

## Le riforme delle politiche per la non autosufficienza in Inghilterra: una storia lunga e incompiuta

**Caroline Glendinning**

*L'articolo descrive i principali cambiamenti avvenuti nel sistema di Ltc inglese nelle ultime due decadi. Dopo una panoramica sulla struttura del sistema dedicato alla non autosufficienza che si è storicamente sviluppato in Inghilterra negli ultimi cinquanta anni, l'articolo descrive i cambiamenti principali avvenuti dopo le riforme dell'assistenza primaria nel 1993 e i nuovi programmi*

*introdotti dopo di esse, i quali si pongono come obiettivo quello di dare maggiore forza alle scelte degli utenti, di riconoscere maggiormente i diritti delle persone disabili e di proporre un nuovo programma di assistenza basato sull'utilizzo di sussidi in denaro. Infine, viene analizzato il ruolo giocato dagli attori sociali e istituzionali nella revisione del sistema.*

### 1. Introduzione

Questo saggio non riguarda una singola riforma o una serie di riforme. Da un lato, documenta alcuni grandi cambiamenti avvenuti nell'organizzazione delle politiche per la non autosufficienza in Inghilterra nelle ultime due decadi – in particolare l'introduzione ed elaborazione dei «quasi-mercati», e ciò che potrebbe essere considerato il riflesso delle idee del *New public management*, idee mirate a migliorare l'efficienza sia nell'ambito della cura di lungo periodo sia nell'interfaccia tra politiche per la non autosufficienza e sistema sanitario dell'acuzie. Dall'altro, mette in risalto anche l'incapacità, nello stesso periodo di tempo, di realizzare riforme riguardanti il finanziamento del sistema, aspetto chiaramente dirimente nel funzionamento della *long-term care* (Ltc). È ormai ampiamente riconosciuto che gli attuali budget per i servizi dedicati alla non autosufficienza siano deplorabilmente inadeguati e insostenibili nel lungo periodo e che le modalità di assegnazione delle risorse non siano né eque, né trasparenti. Risulta difficile interpretare questi sviluppi contrastanti nel sistema di Ltc inglese, utilizzando ad esempio la cassetta di attrezzi analitici svi-

luppata da Streeck e Thelen (2005). Sicuramente colpisce il fatto che una serie di preoccupazioni politiche – i quasi-mercati e l'insieme di politiche che lasciano libertà di scelta all'utente, definito «*Choice*» – sia stato perseguito in modo così coerente e assertivo per due decenni da governi di orientamento politico differente (prima i conservatori, poi i laburisti e ora i conservatori-liberal-democratici), mentre tutti hanno trovato molto più difficile portare avanti riforme più radicali riguardo al finanziamento.

Una serie di considerazioni inerenti interessi politici e della politica – sicuramente non così centrali per l'opinione pubblica – è coinvolta nei dibattiti sulla riforma delle politiche sulla non autosufficienza in Inghilterra. Date le loro responsabilità istituzionali (si veda più avanti), le amministrazioni locali e gli esponenti dei professionisti del settore dell'assistenza sociale giocano un ruolo importante, così come le associazioni private (a scopo di lucro e non-profit) che forniscono assistenza in strutture residenziali e domiciliari. Le organizzazioni che rappresentano gli anziani, persone con difficoltà di apprendimento e che articolano gruppi che fanno campagna in supporto di giovani con disabilità fisiche, sono attori chiave. Sicuramente questi ultimi gruppi hanno esercitato maggiore influenza sulle modalità di riforma, sostenendo che i pagamenti in denaro offrono maggiori opportunità di scelta, di controllo e di cittadinanza. L'Inghilterra, inoltre, ha un'organizzazione di lunga data ed estremamente efficiente che rappresenta gli interessi dei carer familiari. Dato che essi non contribuiscono direttamente al finanziamento delle politiche per la non autosufficienza, storicamente né i datori di lavoro, né i sindacati sono stati coinvolti nei dibattiti concernenti la riforma, anche se dal 2010 i sindacati rappresentativi del settore pubblico hanno cominciato a fare campagna contro i tagli alla spesa pubblica promossi dal governo di coalizione, sottolineando l'impatto negativo che questi hanno sulla qualità della cura.

## 2. *Struttura e scopo della Ltc in Inghilterra*

L'Inghilterra presenta un quadro istituzionale-organizzativo largamente atipico rispetto a molti altri welfare state occidentali non solo per la frammentazione delle responsabilità, ma anche per la natura residuale dei finanziamenti statali alle politiche per la non autosufficienza e per la varietà di accordi locali che sovrintendono l'accesso e i li-

velli di fornitura dei servizi. Gli accordi per finanziare e fornire servizi dedicati alla non autosufficienza sono estremamente frammentari. Non c'è un'unica politica, finanziamento, o servizio specifico che venga largamente riconosciuto come «*long-term care*». Le risorse che finanziano le politiche per la non autosufficienza sono incluse all'interno di budget diversi sia del Sistema sanitario nazionale (*National health service* - Nhs), che delle amministrazioni locali e del Ministero del Lavoro e delle Pensioni (*Department for Work and Pensions* - Dwp). Ognuno di essi, inoltre, decide le proprie politiche di livello macro e i propri processi di assegnazione delle risorse a livello micro.

L'assistenza in strutture residenziali, il supporto per la cura personale e i lavori domestici, la cura giornaliera e altre attività da svolgere durante la giornata rientrano sotto la responsabilità dei dipartimenti di assistenza sociale per adulti di pertinenza dell'amministrazione locale. L'assistenza viene finanziata tramite fondi derivanti da una mescolanza di tassazione a livello nazionale, che vengono distribuiti dal governo centrale alle amministrazioni locali, ma senza vincoli sul fatto se debbano essere utilizzate per servizi specifici, tramite la tassazione degli immobili a livello locale, e tramite sistemi di tariffazione dell'utenza. Le persone che possiedono beni di valore superiore alle 23.000 sterline (incluso il valore della prima casa) generalmente non hanno accesso all'assistenza in strutture residenziali o domiciliare finanziata dalle amministrazioni locali. Anche i meno abbienti pagano alcune tariffe – la tariffazione sulla base del reddito da parte degli utenti copre circa il 17% della spesa totale nell'assistenza sociale. Le amministrazioni locali hanno inoltre l'obbligo legale di valutare i bisogni dei carer familiari e di fornire loro aiuto, solitamente in maniera da consentire loro di prendersi delle pause dal lavoro di assistenza (o fondi che possano essere spesi per prendersi delle pause dal lavoro di assistenza). Le amministrazioni locali sono inoltre responsabili di alcuni servizi di sostegno domiciliari, specialmente per persone con difficoltà di apprendimento o problemi di salute mentale. Per quanto riguarda gli anziani, attualmente c'è interesse a sviluppare forme di «*extra care*» e alloggio assistito (alloggi creati o adattati appositamente, forniti di servizi assistenziali di alto livello al loro interno) in quanto costituiscono un'alternativa meno costosa rispetto alla cura in strutture residenziali. Il *National health service* (Nhs) contribuisce alle politiche per la non autosufficienza per circa 3 miliardi tramite il finanziamento e la fornitura diretta di assistenza infermieristica e servizi terapeutici sia domiciliari che in strutture residenziali. I servizi del Nhs vengono finanziati dal si-

RPS

Caroline Glendinning

stema di tassazione generale, sono solitamente forniti da una serie di organizzazioni legate al Nhs e sono gratuiti per chi li riceve. Una piccola percentuale di persone – circa il 14% di tutti i residenti nelle strutture residenziali socio-sanitarie nel 2005 – presenta necessità di cura così intense o instabili, che tutta la loro assistenza viene coperta dal Nhs (*Nhs continuing care* – assistenza continuativa assicurata dal Nhs), un regime di cura equivalente a quello assegnato a chi è ricoverato in ospedale (Laing e Buisson, 2005).

Le prestazioni di previdenza sociale di rilievo includono l'*Attendance allowance* (Aa – indennità di accompagnamento), assegnata a 1,4 milioni di anziani che necessitano di supporto regolare o sostanziale per la cura personale o necessitano di sorveglianza, e la *Disability living allowance* (Dla – indennità di accompagnamento per persone disabili), che viene richiesta da 2,8 milioni di bambini e persone disabili in età da lavoro e che include un ulteriore elemento che copre i costi extra per il trasporto per coloro che presentano difficoltà di mobilità moderate o gravi. Entrambe le prestazioni sono state create per sopperire ai costi extra associati alla condizione di disabilità. Il contributo della prestazione varia dai 22 ai 152 euro a settimana, a seconda del livello e della frequenza con cui si necessita il supporto e a seconda che il richiedente presenti ulteriori difficoltà di mobilità. Risulta estremamente difficile stimare il numero di persone che ricevono queste prestazioni, in quanto risulta difficile valutare il numero di persone aventi diritto a richiederle. I valori stimati si aggirano su 40-60% (Aa), 30-50% (Dla per la parte riguardante la cura) e 50-70% (Dla per la parte riguardante la mobilità) (Kasparova e al., 2007).

I carer familiari di coloro che ricevono la Aa e la Dla, che percepiscono un reddito minimo, o non hanno altro reddito, possono anche richiedere una Indennità per i carer, che dovrebbe sopperire ai guadagni persi a causa delle responsabilità, legate all'assistenza, che non consentono di lavorare. Queste prestazioni sono a carico del Ministero del Lavoro e delle Pensioni (Dwp) e vengono gestite a livello nazionale. Tuttavia, dato che la Aa viene solitamente inclusa nei calcoli fatti sulla base del reddito dei contributi da parte degli utenti per l'assistenza sociale dell'amministrazione locale, almeno parte di queste prestazioni sono di fatto dei trasferimenti della spesa pubblica da un ministero ad un altro.

La spesa totale per le politiche per la non autosufficienza nel Regno Unito, come percentuale del Pil, è abbastanza simile a quella di altri welfare state progrediti come Australia, Canada e Germania (Oecd,

2005). Tuttavia, la spesa pubblica contribuisce solo circa il 65% del totale. Il rimanente è costituito da sistemi di tariffazione sull'utenza (circa il 17%) e dall'acquisto in forma privata dei servizi (Comas-Herrera e al., 2004). Nel 2007, inoltre, il contributo assistenziale fornito dai sei milioni di carer informali (circa un decimo della popolazione totale, secondo il censimento svolto nel 2001) è stato stimato in 87 miliardi di sterline («Carers Uk», 2007).

