ultimi anni c'è stato un aumento esponenziale del numero di utenti che hanno preferito questa forma di assistenza e conseguentemente, un aumento esponenziale del bilancio. Nel 2010, per la prima volta, il governo ha annunciato che a partire dal secondo semestre di quell'anno non sarebbe stato possibile pagare un personal budget ai nuovi utenti della Awbz: i nuovi richiedenti potevano optare per i servizi in natura o sarebbero stati messi in lista di attesa per il Pgb. Questo sviluppo rivela delle possibili contraddizioni insite nell'implementazione del Pgb: uno schema attuato al fine di ridurre la burocrazia, dare potere agli utenti e allo stesso tempo salvaguardare le risorse della collettività, risulta non essere praticabile a causa di sforamenti di bilancio e finisce per mettere i richiedenti in lista di attesa. Dal punto di vista dei sostenitori della strategia per il contenimento dei costi, la questione è se il ricorso al Pgb stia favorendo la sostituzione di forme tradizionali di assistenza formale con forme di assistenza (più economica) informale e a pagamento, o se stia aumentando la totalità della richiesta di aiuto economico. Se il design istituzionale del Pgb assicura una riduzione dei costi *per utente*, si corre il rischio che aumenti il numero di utenti facendo emergere una richiesta che non ci sarebbe stata se fossero stati disponibili i servizi tradizionali. Infatti, uno studio condotto su un campione di 700 utenti del Pgb ha mostrato che solo un terzo di essi avrebbe utilizzato i servizi tradizionali se non fosse stato possibile ricevere il Pgb (il 25% avrebbe assunto un carer privato a pagamento; il 18% sarebbe rimasto senza aiuti e il 17% avrebbe continuato ad utilizzare l'aiuto che già aveva) (Ramakers e al., 2007, p. 117). Allo stesso tempo, il 38% dei rispondenti dichiara di aver optato per il Pgb in quanto il tipo di aiuto di cui necessitavano non poteva essere fornito da servizi di assistenza tradizionali, il 33% perché volevano essere in grado di pagare la cura informale che già ricevevano e il 26% perché volevano poter pagare l'assistenza informale esistente. Questo risultato suggerisce che il Pgb sostituisce solo in parte l'assistenza in natura, mentre tende a far emergere delle richieste di aiuto, che non sarebbero state espresse se ci fossero stati a disposizione esclusivamente dei servizi assistenziali. Il Pgb, inoltre, favorisce solo in parte un crescente coinvolgimento di caregiver informali, anzi sembra essere utilizzato principalmente per remunerare i carer familiari già esistenti. Sebbene questo possa essere interpretato come un affiorare legittimo della domanda inespressa e di

bisogni precedentemente insoddisfatti, certamente contraddice la logica del contenimento dei costi.

4.2 Rendere la valutazione indipendente dalla fornitura e standardizzare i compiti dell'assistenza

In linea con i principi del Npm (*New public management*) vennero introdotti dei cambiamenti nell'organizzazione del sistema in maniera tale da separare le funzioni di valutazione, finanziamento e fornitura di servizi da una parte, e di rendere la «produzione» di assistenza quantificabile e controllabile.

Fino al 1998 le funzioni di valutazione del bisogno e di fornitura di servizi erano integrate e svolte dai fornitori di assistenza. La separazione di queste due funzioni, avvenuta nel 1998, venne considerata la soluzione di molti problemi. Da una parte, la valutazione dei bisogni sarebbe più indipendente dalla disponibilità di servizi, evidenziando le opportunità degli utenti. Dall'altra ridurrebbe l'incentivazione, da parte del fornitore di assistenza, a sopravvalutare i bisogni dell'utente in relazione agli interessi dell'organizzazione. Il compito di effettuare le valutazioni inizialmente venne affidato ad organizzazioni regionali indipendenti (Rio, *Regionale indicatie organen*) sotto la responsabilità delle municipalità (Algera e al., 2003), poi dal 2005 ad un singolo organo nazionale (*Centrum indicatiestelling zorg*, Ciz) con sedi a livello locale.