Si stima che in Inghilterra vengano assegnati alla popolazione sopra i 65 anni circa 13 miliardi di sterline (Wanless, 2006) con queste diverse modalità. Tuttavia, le responsabilità di finanziamento, valutazione e fornitura dei servizi risultano profondamente frammentate tra i diversi ministeri a livello centrale e tra le organizzazioni a livello nazionale e locale. Conseguentemente, le politiche a livello macro e l'assegnazione delle risorse per l'assistenza sociale e per i servizi del Nhs sono di responsabilità di (diverse sezioni) del Ministero della Salute (*Department of Health*). I budget per l'assistenza sociale vengono decisi dalle singole amministrazioni locali; le stesse, inoltre, decidono se sono in grado di dare sostegno a persone che presentano solo un livello di necessità critica, o se possono dare sostegno anche a chi necessita di un supporto minore, a seconda dei loro budget locali. C'è maggiore uniformità nell'assegnazione di servizi del Nhs sul territorio inglese, ma in definitiva gli stessi si basano sulla valutazione del bisogno da parte dei professionisti del settore e, pertanto, si riscontrano tuttora discrezionalità e alcune variazioni a livello locale. Il Dwp gestisce la Aa, la Dla e l'Indennità per i carer a livello nazionale su tutto il territorio del Regno Unito.

In parte a causa di questa frammentazione sistemica e in parte a causa del fatto che non esistono soglie nazionali di eleggibilità per l'accesso ai servizi sanitari o sociali, risulta molto difficile fare una stima della copertura dei servizi pubblici per la non autosufficienza. Nel 2009, ad una commissione parlamentare fu riferito, da alti funzionari del Ministero della Salute, che circa 6.000 anziani necessitavano di grande sostegno, ma non ricevevano nessun aiuto né sotto forma di servizi sociali, né sotto forma di cura informale; circa 1,5 milioni di persone (il 60% della popolazione disabile anziana) non riceveva sufficiente assistenza (House of Commons Health Committee, 2010, p. 41). Sulla scia della creazione di politiche aventi come obiettivo lo spostamento della cura dall'ambiente nosocomiale e dalle strutture residenziali a servizi di assistenza primari, c'è stato uno spostamento annuale dell'1% della spesa dalle strutture residenziali ai servizi di assistenza pri-

RPS

Caroline Glendinning

mari nei cinque anni tra il 2002-03 e il 2005-07. Durante questo periodo di tempo, il numero totale dei residenti anziani che alloggiavano nelle case di riposo grazie al finanziamento percepito dalle amministrazioni locali è diminuito del 13%. I servizi di assistenza domiciliare sono sempre più improntati alle esigenze di coloro che presentano un livello di necessità di assistenza più alto; durante lo stesso periodo di tempo c'è stata una diminuzione del 22% del numero di famiglie che ricevevano servizi di assistenza domiciliare per un massimo di cinque ore settimanali. Contemporaneamente, il numero di persone che accedono a servizi non residenziali, di cure intermedie, è aumentato da 98.000 a 225.000. Dal 2006-07, i direct payment (si veda più avanti) rappresentano circa il 7%, o 2,50 sterline ogni 100 sterline della spesa netta per i servizi sociali di assistenza primaria (Csci, 2009).

Riassumendo, l'accesso al finanziamento pubblico per la non autosufficienza implica valutazioni che utilizzano varie combinazioni di diversi criteri, inclusi: il reddito e la valutazione dei beni/della ricchezza; le necessità di salute e il bisogno di trattamento medico; la capacità di prendersi cura di se stessi e il rischio di farsi male; altre circostanze individuali, tra cui, in modo particolare, la disponibilità di carer informali. Queste disposizioni, che sovrintendono l'assegnazione delle risorse, mancano di coerenza strategica, mancano di trasparenza e non sono di facile comprensione. Inoltre potrebbero non rispondere precisamente ai bisogni di coloro che hanno maggiore necessità (Wanless, 2006) e spesso implicano il costo di dover svolgere la valutazione più volte. Le politiche assistenziali e il finanziamento dei servizi di assistenza sociale e del Nhs, inoltre, sono sotto la responsabilità dei singoli paesi, cioè dell'Inghilterra, della Scozia, del Galles e dell'Irlanda del Nord; i criteri di eleggibilità e i diritti sono gli stessi in tutti e quattro i paesi del Regno Unito solo per quanto riguarda le prestazioni di previdenza sociale del Dwp (si veda Glendinning, 2007, per ulteriori dettagli). Il resoconto seguente descrive esclusivamente la situazione in Inghilterra.

Queste disposizioni strutturali hanno avuto origine con l'istituzione del welfare state inglese nel dopoguerra. Alla fine degli anni '40 le responsabilità di «trattamento» e «cura» vennero assegnate all'appena istituito Nhs, mentre le amministrazioni locali rimanevano responsabili per i servizi sociali fra cui quelli dedicati agli anziani. Conseguentemente, mentre il Nhs si prendeva cura dei malati, la *National assistance act* (Legge nazionale sull'assistenza) del 1948 rese le amministrazioni locali responsabili del sostegno da fornire alle persone bisognose di

«cure e attenzioni» (Means e Smith, 1998). Le politiche e il finanziamento dell'assistenza sanitaria e sociale sono nettamente separate dalle somme di accompagnamento assegnate per il mantenimento di un certo reddito e standard di vita, compresi i sussidi destinati a coprire i costi aggiuntivi legati alla disabilità e alla cura. I meccanismi di finanziamento e di controllo, alla base di questa divisione di responsabilità, sono rimasti fondamentalmente invariati da allora. Tuttavia, i confini tra le responsabilità del Nhs e delle amministrazioni locali sono notevolmente cambiati nel tempo (Lewis, 2001; Glendinning e Means, 2004). Dalla fine degli anni '40, il Nhs si è defilato da quasi tutto quello che compete la cura non-medica, per le persone che necessitano di assistenza di lungo termine. Conseguentemente, durante gli anni '70, una serie di circolari, inviate dal governo centrale, definì gli anziani ad altissimo livello di fragilità e con problemi di salute come «adatti» ad essere presi in carico dalle strutture residenziali delle amministrazioni locali: così nella definizione di coloro che necessitavano di «cura e attenzioni» rientrarono anche persone con gravi deficit cognitivi, persone allettate, o malati in fase terminale (Means e Smith, 1998). Similmente, dalla metà degli anni '90, una serie di casi legali da manuale e di direttive governative ha ristretto l'accesso ai servizi per la non autosufficienza del Nhs solo a coloro che necessitavano di cure molto intense, o che manifestavano bisogni non prevedibili, come descritto precedentemente (Glendinning e Lloyd, 1998; Glasby e Littlechild, 2004).

Questo saggio si concentrerà principalmente sugli sviluppi (e sulla loro mancanza) nell'ambito dell'assistenza sociale. Tali sviluppi descrivono quello che Streeck e Thelen (2005) definiscono come «equilibrio punteggiato», cioè la coesistenza simultanea, e la tensione tra, inerzia istituzionale e innovazione incrementale (in particolare la vasta marketizzazione che è stata introdotta nelle politiche inglesi per la *long-term care* (Ltc) nelle ultime due decadi). Conseguentemente, i servizi per la non autosufficienza sono stati trasformati da due ondate distinte di sviluppo del quasi-mercato e dalla ricerca di maggiore efficienza nell'organizzazione e nella fornitura dei servizi. Allo stesso tempo, i tentativi di riformare un sistema considerato da molti come inadeguato, iniquo e insostenibile, sono ripetutamente falliti. Sicuramente si può sostenere che la doppia pressione di dover liberalizzare e rendere più efficiente il sistema ha decisamente incrementato la difficoltà di introdurre un cambiamento più radicale. I prossimi paragrafi descrivono questi sviluppi contraddittori e le loro conseguenze: l'intro-

RPS

Caroline Glendinning

duzione ed elaborazione dei quasi-mercati nell'ambito dei servizi sociali per gli adulti; la spinta verso una maggiore efficienza; le problematiche irrisolte legate al finanziamento e all'equità.

RPS

### *3. Lo sviluppo dei mercati nell'ambito della Ltc*

La marketizzazione dell'assistenza sociale inglese è avvenuta in due fasi principali:

- ♦ le riforme strutturali dell'assistenza primaria degli anni '90;
- ♦ lo sviluppo di iniziative consumeristiche a partire dagli anni 2000.

#### *3.1 Le riforme dell'assistenza primaria del 1993: l'introduzione dei mercati nell'assistenza sociale*

Fino agli anni '80 le amministrazioni locali erano sia i finanziatori che i fornitori dei servizi di assistenza sociale, inclusi alcuni servizi di assistenza domiciliare, strutture residenziali e centri diurni. Tuttavia, una serie di riforme, riguardanti le prestazioni di assistenza sociale legate alla valutazione del reddito, portate avanti nel 1980, rese più facile per gli anziani e i disabili a reddito basso avere accesso ai fondi dell'assistenza sociale destinati al pagamento delle rette di strutture residenziali private e strutture residenziali socio-sanitarie. È in corso un dibattito su da quanto tempo fosse possibile prevedere le implicazioni di questi cambiamenti, o se invece fossero inaspettate. In ogni caso l'impatto è stato drammatico. Sia le amministrazioni locali che gli ospedali del Nhs hanno immediatamente colto l'opportunità di trasferire la responsabilità del finanziamento delle strutture residenziali e delle strutture residenziali socio-sanitarie al budget dell'assistenza sociale e si sono immediatamente sviluppate strutture residenziali e strutture residenziali socio-sanitarie private, in risposta a questa nuova opportunità di finanziamento. Gli anziani con bassi livelli di reddito e con pochi beni immobiliari vennero istituzionalizzati semplicemente sulla base delle loro scarse risorse economiche, senza alcuna valutazione dei loro effettivi bisogni di assistenza, o senza considerare se dei servizi domiciliari alternativi fossero in grado di fornire un livello adeguato di sostegno. Allo stesso tempo, le politiche del Nhs si orientarono verso la chiusura delle strutture di lunga degenza dedicate alle persone con difficoltà di apprendimento e problemi di salute mentale cronici, al fine di spostare gli utenti in alloggi affidati all'assistenza

primaria. Il Nhs era, inoltre, sotto forte pressione per quanto riguardava le strutture ospedaliere per la lungodegenza geriatrica. Ancora una volta, i finanziamenti della previdenza sociale per la creazione di nuove strutture residenziali di assistenza primaria rappresentavano un'opzione attraente.