Questo processo è stato anche associato alla progressiva standardizzazione delle procedure di valutazione e del sistema di attribuzione all'utente delle risorse per l'assistenza – si presuppone inoltre, che l'ulteriore introduzione di «protocolli» di valutazione e di sistemi di «benchmarking» giocherà un ruolo importante nel rendere la Awbz più efficiente, sostenibile e trasparente in futuro (Ser, 2008) – ed è accoppiato con la «taylorizzazione» della fornitura di assistenza. Il sistema olandese assicura una larga copertura delle funzioni e del tempo dedicato all'assistenza anche in ambito domiciliare. Se le persone non autosufficienti più gravi, che necessitano di assistenza continuativa giorno e notte, tendono ad essere inviate alla cura in servizi residenziali, non è inusuale trovare utenti che ricevono otto o dodici ore di assistenza al giorno, sette giorni alla settimana. Questa assistenza, però, viene solitamente fornita da un numero relativamente alto di caregiver. L'aumento del loro numero è da un lato, il risultato del fatto che la maggior parte di essi lavora part-time, ma soprattutto è anche il risultato del fatto che solitamente lavorano «per compito». Una delle

RPS

Barbara Da Roit

conseguenze di questo elemento è che il coordinamento di un numero alto di caregiver, che normalmente non viene effettuato dai servizi formali, rimane responsabilità degli utenti o dei caregiver informali (Knijn e Da Roit, 2008).

4.3 *Marketizzazione dell'offerta*

La marketizzazione o liberalizzazione dell'offerta è una tendenza che si è potuta osservare in diversi settori nei Paesi Bassi dagli anni '90, ben al di là del settore della Ltc. I servizi e le politiche attive del lavoro e i servizi di assistenza per bambini piccoli sono stati riformati o allargati tenendo come punto di riferimento la costituzione di mercati, come metodo per ridurre la burocrazia, accrescere l'efficienza e migliorare la qualità.

Nel settore dell'assistenza (domiciliare) la marketizzazione è stata attuata tramite due meccanismi: con l'introduzione del Pgb, come descritto sopra, e con l'introduzione della competizione tra i fornitori di servizi in natura.

Tuttavia, l'introduzione di un mercato dell'assistenza vero e proprio si è rivelata più difficile del previsto. Se prendiamo in considerazione il Pgb, nonostante la crescita considerevole, il suo peso relativo resta molto limitato. Una percentuale consistente di beneficiari, inoltre, lo usa per finanziare esclusivamente l'assistenza informale (si veda sopra). L'introduzione di competitività tra fornitori rimane comunque relativamente limitata. La maggior parte delle organizzazioni di assistenza domiciliare tradizionali continuano ad avere una posizione di quasi-monopolio, le fusioni sono state abbastanza comuni dagli inizi degli anni 2000 nel settore dell'assistenza finanziata dalla Awbz (in modo simile e anche di più che nel settore dell'assistenza sanitaria per l'acuzie) e l'ingresso sul mercato di nuovi piccoli fornitori è stato contenuto (Kremer, 2006; Rvz, 2003; 2008).

5. *Ridefinizione dei confini della politica di assistenza: svuotare la Awbz come nuova strategia di riforma?*

Il terzo gruppo di riforme implementate nei Paesi Bassi – più recenti e ancora valide – consiste nel ridefinire i limiti della Awbz ed eliminare degli aspetti importanti di protezione sociale dal campo di applicazione della Awbz per attribuirli ad altri settori dello Stato sociale.

5.1 Ricollocare la cura psichiatrica dal campo di applicazione della Awbz verso il sistema di assicurazione sanitaria

Come già menzionato, quando fu introdotta la riforma della sanità nel 2006 venne precisato che il campo di applicazione della Awbz, pur mantenendo i suoi principi di base, doveva limitarsi a coprire i bisogni principali della Ltc (Ser, 2000). Questo permise di rimuovere alcune parti delle forniture precedentemente assicurate tramite l'assicurazione Ltc nazionale per posizionarle sotto altri schemi di protezione sociale. Il primo effetto di questo orientamento generale fu visto nell'ambito della cura psichiatrica. La cura psichiatrica di breve periodo, che negli anni divenne campo di applicazione della Awbz è stata spostata nel «secondo comparto sanitario»: dal 2008 il primo anno di cure psichiatriche è finanziato dal sistema assicurativo che copre le cure dell'acuzie. Il finanziamento delle cure successive viene assegnato alla Awbz.