In poche parole, questi sviluppi rappresentavano uno «smistamento di costi», cioè una opportunità di trasferire il finanziamento per le politiche per la non autosufficienza dai limitati budget delle amministrazioni locali e del Nhs, al budget senza limiti precisi, legato ai bisogni, della previdenza sociale. «Il budget per la previdenza sociale era casualmente andato in soccorso delle famiglie, delle amministrazioni locali e del Nhs, i quali erano tutti limitati da bilanci molto rigorosi e da una crescente domanda. Quello che il governo aveva fatto era creare un'efficace sistema di "voucher"» (Lewis e Glennerster, 1996, p. 4).

Il risultato è stato un aumento esponenziale della spesa pubblica per le strutture residenziali, la rapida crescita di un mercato privato nell'ambito delle strutture residenziali, anche socio-sanitarie, finanziato tramite il budget dell'assistenza sociale, e il fatto che le amministrazioni locali siano state ampiamente disincentivate a sviluppare servizi domiciliari e di assistenza primaria, con l'obiettivo di dare sostegno alle persone nelle loro abitazioni. Tra il 1986 e il 1991, la spesa della previdenza sociale per le strutture residenziali è aumentata da 10 milioni di sterline a più di 2.000 milioni. Per la prima volta nella storia dell'assistenza sociale inglese si è sviluppato un consistente mercato privato dell'assistenza. Le nuove strutture residenziali e strutture residenziali socio-sanitarie erano spesso piccole attività di tipo familiare, quelle che suscitavano l'approvazione dell'allora Primo Ministro Margaret Thatcher.

Queste tendenze erano, comunque, contrarie alla politica dichiarata dal governo di voler incoraggiare l'assistenza «primaria», cioè assistere gli anziani e i disabili nelle proprie abitazioni o per lo meno in contesti non istituzionali. L'Audit Commission (Commissione di controllo) era un organismo di controllo indipendente molto influente, che aveva l'incarico di assicurarsi che le amministrazioni locali e il Nhs si aggiudicassero un buon rapporto qualità/prezzo nel loro utilizzo di finanziamenti pubblici. Nel 1986 la Commissione ha pubblicato un resoconto (Audit Commission, 1986), in cui criticava «l'effetto perverso delle politiche di previdenza sociale» create dalle regole di assistenza sociale e dal conseguente rapido aumento di strutture residenziali e strutture residenziali socio-sanitarie, in contrasto con i dettami della

RPS

Caroline Glendinning

politica ufficiale. La Commissione, inoltre, criticava la frammentazione delle responsabilità tra Nhs e amministrazioni locali nell'ambito dell'assistenza primaria e la mancanza di un'organizzazione che espletasse una leadership chiara, anche in termini di responsabilità.

Alla fine, il governo conservatore di allora nominò una Commissione di inchiesta che aveva il compito di fare una revisione su come i servizi di assistenza primaria reperissero le risorse e di consigliare eventuali cambiamenti da apportare. Il rapporto della Commissione di inchiesta (Department of Health and Social Security, 1988) si raccomandava che la responsabilità del finanziamento e della valutazione del bisogno assistenziale fosse chiaramente affidata ai dipartimenti locali dei servizi sociali. Tuttavia, piuttosto che raccomandare un'espansione del volume e della varietà dei servizi di assistenza sociale forniti direttamente dalle amministrazioni locali, la Commissione sostenne che la capacità di scelta e l'efficienza andavano stimulate attraverso un approccio ad «economia mista», dove il settore pubblico, privato a scopo di lucro e non-profit avrebbero dovuto competere ad armi pari per fornire i servizi: «La funzione principale dei servizi pubblici è quella di creare e organizzare la fornitura di assistenza e sostegno in linea con i bisogni dei cittadini»; una «economia mista» incoraggerebbe la libera scelta, la flessibilità e l'innovazione, in un clima competitivo (Department of Health and Social Security, 1988, par. 3.4). Le informazioni inerenti la varietà di bisogni locali, che servivano per dare forma allo sviluppo del mercato locale, dovevano essere raccolte tramite dei piani di assistenza comunitaria annuali, che andavano creati con il settore salute e altri partner locali a livello macro/strategico (Lewis e Glennerster, 1996; Means e al., 2002). A livello del singolo anziano o disabile, la valutazione di eleggibilità e l'acquisto a livello micro dei servizi, doveva essere di responsabilità di un «care manager» dei servizi di assistenza sociale locali. Questa era una nuova funzione di «gatekeeping» (l'accesso all'assistenza è vincolato dalla valutazione del carer), mirata a porre un tetto alla crescente spesa dell'assistenza sociale in strutture residenziali, riconoscendo l'eleggibilità solo a coloro che presentavano un livello di bisogno effettivamente alto e incoraggiando la ricerca di tipologie assistenziali alternative che fossero meno costose e più appropriate.

L'«economia mista», proposta nell'ambito dell'assistenza sociale, rifletteva l'ideologia sempre più dominante del governo conservatore, all'epoca molto potente, in quanto aveva appena vinto le elezioni per la terza volta consecutiva. Le «economie miste» venivano imposte sui

governi locali e servizi del sistema sanitario nazionale. Tuttavia, la creazione di una «economia mista» nell'assistenza sociale è stata anche la conseguenza dell'antipatia che l'allora Primo Ministro Thatcher aveva verso i servizi del settore pubblico in generale e delle amministrazioni locali in particolare, e la sua volontà di sostenere il nuovo settore emergente delle strutture residenziali private, che era nato con le risorse della previdenza sociale.

«La semplice interruzione del flusso di denaro proveniente dalla previdenza sociale ai nuovi richiedenti avrebbe comportato la bancarotta di molte piccole case di riposo private. Ed esse erano divenute un gruppo di potere influente ed erano esattamente il tipo di piccola attività a conduzione familiare che Mrs. Thatcher approvava» (Lewis e Glennerster, 1996, p. 6).

Alla fine, la Thatcher fu persuasa a trasferire il budget dell'assistenza sociale alle amministrazioni locali, a condizione che venisse utilizzato per acquistare i servizi del settore privato. In breve, le riforme furono la risposta ad una crisi di finanziamento – l'emorragia del budget dell'assistenza sociale – con alcuni elementi aggiuntivi, creati appositamente per minimizzare il clamore a livello politico, gli appelli ai gruppi rappresentativi degli utenti e dei carer, e per evitare di allocare ulteriori risorse alle amministrazioni locali (Lewis e Glennerster, 1996).

Ciò nonostante, passarono cinque anni prima che queste raccomandazioni venissero implementate, nel 1993. A quel punto, venne posto un tetto massimo di spesa al finanziamento dell'assistenza sociale che aveva aiutato le persone in strutture residenziali e venne trasferito alle amministrazioni locali, che vennero sempre più incoraggiate ad acquistare servizi da fornitori indipendenti, organizzazioni caritatevoli e aziende. I servizi interni avevano l'obbligo di competere con questi fornitori alternativi di servizi. Gli assistenti sociali divennero care manager, responsabili di svolgere valutazioni delle necessità assistenziali e di acquistare, da quei fornitori con cui l'amministrazione locale aveva o poteva negoziare dei contratti, dei «pacchetti» di sostegno che corrispondevano ai bisogni individuali (Means e al., 2003). Il mercato e la scelta del consumatore venivano a tutti gli effetti esercitati dai care manager, invece che dagli utenti.

In breve, questa fase di riforme di marketizzazione comportò:

- ♦ l'introduzione di valutazioni sulla base del principio di «gatekeeping» dei bisogni individuali e la loro separazione dagli accordi e dall'acquisto di servizi volti a soddisfare questi bisogni;

RPS

Caroline Glendinning

- ♦ la separazione tra le funzioni di acquirente/committente e fornitore di servizi nell'ambito dell'amministrazione locale;
- ♦ il graduale trasferimento della fornitura di servizi da quelli interni delle amministrazioni locali a quelli forniti da aziende caritatevoli private e non-profit;
- ♦ lo sviluppo aziendale, concessione di licenze e attività di regolamentazione, al fine di sostenere lo sviluppo di nuovi servizi e nuovi fornitori.

Queste riforme hanno avuto successo. Nel 1992, l'anno precedente le riforme, il settore privato forniva solo il 2% del monte ore di assistenza domiciliare; nel 2001 questa percentuale è salita al 60%. Nel 2001, l'85% di tutte le strutture residenziali per adulti facevano parte del settore privato, ma questo non costituiva più un mercato in espansione, in quanto la crescente richiesta di servizi domiciliari, la caduta dei tassi occupazionali e altre pressioni di tipo economico hanno schiacciato il settore (Means e al., 2003). Alcuni fornitori di assistenza in strutture residenziali hanno differenziato la loro offerta di prodotti e hanno cominciato ad offrire nuovi servizi, ad esempio dare il cambio al carer abituale per consentirgli di prendersi una pausa dalle sue mansioni. Altri fornitori hanno chiuso, cosa che ha comportato un certo livello di incertezza per chi era residente in tali strutture. Conseguentemente, il settore è stato descritto come un settore che mostrava «molte più tendenze tradizionali al monopolio e alla standardizzazione» (Drakeford, 2006, p. 936) in quanto corporazioni e organizzazioni a livello globale nel settore sanitario hanno acquistato una significativa fetta di mercato e una considerevole influenza politica a livello locale e nazionale (Schofield, 2007). Per questo motivo, il numero di strutture e di posti letto nelle stesse è diminuito considerevolmente, in linea con il principio di dare sostegno alle persone nelle proprie abitazioni il più a lungo possibile, mentre la grandezza media delle strutture è aumentata (Csci, 2009).

### *3.2 Consumerismo, diritti dei disabili e personal budget: gli utenti diventano acquirenti*

#### *3.2.1 La campagna a favore dei direct payment*

Dagli anni '90, le organizzazioni che rappresentano chi ha disabilità di tipo fisico ed è in età da lavoro hanno portato avanti una campagna per ricevere un sussidio in contanti, al posto dei servizi in natura. Esse sostenevano che questo avrebbe consentito ai riceventi di impiegare

degli assistenti personali e altre figure professionali, che avrebbero potuto aiutarli con le attività a loro più necessarie, nel momento e nel modo che loro ritenevano più adatto. Esercitare la scelta e il controllo sull'organizzazione della loro assistenza, tramite dei pagamenti in contanti invece che dei servizi in natura, ha costituito un passo essenziale per il raggiungimento dei diritti umani e di una piena e attiva cittadinanza (Morris, 2006).

La legislazione che ha consentito ai dipartimenti dei servizi dedicati agli adulti delle amministrazioni locali di fare dei direct payment in contanti, invece di fornire servizi in natura, è stata implementata nel 1997<sup>1</sup>, prima per i disabili in età da lavoro, e poi dal 2000 per gli anziani sopra i 65 anni, i genitori di bambini disabili, i carer e i disabili di 16 e 17 anni. Questo ha segnato un distacco netto dalla struttura tradizionale del welfare state del dopoguerra, dove i pagamenti in contanti venivano limitati alla previdenza sociale e all'integrazione del reddito, settori di competenza del Ministero della Previdenza sociale (poi divenuto il Dwp), mentre le amministrazioni locali fornivano (e sempre più commissionavano e acquistavano) servizi in natura (Glasby e Littlechild, 2006). Alcuni hanno subito messo in evidenza la scomoda convergenza tra discussioni su disabilità e diritti civili e le disquisizioni neo-liberali dell'allora governo conservatore che enfatizzavano il restringimento delle responsabilità accollatesi dallo Stato e un ruolo più predominante per le scelte del singolo utente: «Quando parliamo dell'introduzione e dell'espansione dei direct payment, in realtà facciamo riferimento a due processi distinti: da una parte una vittoria per chi portava avanti la campagna dei disabili [...] dall'altra un tentativo, da parte di un governo conservatore, di introdurre i valori del mercato nell'assistenza sociale» (Pearson, 2006, p. 28).

Solo un numero relativamente basso di persone, però, scelse i direct payment (Dp) come alternativa alla fornitura di servizi. Il numero di persone rimase fortemente basso e caratterizzato da grandi variazioni tra i diversi paesi del Regno Unito, tra le diverse amministrazioni locali all'interno di ogni paese, e tra i diversi gruppi di utenti nell'ambito di queste autorità (Davey e al., 2007). La percentuale più alta di persone che scelse i Dp era in Inghilterra e la più bassa nell'Irlanda del Nord. Le persone con disabilità fisiche e/o sensoriali erano quelle che

<sup>1</sup> La legge *Community care* (direct payment) del 1996 venne approvata prima della devolution costituzionale nel Regno Unito; conseguentemente copre, ed è stata implementata, nei quattro paesi che formano il Regno Unito.

più frequentemente optavano per i Dp in tutte le parti del Regno Unito. Gli anziani, le persone con difficoltà di apprendimento e in particolar modo quelle con problemi di salute mentale avevano molte meno probabilità di scegliere questa opzione (Davey e al., 2007). I direct payment sembravano attrarre le persone con disabilità più gravi e i giovani.

Le stesse amministrazioni locali identificarono una serie di fattori che sembravano promuovere la scelta dei Dp (Davey e al., 2007). Questi includevano dei servizi di assistenza efficienti nell'aiutare le persone ad assumere degli assistenti personali e a gestire i Dp, leadership, formazione e supporto per i care manager che proponevano l'opzione dei Dp, al posto della fornitura di servizi, agli anziani e ai disabili e la richiesta da parte degli utenti stessi. Al contrario, le preoccupazioni degli utenti e dei carer legate alla gestione dei Dp e la scarsità di personale disposto a lavorare come assistente personale, erano considerate come fattori che ostacolavano la scelta dell'opzione dei Dp. I fattori locali politici e di politica sembravano giocare un ruolo importante (Fernández e al., 2007), così come la resistenza dei care manager in prima linea, che erano preoccupati delle eventuali criticità che i Dp avrebbero creato nel modo tradizionale di fornire l'assistenza sociale (Ellis, 2007).

Nel 2009, ancora solo il 6,5% del totale delle persone che usufruivano dei servizi di assistenza sociale per adulti avevano scelto di ricevere i direct payment, percentuale che varia tra il 9,5% di adulti di età compresa tra 18-64 anni, fino al 3,6% di quelli di 65 anni o più (Cqc, 2010). Conseguentemente, nel 2001 fu introdotta una legge che *costringeva* le amministrazioni locali ad offrire i Dp come alternativa alla fornitura diretta di servizi e la quota percentuale di persone che optava per i Dp veniva considerata come uno degli indicatori di performance su cui venivano giudicate le amministrazioni locali. Nel 2003 l'allora governo laburista introdusse un Fondo per lo sviluppo dei direct payment in Inghilterra che ammontava a 9 milioni di sterline, in modo da finanziare le organizzazioni locali (spesso gestite dai disabili stessi) che potevano dare informazioni e fornire un aiuto per la gestione dei pagamenti, per trovare e assumere un assistente personale. Nonostante questi accorgimenti, il numero di persone che optò per i Dp rimase basso. Mentre la legislazione del governo centrale e i fondi aggiuntivi mirati a promuovere l'opzione dei direct payment erano sicuramente importanti, la cultura locale e il modo di lavorare degli operatori sul campo, oltre alle pressioni dovute al carico di lavoro che li-

mitavano il tempo disponibile per attività più impegnative, come quella di incoraggiare le persone ad optare per i Dp, avevano un ruolo fondamentale nel limitare la percentuale di persone che sceglievano questa opzione (Davey e al., 2007). A queste barriere si possono aggiungere la resistenza da parte degli utenti dei servizi sociali ad assumersi la responsabilità di pianificare, organizzare e la gestione in maniera continuativa del proprio servizio di assistenza, specialmente se malati e sofferenti di disturbi cognitivi o con problemi di salute cronici.

### 3.2.2 *Individual budget e personal budget*

Dal 1997 il governo laburista ha costruito sulle fondamenta di questo quasi-mercato come parte di un più ampio approccio di tipo consumeristico, rivolto alla riforma del settore pubblico. Il consumerismo venne annunciato come un modo di aumentare il controllo da parte degli utenti, proseguendo la strada, intrapresa precedentemente, di limitare il ruolo dei fornitori e gli interessi professionali, e, creando nuove opportunità imprenditoriali, cioè di aumentare l'efficienza dei mercati del settore pubblico. Il consumerismo, ovviamente, include anche il trasferimento delle criticità, non solo dallo Stato al settore privato, ma anche ai singoli utenti stessi. «La retorica della scelta da parte degli utenti [...] può essere interpretata come una forma di trasferimento del rischio individuale. La campagna “*Choice*” è stata portata avanti in una vasta gamma di servizi e processi diversi [...] di cui molti sono potenzialmente liberatori per gli utenti, ma di cui alcuni pongono delle preoccupazioni su criticità, capacità ed equità» (Needham, 2007, pp. 74-75).

Alcuni hanno sottolineato che l'amministrazione laburista dal 1997 al 2010 ha portato avanti la marketizzazione dei servizi pubblici in maniera molto più ampia di quello che avevano fatto i precedenti governi conservatori, anche se in maniera più attenuata da riferimenti frequenti a comunità, uguaglianza, responsabilità e sfera sociale (Needham, 2007). Queste tematiche furono associate a quelle concernenti la co-produzione, cioè il coinvolgimento attivo degli utenti nella creazione e nella fornitura dei servizi da loro utilizzati: «Mettendo gli utenti al centro dei servizi, permettendogli di partecipare alla progettazione e alla fornitura, i servizi saranno più efficaci, grazie alla mobilitazione di milioni di persone che diventano co-produttori dei beni pubblici a cui danno valore [...]» (Leadbeater, 2004, pp. 19-20).

Venne sostenuto che la co-produzione avrebbe introdotto nuovi incentivi per gli utenti dei servizi volti a ottimizzare il modo in cui le ri-

RPS

Caroline Glendinning

sorse poste sotto il loro controllo vengono usate e nuovi incentivi per i fornitori volti a rispondere alle richieste individuali, così da creare efficienza dei costi. Criticando l'individualismo alla base del consumerismo nei settori del welfare, si disse che la co-produzione avrebbe «[...] creato un nuovo modo di collegare il bene individuale a quello comune; le persone che prendono parte alla creazione di soluzioni, che rispondono alle loro esigenze, costringono i servizi pubblici a lavorare più duramente e sono di sostegno alla realizzazione degli obiettivi che la politica si è prefissata per il settore pubblico. I servizi autogestiti funzionano perché mobilitano l'intelligenza democratica, le idee, il know-how e l'energia di migliaia di persone, al fine di trovare soluzioni, invece di contare solo su coloro che fanno politica [...]» (Leadbeater e al., 2008, p. 81).

L'assistenza sociale è stata all'avanguardia nell'implementare queste idee, estendendo la marketizzazione dell'assistenza sociale e decentrando il potere di acquisto – il controllo sulle risorse pubbliche disponibile per i singoli individui da poter spendere nell'assistenza sociale – ai singoli utenti stessi dei servizi. Come già detto, questo implica, inoltre, la devoluzione delle relative responsabilità e criticità. Tuttavia, come i Dp, i seguenti sviluppi furono inizialmente promossi da e per le persone disabili in età da lavoro, e sono poi stati estesi a tutti gli utenti dei servizi sociali.

Un documento del 2001 sui servizi dedicati agli adulti con difficoltà di apprendimento, *Valuing People* (Dh, 2001b), ha portato allo sviluppo di un approccio alternativo ai direct payment, che aveva comunque lo scopo di promuovere la possibilità di scelta e il controllo sull'assistenza sociale. Sostenuto da un'organizzazione di impresa sociale, *In control*, questo approccio diede agli utenti un ruolo più grande nel valutare il livello di assistenza sociale di cui avevano bisogno (e contemporaneamente ridusse il ruolo dei professionisti del settore nel valutare i livelli e il tipo di necessità). Le risorse – i personal budget – sono state poi assegnate agli individui in base ai relativi livelli di necessità (invece che a seconda del valore dei servizi in natura, come per i Dp). Agli individui e alle loro famiglie vennero fornite informazioni e sostegno nel pianificare l'uso di queste risorse, in linea con le proprie priorità specifiche e preferenze. Mentre i Dp erano solitamente usati per assumere degli assistenti personali, che fornissero aiuto con la cura personale e domestica, *In control* promuoveva una maggiore flessibilità nel modo di utilizzare i personal budget, incluso l'acquisto di una serie di servizi ordinari di assistenza primaria. Ad esempio, i personal

budget potevano essere spesi per delle lezioni di arte o per l'abbonamento alla palestra, piuttosto che per frequentare un centro diurno speciale. *In control* era in stretta connessione con i principi alla base dei direct payment, ma aveva l'obiettivo più ampio di «ridisegnare» i sistemi di assistenza sociale verso un «supporto auto-diretto» (Duffy, 2004). L'organizzazione *In control* ebbe un successo straordinario nella promozione di questo approccio, nel sostenere gli adulti con difficoltà di apprendimento in molte amministrazioni locali inglesi.