5.2 La Legge per il supporto sociale e la separazione della cura dall'assistenza domestica

Il sistema di assistenza olandese ha subito una sostanziale trasformazione nel 2007 con l'attuazione della nuova Legge per il supporto sociale (Wmo). Alcune delle prestazioni tradizionalmente coperte dalla Awbz – cioè l'aiuto in casa – sono state attribuite alle municipalità. Le conseguenze sono state duplici: da una parte, i diritti dei cittadini sono stati trasferiti nel territorio della politica sociale – l'assistenza sociale e la cura, che sono gestite a livello locale – dove il potere discrezionale ha maggiore importanza; dall'altra parte un servizio che precedentemente era integrato (cura della salute, assistenza sociale e assistenza domestica) è stato diviso in due prestazioni distinte (cura della salute e assistenza sociale da un lato e assistenza domestica dall'altro), che rispondono a logiche diverse.

Una valutazione degli effetti dell'implementazione della Wmo rispetto alla nuova organizzazione della fornitura dell'assistenza domestica a livello municipale ha mostrato che mentre le conseguenze di questo cambiamento hanno a malapena avuto un effetto sugli utenti (dal loro punto di vista) lo stesso ha avuto ripercussioni sulle organizzazioni di assistenza e sui loro lavoratori. Le municipalità hanno riconsiderato i bisogni degli utenti della Awbz che ricevevano aiuto per la gestione della casa: la stragrande maggioranza di essi hanno continuato a per-

RPS

Barbara Da Roit

cepire lo stesso livello e tipo di assistenza, solitamente dalla stessa organizzazione. Solo il 10% degli utenti ha dichiarato che il livello di assistenza ricevuta è diminuita e non era più sufficiente. Al contrario, secondo le organizzazioni che forniscono assistenza, lo spostamento del finanziamento dell'assistenza dalla Awbz al Wmo ha comportato una riduzione delle tariffe orarie, da cui sono derivate due conseguenze: problemi finanziari per le organizzazioni stesse e la riduzione dello stipendio orario per i lavoratori, che poi costituiva l'incentivo a lasciare il lavoro (Plas, Noordhuizen e van Vree, 2008). Sembra, quindi, che la strategia di contenimento dei costi, sottintesa nel trasferimento delle responsabilità dell'assistenza alle municipalità, sia basata sulla riduzione del costo del lavoro, che conseguentemente produrrà un'ulteriore mancanza di lavoratori e, come è facilmente prevedibile, una diminuzione della qualità dei servizi offerti.

5.3 *Svuotare la Awbz come strategia di riforma?*

Proposte simili, aventi come obiettivo il trasferimento di alcuni rischi attualmente coperti dalla Awbz al sistema sanitario dell'acuzie o ad altri settori di protezione sociale, continuano ad essere portate avanti. Ad esempio, è stato proposto che «l'assistenza (domiciliare) di breve durata» venga rimossa dal campo di azione della Awbz per essere finanziata dal sistema assicurativo sanitario (Den Draak, 2010; Cvz, 2007; 2009). Contemporaneamente, il Consiglio economico-sociale ha proposto l'ulteriore rimozione dalla Awbz delle cure riabilitative e dei servizi di attivazione e supervisione, che andrebbero attribuiti rispettivamente all'assicurazione sanitaria per l'acuzie e al Wmo (Ser, 2008). Questo consentirebbe di perseguire l'attuale tendenza a rivedere i confini tra la Awbz e il sistema assicurativo sanitario dal punto di vista del sistema di riabilitazione (Eyck e Peerenboom, 2006), in maniera simile a quanto è avvenuto con alcuni settori della Ltc in campo psichiatrico (Van Campen, 2009).

6. *Conclusioni*

Il dibattito sulla Ltc nei Paesi Bassi è dominato dalle tensioni create per il fatto di dover assicurare dei servizi universali di buona qualità e mantenere i costi di queste costose politiche sociali sotto controllo. I tentativi di riformare in maniera radicale la Awbz si sono rivelati diffi-

cili. Al contrario, sono state introdotte diverse riforme aggiuntive e parziali: una serie di misure diverse aventi l'obiettivo esplicito di contenere o ridurre i costi del sistema di Ltc, di aumentare il potere degli utenti e di ridistribuire l'ambito di responsabilità della Ltc tra il settore pubblico e privato, da un lato, e su diversi fronti del settore pubblico, dall'altro.

Come già dimostrato, nonostante tutti i tentativi di limitare l'accesso alle prestazioni della Awbz, la cura formale fornita tramite il sistema assicurativo nazionale resta il pilastro su cui si basa il sistema olandese. Non ci sono riscontri del fatto che l'accesso al sistema si sia ridotto e della sostanziale sostituzione della cura formale con quella informale e privata. D'altro canto le preoccupazioni relative alla qualità dei servizi offerti e alla de-professionalizzazione degli operatori restano aperte in conseguenza della strategia di contenimento diretto e indiretto dei costi.

I nuovi metodi di governance introdotti nel sistema, cioè lo schema che consente di ricevere somme di denaro per l'acquisto di assistenza (Pgb) e l'introduzione dei principi di mercato e delle idee del Npm sembrano avere avuto un impatto limitato sul sistema. Nonostante il suo successo, il Pgb rimane limitato ad una piccola percentuale degli utenti della Awbz e i meccanismi di mercato sono entrati nel sistema solo in parte. I futuri sviluppi e l'estensione del Pgb restano questioni aperte. Ancora una volta, gli elementi che suscitano maggiore preoccupazione riguardano la qualità, questione sollevata dalla standardizzazione e «taylorizzazione» del lavoro di assistenza, sia dal punto di vista degli operatori, che degli utenti.

La trasformazione probabilmente più radicale introdotta nel sistema è il trasferimento di alcuni rischi coperti dalla Awbz ad altri settori di protezione sociale. Dagli inizi degli anni 2000 è diventata predominante l'idea che per essere sostenibile la Awbz debba tornare ad occuparsi solo delle sue «attività principali» (il suo «*core business*») e lasciare la copertura di interventi complementari ad altri domini politico/istituzionali. Non solo, alcune prestazioni «a breve termine» sono state trasferite al sistema sanitario per l'acuzie e vengono proposti altri trasferimenti di questo tipo; inoltre, attività «non principali» di lungo periodo (l'assistenza domiciliare) sono state rimosse dal campo di azione della Awbz e assegnate alle municipalità nel quadro del supporto - assistenza sociale, oppure proposte analoghe sono sul tavolo di discussione. Questa tendenza rappresenta uno sviluppo qualitativamente diverso rispetto a tutte le precedenti riforme nel settore, in

RPS

Barbara Da Roit

quanto implica la ridefinizione dei confini della Ltc, al di fuori dei quali le logiche stesse della protezione sociale variano in maniera significativa. È interessante notare come questo sviluppo sembri essere avvenuto consensualmente, in maniera trasversale all'interno dell'arena politica.

In definitiva, le tensioni tra la capacità di rispondere ai bisogni, la qualità dell'assistenza e i costi sono ben lontane dall'essere risolte e c'è forte incertezza per il futuro della Awbz.

Riferimenti bibliografici

- Algera M., Francke A.L., Kerkstra A. e van der Zee J., 2003, *An Evaluation of the New Home-Care Needs Assessment Policy in the Netherlands*, «Health and Social Care in the Community», vol. 11 (3), pp. 232-241.
- Arts S.E.J., 2002, *Caring as an Occupation: Content and Quality of Working Life among Home Helps*, Nivel, Utrecht/Universiteit van Maastricht, Maastricht.
- Arts W., e Gelissen J., 2002, *Three Worlds of Welfare Capitalism or More? A State-of-the-Art Report*, «Journal of European Social Policy», vol. 12 (2), pp. 137-158.
- Cardol M., Marangos A.M. e Rijken M., 2008, *Individuele ondersteuning in de periode 2004 tot en met 2007*, in Marangos A.M., Cardol M. e de Klerk M. (a cura di), *Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking. Een jaar na invoering van de Wmo. Tweede tussenrapportage WMO evaluatie*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja, pp. 21-34.
- Cardol M. e Rijken M., 2010, *Individuele ondersteuning in de periode 2004 tot en met 2008*, in Marangos A.M., Cardol M., Dijkgraaf M. e Klerk M. (a cura di), *Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking. Twee jaar na invoering van de Wmo. Vierde tussenrapportage WMO evaluatie*, Sociaal en Cultureel Planbureau/Nivel, L'Aja, pp. 24-35.
- Ciz (Centrum Indicatiestelling Zorg), 2005, *Protocol Gebruikelijke Zorg*, Centrum Indicatiestelling Zorg, Driebergen.
- Commissie Dekker (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg), 1987, *Bereidheid tot Verandering* (Willingness to Change), L'Aja.
- Csed (Commissie Sociaal-Economische Deskundigen), 1999, *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, Sociaal-Economische Raad, L'Aja.
- Cvz (College van Zorgverzekeringen), 2007, *Pakketadvies 2007*, Publicatie 248, Cvz, Diemen.
- Cvz (College van Zorgverzekeringen), 2009, *Pakketadvies 2009*, Publicatie 274, Cvz, Diemen.
- De Boer A., 1999, *Housing and Care for Older People: a Macro-Micro Perspective*, Nederlandse Geografische Studies 253, Urban Research Centre, Utrecht.