Questa esperienza è stata ripresa in un'importante dichiarazione politica pubblicata dalla Prime Minister's Strategy unit nel 2005. La dichiarazione *Improving the Life Chances of Disabled People* (Migliorare la qualità della vita delle persone disabili) conteneva una serie di proposte atte a promuovere l'inclusione sociale delle persone disabili, inclusa la fase pilota degli individual budget (Ib). A differenza dell'iniziativa *In Control*, gli Ib dovevano accorpate le risorse provenienti da un certo numero di settori di finanziamento diversi a cui l'individuo aveva diritto – non solo l'assistenza sociale, ma anche gli aiuti relativi alla casa, le attrezzature e la loro personalizzazione e un fondo speciale per coloro che presentavano bisogni particolarmente costosi. L'intenzione era quella di ridurre la duplicazione delle pratiche di valutazione e aumentare il diritto di poter scegliere e il controllo da parte dell'utente, che poteva usufruire di tutta la gamma di risorse a cui aveva diritto in maniera flessibile, a seconda delle proprie priorità e preferenze. Gli Ib potevano essere gestiti in diversi modi – potevano essere restituiti al care manager dell'amministrazione locale per acquistare servizi per conto dell'utente, gestiti dall'utente come un pagamento diretto di liquidi, da una terza persona, ad esempio un parente, o da un fornitore di servizi. Venne raccomandato un sistema standardizzato di allocazione delle risorse, sulla base di quello sviluppato da *In control*. Come per *In control*, gli individui dovevano sapere di quanto denaro disponessero prima di pianificare come soddisfare i propri bisogni (ed essere responsabili della gestione di quelle risorse) e come per *In control*, gli Ib potevano essere utilizzati per l'acquisto di servizi di assistenza sociale convenzionali, per assumere un assistente personale, per stipendiare parenti e amici, o per l'acquisto di beni, o servizi tradizionali. I piani individuali di utilizzo degli Ib dovevano essere approvati dal care manager dell'amministrazione locale per garantire l'assenza di rischi inutili.

Gli Ib furono sperimentati in 13 amministrazioni locali sul territorio inglese tra il 2005 e il 2007 e successivamente la sperimentazione è

RPS

Caroline Glendinning

stata ampiamente valutata con modalità diverse (Glendinning e al., 2008). Gli Ib solitamente erano accolti favorevolmente dagli utenti, in quanto offrivano una maggiore opportunità di scegliere e di controllare la propria vita quotidiana, ma ci sono stati risultati diversi a seconda del gruppo di riferimento. In particolare, negli anziani che utilizzavano gli Ib si registrava un minore benessere psicologico, paragonati a coloro che usufruivano dei servizi convenzionali. Gli anziani che usavano l'Ib, inoltre, erano meno soddisfatti, rispetto ai giovani assegnatari di Ib. Non c'era evidenza, quindi, del fatto che gli Ib fossero convenienti per gli anziani. Gli operatori coinvolti nella sperimentazione degli Ib, inoltre, dovettero affrontare molte difficoltà, inclusi la revisione dei processi di assegnazione delle risorse e lo stabilire dei limiti legittimi sulle possibilità di utilizzo degli Ib. Nonostante gli sforzi dei dirigenti dei servizi locali, gli sforzi mirati ad integrare le risorse, utilizzando fondi di provenienze diverse, furono per larga parte un insuccesso; i manager hanno citato numerose barriere dal punto di vista legale, di regolamentazione e di responsabilità, che potevano essere ridimensionate solo dall'azione del governo centrale. Per una serie di motivi (Moran e al., 2011, di prossima pubblicazione), i ministeri del governo centrale non fecero i passi necessari per facilitare l'integrazione tra le fonti di finanziamento.

Prima che la sperimentazione sull'Ib e la relativa valutazione fossero terminate, inoltre, il Ministero della Salute annunciò un programma triennale di «trasformazione» dell'assistenza sociale per adulti, tramite l'estensione dei personal budget (Pb) a tutti gli adulti che ricevevano assistenza sociale (Dh, 2008). Ciò che risulta significativo è il fatto che i Pb vengano finanziati *esclusivamente* tramite i fondi dell'assistenza sociale: i progetti ambiziosi di integrazione delle varie fonti di finanziamento e di riduzione delle duplicazioni delle valutazioni sono stati abbandonati. Come gli Ib, i Pb possono essere impiegati in diverse maniere – come un pagamento diretto in contanti, possono essere gestiti da un'organizzazione fornitrice di servizi, che preleva il corrispettivo economico dovuto ogni qualvolta si utilizza un servizio, possono essere gestiti da un carer o da altri «terzi»; o possono essere lasciati in deposito all'amministrazione locale che li può utilizzare per pagare l'acquisto di servizi.

Alle amministrazioni locali fu assegnato un finanziamento specifico destinato a coprire i costi dei cambiamenti organizzativi necessari all'implementazione dei personal budget e venne loro dato l'obiettivo di spingere tutti gli adulti a scegliere i personal budget entro tre anni.

Tuttavia, inevitabilmente il cambiamento è molto lento. A marzo 2010 il 18% degli adulti (di tutte le età) che ricevevano assistenza sociale aveva optato per il personal budget. Uno studio accurato svolto in quattro amministrazioni locali ha rivelato che la percentuale di anziani che riceve un personal budget varia tra il 13 e il 59% (una media del 34%), rispetto alla media del 50% degli adulti in età da lavoro con disabilità fisiche (Audit Commission, 2010). Oltre alle difficoltà riscontrate nell'introduzione dei direct payment, le amministrazioni locali hanno dovuto modificare le modalità di assegnazione delle risorse agli individui e di gestione di alcuni rischi, tra cui quello finanziario, sostenere i mercati dei fornitori locali nello sforzo di adattarsi alle richieste da parte degli assegnatari del personal budget di ricevere nuovi servizi, e rendere disponibili le giuste informazioni e il sostegno appropriato per consentire alle persone di pianificare e gestire i propri budget.

### *3.2.3 I Personal budget sanitari*

Sia le sperimentazioni dell'Ib, che il programma del Pb che è ora esteso a tutta l'assistenza sanitaria per adulti inglese, implicano l'utilizzo esclusivamente delle risorse di assistenza sociale dell'amministrazione locale. Nonostante la grande collaborazione tra le organizzazioni locali di assistenza sanitaria e sociale, fin dal 1997, che ha portato alla creazione di molti servizi locali congiunti, rivolti agli anziani (si veda più avanti), le risorse del Nhs non vennero incluse nei finanziamenti da destinare agli Ib e ai Pb (Glendinning e al., 2011, di prossima pubblicazione). Al contrario, nel 2009 partì la sperimentazione di un programma pilota di personal budget sanitari (Phb), sostenuta da un estensivo programma di valutazione. I Phb non sostituiscono il trattamento medico, ma offrono l'opportunità di gestire i problemi di salute di lungo periodo in maniera più personalizzata e innovativa, cosa impossibile all'interno dei servizi convenzionali del Nhs. Nonostante il governo di coalizione sia impegnato nel futuro a lungo termine dei Phb, l'estensione del programma di Phb e il gruppo di utenti a cui verranno offerti i Phb probabilmente in parte dipenderà dai risultati della valutazione del progetto pilota.

### *3.3 Le implicazioni per gli operatori dell'assistenza sociale*

Indipendentemente dal fatto che siano impiegati dall'amministrazione locale o dalle agenzie private, gli operatori che forniscono assistenza

RPS

Caroline Glendinning

domiciliare diretta e «bands on» (per cose pratiche) sono per la maggior parte donne sotto-pagate, poco qualificate e che lavorano part-time. Le persone nate all'estero, le persone provenienti da minoranze etniche e i lavoratori nati all'estero sono sovra rappresentati tra gli operatori dei servizi sociali, specialmente a Londra. Tuttavia, molti di questi sono residenti di lungo corso in Inghilterra, i lavoratori migranti temporanei tendono ad essere più presenti nel settore della cura in strutture residenziali e nel mercato relativamente piccolo dei carer a domicilio, che alloggiano presso la persona di cui si prendono cura.

Lo stipendio basso è endemico nel settore dell'assistenza sociale, anche se gli operatori in prima linea sono stati uno dei gruppi di lavoratori che ha maggiormente beneficiato dell'introduzione di un salario minimo nel 1999 (Grimshaw, 2002; Grimshaw e Carroll, 2006). I livelli di competenza tendono anch'essi ad essere bassi, anche se sono in lento miglioramento grazie a corsi di formazione sul posto di lavoro e programmi di valutazione. Comunque, l'introduzione dei direct payment e l'estensione dei personal budget potrebbero nel tempo creare una forza lavoro più varia, flessibile e meno regolamentata nella cura domiciliare e comunitaria. Si stima ci siano 200.000 assistenti personali impiegati da anziani che utilizzano il personal budget (Skills for care, 2010). Gli assegnatari del personal budget possono trovare il personale che si prenda cura di loro tramite la loro rete sociale informale, cosa che potrebbe portare un aumento generale della forza lavoro a domicilio, sebbene con accordi molto meno formali e regolamentati.

I sondaggi svolti tra gli assegnatari del personal budget riferiscono miglioramenti nell'ambito dell'affidabilità e flessibilità e meno casi di abuso subiti dagli assistenti personali assunti direttamente, rispetto alla situazione relativa ai dipendenti delle agenzie, che forniscono assistenza domiciliare. Gli assistenti personali, inoltre, tendono ad essere maggiormente soddisfatti del proprio lavoro, anche se alcuni si lamentano dei turni troppo lunghi o della paga troppo bassa. Agli assegnatari del personal budget non viene richiesto di fornire ai propri assistenti personali un contratto di lavoro o delle condizioni formali di impiego e, parimenti, non è necessario che gli assistenti personali abbiano un qualche tipo di qualifica. Sicuramente, gli assegnatari del personal budget tendono a non dare importanza alle qualifiche formali, in quanto preferiscono formare gli assistenti in base alle proprie esigenze personali, direttamente sul lavoro (Skills for care, 2008). Le amministrazioni locali stanno cominciando a sviluppare dei sistemi che aiutino gli assegnatari di personal budget a gestire le loro respon-

sabilità di datore di lavoro, ma questi sistemi sono molto differenti a seconda dell'area geografica (Csci, 2008).

#### 4. La «modernizzazione» dell'assistenza sociale

Senza dubbio, la spinta prima a creare dei quasi-mercati nell'ambito dell'assistenza sociale e poi a trasformarli in entità guidate dalle richieste dei consumatori, quindi pronte a soddisfare le preferenze e gli esiti individuali, è stata la caratteristica prevalente delle riforme nelle ultime due decadi. Tuttavia, risultano evidenti anche altri obiettivi e leve per la riforma, in particolare quelle mirate al miglioramento dell'organizzazione, della fornitura, dell'efficienza e della responsabilità dei servizi stessi.

Il concetto di «modernizzare» i servizi pubblici è stato il filo conduttore delle politiche del governo laburista durante il suo primo mandato a partire dal 1997. Il concetto di «modernizzazione» è stato da molti contestato: alcuni sostengono che estende gli imperativi del *New public management* al di là delle riforme di marketizzazione dell'era della Thatcher; altri sostengono che la «modernizzazione» riguardi tanto la trasformazione dei cittadini in linea con i requisiti del neo-liberalismo quanto la modificazione del funzionamento delle istituzioni. In pratica, risulta difficile identificare un programma di riforma sulla «modernizzazione» distintivo e coerente, anche perché le caratteristiche dei servizi sociali rendono le semplici leve di riforma manageriale (gli incentivi economici e le sanzioni, gli obiettivi di performance) inefficaci o non appropriati (Newman e al., 2008). Verranno qui descritte tre iniziative volte alla «modernizzazione»: il miglioramento della collaborazione inter-settoriale, le cure intermedie e la riabilitazione a domicilio. Tutte e tre hanno come obiettivo quello di migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi (come anche, ovviamente, migliorare la qualità delle esperienze vissute dagli utenti).

##### 4.1 Migliorare la collaborazione tra servizi

Le barriere tra i servizi sociali e sanitari, in particolare in riferimento agli anziani, sono state da tempo identificate come una criticità, specialmente per quanto riguarda la rapida dimissione degli anziani dalle strutture dell'acuzie e il supporto per la de-medicalizzazione delle persone con difficoltà di apprendimento e problemi di salute mentale. Un

RPS

Caroline Glendinning

documento politico del 1998 *Modernising Social Services* (Dh, 1998) ha identificato una serie di tematiche su cui lavorare, inclusa una migliore coordinazione tra i locali servizi sociali, sanitari e di alloggiamento. Conseguentemente, fu introdotta una pletora di iniziative volte a promuovere, incentivare e richiedere la collaborazione tra servizi sanitari e sociali, inclusi: l'obbligo legale, da parte delle organizzazioni del Nhs e delle amministrazioni locali, di collaborare; il finanziamento «a destinazione esclusiva» a sostegno dei servizi locali congiunti; ambiti di servizio nazionali, che stabiliscano dei parametri di riferimento validi per entrambi i settori e il rilassamento delle barriere giuridiche per favorire una collaborazione più stretta a livello organizzativo (si veda Glendinning e al., 2005). L'ultimo punto comportava la condivisione dei budget sanitario e sociale per servizi specifici, l'incarico congiunto o da parte di un servizio per conto di entrambi, e/o l'integrazione del personale sanitario e sociale e della fornitura di servizi sotto una struttura manageriale unica.

Ci sono stati molti sviluppi nel campo della collaborazione, specialmente per quanto riguarda i servizi dedicati agli anziani. Le valutazioni individuali attestano sempre più i bisogni sia sanitari che sociali (Dh, 2001a). Svolgere le valutazioni strategiche attestanti il bisogno e commissionare i servizi in maniera collaborativa da parte delle amministrazioni locali e dei *Primary care trusts* (Pct) del Nhs è un fatto ormai comune a molti settori che si occupano dei servizi per adulti; la collaborazione e il partenariato ormai sono tra le attività principali svolte da molti manager e professionisti di entrambi i settori.

Nonostante non vi sia evidenza del fatto che questa collaborazione porti dei benefici per gli anziani che usano i servizi (Dowling e al., 2004), sembra che si continui comunque fortemente a credere che la collaborazione porti a un potenziale incremento dell'efficienza. In un Libro verde sul futuro dell'assistenza sociale per gli adulti, pubblicato nel 2009 (Hmg, 2009) si diede molta attenzione al «lavorare insieme» tra i diversi servizi e ai benefici che questo comportava. «[...] I servizi che non sono coordinati e co-progettati sono più a rischio di sperpero di denaro pubblico. Ad esempio, organizzazioni diverse possono fornire lo stesso servizio e i servizi che non lavorano bene assieme sono potenzialmente più costosi» (Hmg, 2009, p. 68).

Nel contempo, altre iniziative politiche, come la sperimentazione degli individual budget (Glendinning e al., 2011, di prossima pubblicazione), hanno avuto l'effetto di minare la collaborazione tra sistema sanitario e sociale e l'attenzione al tema della collaborazione tra questi due settori specifici (Newman e al., 2008).

#### 4.2 *Le cure intermedie*

Uno dei campi in cui ci sono stati degli sviluppi notevoli, risultanti dalla collaborazione tra le organizzazioni sanitarie e sociali, è quello della continuità assistenziale conseguente alla dimissione ospedaliera. Questi sviluppi avevano come obiettivo quello di migliorare l'efficienza del settore ospedaliero dell'acuzie, facilitando una dimissione in tempi rapidi, non appena fosse terminato il trattamento medico, e quello di ampliare i servizi di riabilitazione, per provare a ridurre la dipendenza a lungo termine dall'assistenza sanitaria e sociale (Dh, 2000). «Cure intermedie» è un termine generico che copre una vasta serie di servizi a breve termine, aventi come obiettivo quello di prevenire il ricovero ospedaliero, coadiuvare la dimissione in tempi brevi e ridurre o ritardare il bisogno di ricovero in strutture residenziali a lunga degenza. Dal 2000, pressioni sempre più intense da parte del governo centrale sulle amministrazioni locali e sulle organizzazioni del Nhs, assieme a finanziamenti mirati e sanzioni amministrative, hanno portato alla creazione e diffusione di servizi di cure intermedie a sostegno della dimissione ospedaliera (Godfrey e al., 2005). È stata creata una grande varietà di servizi di cure intermedie, commissionati congiuntamente e finanziati dal Nhs e dalle amministrazioni locali, che impiegano una serie di operatori, cioè infermieri, terapisti e assistenti. Sono inclusi gruppi di lavoro su base comunitaria, che prestano servizio domiciliare e servizi in strutture residenziali in regime di day hospital, negli alloggi protetti o nelle case di riposo. In alcune città delle squadre di pronto intervento, finanziate congiuntamente, forniscono cura domiciliare intensiva per aiutare gli anziani a superare una crisi sul piano della salute ed evitare il ricovero in ospedale. Alcuni servizi di cure intermedie sono forniti esclusivamente in regime ospedaliero, altri sono finanziati e forniti in regime di collaborazione dalle organizzazioni locali sanitarie e sociali. Questi servizi sono solitamente gratuiti per gli utenti e vengono offerti per un massimo di sei settimane.

#### 4.3 *La riabilitazione a domicilio*

Dal 2000, la maggioranza delle amministrazioni locali inglesi ha creato dei servizi a breve termine specializzati nella riabilitazione come parte dei servizi a domicilio. La riabilitazione è stata descritta come un tipo di «approccio» o «filosofia» nell'ambito della cura a domicilio, che si

RPS

Caroline Glendinning

pone come obiettivo quello di aiutare le persone «a fare le cose da soli» piuttosto che «avere altri che fanno le cose per loro», cioè quello di accrescere la fiducia in se stessi e le abilità pratiche delle persone per consentire loro di vivere in maniera indipendente.

I servizi domiciliari di riabilitazione sono organizzati in vari modi. Alcuni sono finanziati e operano in regime di collaborazione con i partner del Nhs. In altre città gli operatori domiciliari interni ai dipartimenti di assistenza sociale per adulti vengono formati per svolgere le mansioni di riabilitazione e i team sono spesso rafforzati dall'inclusione di terapisti (*occupational therapists* - Ot), assistenti Ota e altri operatori specializzati. Per i servizi di riabilitazione è importante avere accesso facilitato ad attrezzature e tecnologie assistive.

La convinzione che la riabilitazione domiciliare porti benefici, in termini di prevenzione, è diffusa. Uno studio recente, svolto su larga scala, quasi sperimentale (Glendinning e al., 2010), ha scoperto che la riabilitazione era infatti associata a una notevole diminuzione dell'utilizzo dei servizi di assistenza sociale in una fase successiva, rispetto a coloro che usufruivano dei servizi domiciliari tradizionali. Tuttavia, questa riduzione dei costi veniva quasi interamente equilibrata dal costo maggiore di intervento legato alla riabilitazione; dopo un anno non si notavano differenze significative nei costi dei servizi sociali utilizzati dai due gruppi. Ciò nonostante, la riabilitazione domiciliare era quasi sicuramente efficiente dal punto di vista del costo, in quanto veniva associata con i miglioramenti nello stato di salute degli utenti.

#### 4.4 L'efficacia delle iniziative di modernizzazione

Questi esempi illustrano i diversi tentativi di migliorare l'efficienza dei servizi per la non autosufficienza, in particolare riducendo le barriere tra il settore sanitario e sociale e investendo in nuovi servizi nell'interfaccia di questi settori. Tuttavia ci sono state preoccupazioni sul fatto che questi sviluppi – specialmente l'aumento dei servizi di cure intermedie – siano stati guidati principalmente dall'imperativo di migliorare la produttività e l'efficienza del settore ospedaliero dell'acuzie, piuttosto che migliorare l'assistenza sociale. Sicuramente il Ministero della Salute inglese ha dichiarato come si sia verificata una «forte diminuzione» del numero di dimissioni ospedaliere avvenute in ritardo a causa dei precedenti, inadeguati, servizi di assistenza post-ospedalieri (Dh, 2004). Tramite la revisione dei risultati, si è riscontrato che i pro-

grammi dall'ospedale-a-casa, fornendo assistenza infermieristica e riabilitativa intensiva e specializzata a domicilio, sono flessibili nell'ambito di una serie di condizioni e funzioni (Young, 2009).

Ciò nonostante, l'efficacia di questi nuovi servizi è di per sé influenzata da fattori esterni più ampi, in particolare il grande sotto-finanziamento dei servizi sociali rispetto alla domanda. Conseguentemente, la valutazione fatta della riabilitazione domiciliare ha riscontrato che la sua efficacia era ridotta nel momento in cui, come spesso accadeva, non si era in grado di dimettere gli utenti in tempi brevi alla fine del percorso di riabilitazione, a causa di mancanza di fondi e impossibilità ad essere inseriti nei servizi di assistenza domiciliari tradizionali, che avrebbero dovuto fornire un sostegno nel lungo periodo (Glendinning e al., 2010). I servizi di cure intermedie e di riabilitazione, inoltre, caratterizzati da obiettivi molto specifici, di tipo intensivo, e di breve termine, hanno avuto maggiore successo su quelle persone che soffrivano principalmente di disabilità di tipo fisico o che erano in fase di recupero dopo una malattia acuta o dopo un'operazione chirurgica. Entrambe le tipologie di servizi non sembrano opportune, o non hanno dato risultati degni di nota, per il crescente numero di anziani affetti da demenza o da altri disturbi di tipo cognitivo. Più in generale, una larga serie di fattori estrinseci diversi – inclusi il principio di domanda e offerta del mercato del lavoro, i cambiamenti di governance a livello locale, le riforme portate avanti in altri settori sociali e «perfino i cambiamenti delle norme contabili» (Newman e al., 2008, p. 553) – ha determinato l'efficacia, in generale, delle iniziative di modernizzazione.