- De Boer A. e de Klerk M., 2006, *Physical Disabilities and Care*, in de Boer A. (a cura di), *Report on the Elderly 2006. Changes in the Lives and Living Situations of the Elderly Persons in the Netherlands*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja, pp. 142-166.
- De Klerk M., Gilsing R. e Timmermans J. (a cura di), 2010, *Op weg met de WMO. Evaluatie van de wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja.
- Den Draak M., 2010, *Kortdurende thuiszorg in de Ambz. Een verkenning van omvang, profiel en afbakening*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja.
- Eggink E., Pommer E. e Woittiez I., 2008, *De ontwikkeling van Ambz-uitgaven. Een analyse van ambz-uitgaven 1985-2005 en een raming van de uitgaven voor verpleging en verzorging 2005-2030*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja.
- Eggink E., Oudijk D. e Woittiez I., 2010, *Zorgen voor Zorg Ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot 2030*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja.
- Esping-Andersen G., 1999, *Social Foundations of Post-industrial Economies*, Oxford University Press, Oxford.
- Eyck A. e Peerenboom P.B., 2006, *Revalidatie in Nederland. De grenzen van Ambz en ZVW*, Etc Tangram, Leusden.
- Jacobzone S., Cambois E., Chaplain E. e Robine J.M., 1999, *The Health of Older Persons in OECD Countries: is it Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing?*, Labour Market and Social Policy Occasional Papers n. 37, Oecd, Parigi.
- Goodin R.E. e Smitsman A., 2000, *Placing Welfare States: The Netherlands as a Crucial Test Case*, «Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice», vol. 2 (138), pp. 39-64.
- Green-Pedersen C., 2001, *Welfare-State Retrenchment in Denmark and the Netherlands, 1982-1998: The Role of Party Competition and Party Consensus*, «Comparative Political Studies», vol. 34 (9), pp. 963-85.
- Grootegoed E., Knijn T. e Da Roit B., 2010, *Relatives as Paid Caregivers: How Family Carers Experience Payments for Care*, «Ageing & Society», vol. 30, pp. 467-489.
- Helderman J.-K., Schut F.T., Van der Grinten T.E.D. e Van de Ven W.P.M., 2005, *Market Oriented Health Care Reforms and Policy Learning in the Netherlands*, «Journal of Health Politics, Policy and Law», vol. 30 (1/2), pp. 189-209.
- Knijn T., 2001, *Care Work: Innovations in the Netherlands*, in Daly M. (a cura di), *Care Work. The Quest for Security*, Ilo, Ginevra, pp. 159-174.
- Knijn T. e Da Roit B., 2008, *Working and Caring for an Older Parent in the Netherlands*, Woups Project, Dutch National Report on the qualitative study.
- Knijn T. e Verhagen S., 2007, *Contested Professionalism. Payments for Care and the Quality of Home Care*, «Administration & Society», vol. 34 (4), pp. 451-475.
- Kraan R.J., Baldock J., Davies B., Evers A., Johansson L., Knapen M., Thorslund M. e Tunissen C., 1991, *Care for the Elderly: Significant Innovations in Three European Countries*, Campus Verlag, Francoforte.