Nel frattempo, dalla metà degli anni '90, è aumentata la preoccupazione riguardo all'aumento del livello di bisogno (a partire dalle valutazioni del reddito e del benessere economico dei richiedenti), necessario per avere accesso all'assistenza sociale finanziata dalle amministrazioni locali, e alla mancanza di investimenti in servizi dedicati a persone con livelli di bisogno più bassi – aiuto con la spesa, attività sociali fuori casa, giardinaggio e pulizia della casa. L'associazione delle amministrazioni locali inglesi ha sostenuto fortemente che non era efficiente negare l'accesso all'assistenza a quegli anziani che necessitavano solo di un supporto minimo per rimanere indipendenti, in attesa che ci fosse un episodio critico che li rendesse idonei ad accedere a dei servizi molto costosi (Adass/Lga, 2003). Questo ragionamento è stato avallato dall'Audit Commission (1997; 2000). Tra il 2006 e il 2008 venne portato avanti un programma sperimentale chiamato

RPS

Caroline Glendinning

*Partnerships for older people projects* (Popp), che comprendeva circa 470 progetti a livello locale mirati a sviluppare degli approcci preventivi e a spostare le risorse dal settore dell'acuzie a quello su base comunitaria e domiciliare. Il programma Popp dimostrò che per ogni sterlina spesa si riscontrava un risparmio medio di 0,73 sterline sui costi mensili del settore ospedaliero dell'emergenza (Windle e al., 2008). Tuttavia, dato che i Popp erano limitati nel tempo e svolti a livello locale facendo affidamento in maniera consistente sul contributo del settore del volontariato e caritativo, il loro impatto è stato inevitabilmente limitato, specialmente per quanto riguarda il passaggio di fondi dai budget ospedalieri a quelli comunitari/domiciliari.

### 5. *Finanziamento ed equità*

Nelle prime pagine di questo saggio si è sottolineata la frammentazione delle responsabilità politiche e di finanziamento nell'ambito delle politiche per la non autosufficienza dedicate agli anziani in Inghilterra. Ad evidenza di questa frammentarietà ci sono tentativi ormai da molto tempo – e tuttora senza successo – di elaborare un approccio più equo e sostenibile di finanziamento e di fornitura dei servizi. Questi tentativi si sono concentrati principalmente sull'assistenza sociale (e, anche se in maniera minore, sull'*Attendance allowance*), in maniera coerente con la frammentazione istituzionale descritta nella prima parte di questo articolo, cioè escludendo in larga parte sia il ruolo del Nhs nelle politiche per la non autosufficienza che i contributi sostanziali dei carer informali.

Si percepisce insoddisfazione diffusa verso gli attuali metodi di finanziamento, nonostante la comprensione e la consapevolezza nell'opinione pubblica siano scarse: «Spesso gli anziani sono spiacevolmente sorpresi nello scoprire che l'assistenza sociale viene erogata in base al reddito e che quindi devono fare affidamento sui propri risparmi e introiti, finché le loro disponibilità arrivino al di sotto della soglia stabilita per poter accedere all'assistenza fornita dallo Stato. Una delle lamentele più frequenti è quella che il sistema vigente penalizza coloro che sono riusciti a risparmiare in previsione della vecchiaia» (Wanless, 2006, p. XXI).

Anche senza portare avanti alcuna riforma e basandosi sull'attuale livello di supporto fornito, inoltre, si ritiene che la pressione demografica porterà ad un quasi raddoppiamento dei costi entro il 2026. Senza

riforme, l'accesso all'assistenza pubblica verrà ancora più ristretto solo ai poverissimi con dei livelli di bisogno altissimi (Humphries e Forder, 2010).

Negli ultimi 15 anni ci sono state numerose proposte di riforma, sia interne che esterne al governo, per allargare i criteri di accesso ai servizi pubblici per la non autosufficienza, oltre che ridurre alcune differenze a livello locale di accessibilità e livelli di fornitura. Un ulteriore imperativo è il raggiungimento della sostenibilità a lungo termine, a fronte degli attuali alti livelli di bisogni insoddisfatti.

Uno dei primi provvedimenti del governo laburista del 1997 fu la creazione della *Royal commission on long-term care* (Royal commission on long-term care, 1999). La raccomandazione principale fu che la pubblica assistenza gratuita venisse finanziata dal sistema fiscale generale, esclusivamente in base al bisogno (come è poi stato realizzato in seguito in Scozia). I membri della Commissione, però, erano divisi sulla sostenibilità di questo provvedimento, cosa che permise al governo di rigettare la raccomandazione e invece investire sulle cure intermedie (si veda il par. 4.2 più indietro).

Costernati da questo comportamento, una serie di organizzazioni di volontariato, gruppi di pressione e think-tank – non solamente quelle che rappresentavano gli interessi degli anziani – ha continuato la lobby perché venissero approntate riforme più consistenti (Jrf, 2006; Churchill, 2008). Le loro attività erano supportate da studi approfonditi, in particolare riguardo ai costi di opzioni di riforma alternative. Conseguentemente, nel 2006 il King's Fund, un'associazione caritativa indipendente che opera in ambito sanitario, commissionò uno studio sulle modalità di finanziamento e i risultati ottenuti tramite il sistema inglese attuale, su modelli di finanziamento alternativi e sul loro eventuale costo.

Questo studio (Wanless, 2006) propose un modello in «partnership», in cui ogni individuo, che veniva valutato come bisognoso di assistenza, al di sopra di una certa soglia, avrebbe avuto diritto ad un livello minimo di assistenza pubblica; al di sopra di quel minimo, il contributo da parte del privato sarebbe stato uguagliato da dei finanziamenti aggiuntivi da parte dello Stato. Gli argomenti principali a sostegno di questo approccio erano il fatto che avrebbe fornito un livello minimo di finanziamento da parte dello Stato, ma incoraggiato i privati a contribuire al costo dell'assistenza totale, ma senza disincentivare la voglia di risparmiare, che caratterizza i sistemi di eleggibilità basati sulla valutazione del reddito.

RPS

Caroline Glendinning

Queste raccomandazioni non furono ascoltate dal governo inglese. Praticamente in contemporanea a questo dibattito stavano uscendo nuove prove della disparità di ricchezza posseduta dai gruppi dell'epoca del «baby-boom», rispetto alle generazioni più giovani. Si stimava che gli anziani fossero in possesso di beni per un valore totale di 932 miliardi di sterline derivanti dall'accresciuto numero di immobili posseduti e dall'aumento del valore degli immobili stessi nei venti anni precedenti. La discussione interna ed esterna al governo spostò l'enfasi dall'idea di finanziare l'assistenza a lungo termine tramite i contributi delle persone in età lavorativa, a quella di finanziarla tramite il sistema fiscale generale, per cercare di attingere ai beni posseduti dalla generazione di anziani in aumento di allora (Lloyd, 2010). Nel 2008 il governo laburista ha fatto partire una consultazione su quelli che erano i problemi percepiti di allora e del futuro per il settore dell'assistenza sociale. Questo esercizio ha portato alla pubblicazione di un Libro verde (Hmg, 2009).

Tuttavia, a quel punto due fattori esterni riducevano decisamente le possibilità di manovre politiche: l'aumento della crisi fiscale ed economica internazionale, con un conseguente disavanzo della spesa pubblica, e le elezioni generali anticipate a maggio 2010. Il Libro verde del 2009 rigettò le opzioni di finanziamento che avevano suscitato il supporto maggiore dell'opinione pubblica nel precedente esercizio di consultazione: un sistema di tipo universalistico, finanziato dal sistema fiscale generale e gratuito per l'utente. Questa decisione venne giustificata sulla base della disuguaglianza intergenerazionale e del peso che ciò avrebbe comportato sulle generazioni di lavoratori future. Le argomentazioni a favore di un approccio nazionale di finanziamento ed eleggibilità, che ponesse fine sia all'accesso su base delle disponibilità economiche, sia alle differenze tra le amministrazioni locali inglesi di soglie di eleggibilità basate sul bisogno, furono invece accettate. Il Libro verde, inoltre, riconosceva il bisogno di modificare l'equilibrio tra governo centrale e autonomia e responsabilità dei governi locali, con il governo centrale che gioca un ruolo maggiore nell'accumulare e assegnare le risorse agli individui.

I dibattiti sostenuti tra la pubblicazione del Libro verde, a luglio del 2009, e le elezioni generali a maggio 2010 furono sempre più dominati da considerazioni politiche a breve termine, dato che i principali partiti politici erano semplicemente a caccia di pubblicità elettorale. Tali considerazioni spinsero l'argomento delle politiche sulla non autosufficienza decisamente all'attenzione dell'opinione pubblica, ma questa

«questione complessa e ricca di sfumature» si è dimostrata essere «veramente poco adatta ad essere trattata all'interno di una discussione superficiale» (Lloyd, 2010, p. 37).

Il nuovo governo di coalizione conservatori-liberal-democratici ha istituito una nuova Commissione di inchiesta, che doveva occuparsi del finanziamento dell'assistenza e del sostegno, presieduta da un autorevole accademico economista. Il mandato della Commissione era quello di considerare tutta la gamma di possibili modelli di finanziamento, inclusi i contributi finanziari rispettivamente dei singoli individui, del settore privato e dello Stato, e l'implementazione di diversi modelli, incluse le implicazioni per il governo locale e il Nhs. La Commissione ha fatto la sua relazione a luglio 2011 (Dh, 2011). La raccomandazione è stata di innalzare notevolmente la soglia di reddito superata la quale la persona ha l'obbligo di auto finanziarsi l'assistenza e portarla da 23.000 a 100.000 sterline e che nessuno avrebbe dovuto pagare più di 35.000 sterline per la propria assistenza. Queste proposte riguardano esclusivamente gli anziani (l'assistenza per i più giovani rimane praticamente completamente gratuita) e le strutture residenziali. In effetti vengono limitate le responsabilità individuali, creando così un mercato attraente per lo sviluppo delle assicurazioni private, in cui lo Stato rimane responsabile per i rischi e i costi maggiori. Il governo di coalizione si è ripromesso di introdurre una nuova legislazione sulla non autosufficienza nel 2012. Tuttavia, dato l'impegno del governo a riduzioni radicali e in tempi brevi della spesa pubblica e i conseguenti tagli delle risorse destinate al settore pubblico e ai suoi servizi, è possibile che le proposte fatte dalla Commissione vengano fortemente modificate. La probabilità di una riforma radicale o dell'introduzione di un programma di tipo universalistico basato sulla fiscalità resta remota.

## 6. Conclusioni

Durante il periodo di tempo descritto in questo articolo, la copertura dell'assistenza sociale pubblica, dedicata agli adulti, si è notevolmente ristretta. I servizi domiciliari di tipo intensivo vengono forniti solo a coloro che hanno dei livelli di bisogno altissimi, a molte persone viene del tutto precluso l'accesso alle strutture residenziali pubbliche o ai servizi domiciliari statali, anche se possessori di pochi beni e/o di un reddito modesto. Con l'introduzione dei quasi-mercati, i servizi di as-

RPS

Caroline Glendinning

sistenza sono diventati più frammentati, i personal budget hanno spostato la responsabilità della gestione delle risorse e dei rischi sui singoli anziani e sulle loro famiglie.

Il punto centrale di questo fallimento è stata l'incapacità politica di individuare una maniera politicamente accettabile di attirare maggiori risorse dentro al sistema di assistenza sociale. «Le problematilità, e le opzioni legate alla risoluzione della riforma sui finanziamenti, sono conosciute da tempo e le opportunità principali per portare avanti una riforma [...] sono state sprecate. L'incapacità di affrontare questa questione spinosa è tristemente indicativa dello scarso livello di priorità assegnato all'assistenza sociale dalle amministrazioni successive» (House of Commons Health Committee, 2010, p. 67).

Molti degli anziani inglesi di oggi e dei prossimi anni possiedono sicuramente un consistente patrimonio di beni, in larga parte di tipo immobiliare. Tuttavia, fare riferimento ad un aumento del peso fiscale su tali capitali è considerato come un anatema politico. Questa possibilità è anche meno accettabile per l'opinione pubblica e per la classe politica, se proposta in contemporanea a grandi tagli della spesa pubblica e in previsione della diffusa perdita di lavoro da parte di molte persone e della riduzione dei servizi pubblici, che sono il risultato della strategia di rapida riduzione del disavanzo portata avanti dal governo di coalizione.

Comunque, alla base di questa scelta politica vi è il fatto che il sistema di assistenza a lungo termine sia così frammentato e complesso, con responsabilità del governo centrale, fonti di finanziamento e organizzazioni per la fornitura dei servizi locali distinte per il settore sanitario, sociale e per altre tipologie di servizi. Ulteriori cause di instabilità derivano dalla suddivisione delle responsabilità per l'assistenza sociale tra governo centrale e amministrazioni locali. Le prestazioni di previdenza sociale per le persone disabili, per gli anziani e per i carer sono ancora più divise, motivo che crea ulteriori difficoltà di effettuare riforme. A meno di riuscire a rendere disponibili maggiori risorse, sempre meno persone potranno beneficiare dei servizi di assistenza sociale pubblici, sempre più persone dovranno sobbarcarsi dei costi enormi e usare tutti i propri beni per pagarsi i servizi offerti dalle strutture residenziali private o i servizi domiciliari di tipo intensivo privati e i carer familiari dovranno farsi carico di un peso sempre più insostenibile. Considerando i tagli previsti per i prossimi anni di almeno il 25% sulla spesa pubblica, questi scenari sono comunque molto probabili.

Tenendo in considerazione questo panorama, le riforme ad ampio spettro del quasi-mercato e la loro estensione al finanziamento dei singoli individui sotto forma dei personal budget, si possono considerare rilevanti – ma anche, potrebbe affermare qualcuno – non proprio prioritarie. Queste riforme non sono state portate avanti per esercitare maggiore controllo sulla spesa pubblica nel campo del sociale, ma semplicemente per modificare le modalità con cui vengono assegnate e utilizzate le poche risorse disponibili. Tuttavia, come per la precedente esperienza dei direct payment, la recente «trasformazione» avvenuta grazie ai personal budget, potrebbe non raggiungere pieno successo nel fornire risultati migliori per gli utenti. Entrambe le iniziative hanno applicato un metodo di utilizzo delle risorse dell'assistenza sociale che sembra funzionare bene per alcuni utenti dei servizi sociali (rispettivamente per coloro con difficoltà di apprendimento e persone con disabilità fisiche in età da lavoro) e lo hanno applicato a tutti gli utenti, inclusi anziani fragili e con disturbi di tipo cognitivo. Restano, inoltre, insolute questioni rilevanti rispetto a quanto possano adattarsi bene il mercato prevalentemente privato dei servizi a domicilio e altri fornitori di servizi nel rispondere alle richieste degli utenti a cui è stato assegnato il personal budget, senza dover far fronte a nuovi costi di transazione o essere esposti a rischi finanziari destabilizzanti.

RPS

Caroline Glendinning

### Riferimenti bibliografici

- Adass/Lga - Association of Directors of Adult Social Services/Local Government Association, 2003, *All Our Tomorrows: Inverting the Triangle of Care*, Association of Directors of Adult Social Services/Local Government Association, Londra.
- Audit Commission, 1986, *Making a Reality of Community Care*, Audit Commission, Londra.
- Audit Commission, 1997, *The Coming of Age: Improving Care Services for Older People*, Audit Commission, Londra.
- Audit Commission, 2000, *The Way to Go Home: Rehabilitation and Remedial Services for Older People*, Audit Commission, Londra.
- Audit Commission, 2010, *Financial Management of Personal Budgets*, Audit Commission, Londra.
- Cagniano A., Shutes I., Spencer S. e Leeson G., 2009, *Migrant Care Workers in Ageing Societies: Research Findings in the United Kingdom*, Centre on Migration, Policy and Society, Oxford.

- «Carers UK», 2007, *Carers save UK £,87 billion per year*, disponibile all'indirizzo internet: [www.carersuk.org/Newsandcampaigns/News/1190237139](http://www.carersuk.org/Newsandcampaigns/News/1190237139).
- Churchill N. (a cura di), 2008, *Advancing Opportunity: Older People and Social Care*, Smith Institute, Londra.
- Cqc - Care Quality Commission, 2010, *The State of Health Care and Adult Social Care in England. Key Themes and Quality of Services in 2009*, Care Quality Commission, Londra, disponibile al sito internet: [www.cqc.org.uk](http://www.cqc.org.uk).
- Csci - Commission for Social Care Inspection, 2008, *The State of Social Care in England 2006-07*, Commission for Social Care Inspection, Londra.
- Csci - Commission for Social Care Inspection, 2009, *The State of Social Care in England 2007-08*, Commission for Social Care Inspection, Londra.
- Comas-Herrera A., Wittenberg R. e Pickard L., 2004, *Long-term Care for Older People in the United Kingdom: Structure and Challenges*, in Knapp M., Challis D., Fernández J.-L. e Netten A. (a cura di), *Long-Term Care: Matching Resources and Needs*, Ashgate Aldershot.
- Davey V., Fernández J.-L., Knapp M., Vick N., Jolly D., Swift P., Tobin R., Kendall J., Ferrie J., Pearson C., Mercer G. e Priestley M., 2007, *Direct Payments: A National Survey of Policy and Practice*, Lse, Pssru, Londra.
- Department of Health and Social Security, 1988, *Community Care: An Agenda for Action*, HmsO, Londra.
- Dh - Department of Health, 1998, *Modernising Social Services*, Cm 4169, Department of Health, Londra.
- Dh - Department of Health, 2000, *The NHS Plan. A Plan for Investment. A Plan for Reform*, Department of Health, Londra.
- Dh - Department of Health, 2001a, *National Service Framework for Older People*, Department of Health, Londra.
- Dh - Department of Health, 2001b, *Valuing People: A New Strategy for Learning Disability for the 21<sup>st</sup> Century*, Cm 5086, The Stationery Office, Londra.
- Dh - Department of Health, 2004, *Dramatic Fall in Delayed Discharges*, comunicato stampa 2004/0196, 17 maggio.
- Dh - Department of Health, 2008, *Putting People First: A Shared Vision and Commitment to the Transformation of Adult Social Care*, Department of Health, Londra.
- dh - Department of Health, 2011, *Fairer Care Funding. The Report of the Commission on Funding of Care and Support*, Department of Health, Londra.
- Dowling B., Glendinning C. Powell M., 2004, *Conceptualising «Successful» Partnerships*, «Health and Social Care in the Community», vol. 12 (4), pp. 309-317.
- Drakeford M., 2006, *Ownership, Regulation and the Public Interest: The Case of Residential Care for Older People*, «Critical Social Policy», vol. 26 (4), pp. 932-944.
- Duffy S., 2004, *In Control*, «Journal of Integrated Care», vol. 12 (6), pp. 7-13.
- Ellis K., 2007, *Direct Payments and Social Work Practice. The Significance of Street-Level Bureaucracy in Determining Eligibility*, «British Journal of Social Work», vol. 37 (3), pp. 405-422.

- Fernández J.-L., Kendall J., Davey V. e Knapp M., 2007, *Direct Payments in England: Factors Linked to Variations in Local Provision*, «Journal of Social Policy», vol. 36 (1), pp. 97-121.
- Glasby J. e Littlechild R., 2004, *The Health and Social Care Divide: The Experiences of Older People*, seconda edizione, The Policy Press, Bristol.
- Glasby J. e Littlechild R., 2006, *An Overview of the Implementation and Development of Direct Payments*, in Leece J. e Bornat J. (a cura di), *Developments in Direct Payments*, The Policy Press, Bristol.
- Glendinning C., 2007, *Improving Equity and Sustainability in UK Funding for Long-term Care: Lessons from Germany*, «Social Policy and Society», vol. 6 (3), pp. 411-422.
- Glendinning C. e Lloyd B., 1998, *The Continuing Care Guidelines and Primary and Community Health Services*, «Health and Social Care in the Community», vol. 6 (3), pp. 181-188.
- Glendinning C. e Means R., 2004, *Rearranging the Deckchairs on the Titanic of Long-term Care – Is Organisational Integration the Answer?*, «Critical Social Policy», vol. 24 (4), pp. 435-457.
- Glendinning C., Hudson B. e Means R., 2005, *Under Strain? Exploring the Troubled Relationship Between Health and Social Care*, «Public Money and Management», vol. 25 (4), pp. 245-252.
- Glendinning C., Challis D., Fernández J.-L., Jacobs S., Jones K., Knapp M., Manthorpe J., Moran N., Stevens M. e Wilberforce M., 2008, *Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme: Final Report*, Social Policy