- Kremer M., 2006, *Consumers in Charge: the Dutch Personal Budget and its Impact on the Market, Professionals and the Family*, «European Societies», vol. 8 (3), pp. 385-401.
- Kuiper D.Th., Bremmer C. e al., 1983, *Van verzorgingsstaat naar verzorgingsmaatschappij, Aantekening over de christendemocratische inzet in de jaren '80*, «Extra Editie CdAktueel», ottobre, pp. 32-48.
- Kuiper D.Th., Bremmer C. e al., 1987, *Discussienota over de verantwoordelijke samenleving*, Cda, L'Aja.
- Lvio (Landelijke Vereniging van Indicatieorganen), 2003, *Werkdocument Gebruikelijke Zorg*, Lvio, L'Aja.
- Miltenburg T. e Ramakers C., 1998, *Beleidsgerichte evaluatie persoonsgebonden budget 1996-1997*, Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, Nijmegen.
- Oecd, 1996a, *Ageing in OECD Countries*, Oecd, Parigi.
- Oecd, 1996b, *Caring for Frail Elderly People. Policies in Evolution*, Oecd, Parigi.
- Oecd, 2009, *Society at a Glance 2009. OECD Social Indicators*, Oecd Publishing, Parigi.
- Oecd, 2011, *Health data 2011*, disponibile al sito internet http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html.
- Pennings P., 2010, *Exploring Variations in the Political Discourse on Public Sector Reforms, 1981- 2005*, «Public Management Review», vol. 12 (2), pp. 173-190.
- Plas L., Noordhuizen B. e van Vree F., 2008, *Wet maatschappelijke ondersteuning. Het aflopen van het overgangsrecht: effecten voor cliënten, gemeenten en thuiszorgorganisaties. Eindrapport. Een onderzoek in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, Research voor Beleid, Zoetermeer.
- Ramakers C., de Graauw K., Sombekke E., Vierke H., Doesborgh J. e Woldringh C., 2007, *Evaluatie persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2005-2006*, Eindrapport.
- Roit B., 2010, *Strategies of Care. Changing Elderly Care in Italy and the Netherlands*, Amsterdam University Press, Amsterdam.
- Rvz (Raad voor Volksgezondheid en Zorg), 2003, *Van patiënt tot klant*, Rvz, Zoetermeer.
- Rvz (Raad voor Volksgezondheid en Zorg), 2008, *Schaal en Zorg*, Rvz, L'Aja.
- Schellingerhout R., 2007, *Hoe groot is de vraag? Operationalisatie van de potentiële vraag naar Ambz-gefinancierde zorg*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja.
- Schut F.T., 1995, *Health Care Reform in the Netherlands: Balancing Corporatism, Etatism, and Market Mechanisms*, «Journal of Health Politics, Policy and Law», vol. 20 (3), pp. 615-652.
- Schut F.T. e van den Berg B., 2010, *Sustainability of Comprehensive Universal Long-term Care Insurance in the Netherlands*, «Social Policy & Administration», vol. 44 (4), pp. 411-435.
- Scp (Sociaal en Cultureel Planbureau), 2002, *De kwaliteit van de quartaire sector. Sociaal en Cultureel Rapport 2002*, Scp, L'Aja.

- Ser (Sociaal-Economische Raad), 2000, *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen. Advies uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, Sociaal-Economische Raad, L'Aja.
- Ser (Sociaal-Economische Raad), 2008, *Advies Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de Ambz*, Sociaal-Economische Raad, L'Aja.
- Stolk E.A. e Rutten F.H., 2005, *The «Health Benefit Basket» in The Netherlands*, «European Journal of Health Economics», vol. 6, pp. S53-S57.
- Trappenburg M., 2005, *Fighting Sectional Interests in Health Care*, «Health Care Analysis», vol. 13 (3), pp. 223-237.
- Van Campen C., 2009, *Profielen van vragers naar Ambz-GGZ*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja.
- Van den Wijngaart M. e Ramakers C., 2004, *Monitor budgethouders pgb nieuwe stijl. Eindrapport Its*, Nijmegen.
- Van den Heuvel W., 1997, *Policy Towards the Elderly: Twenty-Five Years of Dutch Experience*, «Journal of Aging Studies», vol. 11 (3), pp. 251-58.
- Van der Velden H., 1996, *The Dutch Health Services before Compulsory Health Insurance, 1900-1941*, «Social History of Medicine», vol. 9 (1), pp. 49-68.
- Van Ewijk H. e Kelder T., 1999, *Who Cares? An Overview of the Dutch System of Health Care and Welfare*, Netherlands Institute of Care and Welfare (Nizw), Utrecht.
- Van Gameren E., 2005, *Regionale verschillen in de wachtlijsten verpleging en verzorging. Een empirisch onderzoek naar verklarende factoren*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja.
- Van Oorschot W., 2006, *The Dutch Welfare State: Recent Trends and Challenges in Historical Perspective*, «European Journal of Social Security», vol. 8 (1), pp. 57-76.
- Vws (Ministry of Health, Welfare, and Sport), 2007, *Feiten en cijfers persoonsgebonden budget*, disponibile all'indirizzo internet: http://www.minvws.nl/dossiers/persoonsgebonden_budget_pgb/feiten-en-cijfers-pgb/.
- Weissert W.G. e Cready C.M., 1989, *A Prospective Budgeting Model for Home and Community-Based Long-Term Care*, «Inquiry», vol. 26, pp. 116-129.

RPS

Barbara Da Roit

Traduzione dall'inglese a cura di Cinzia Giammarchi

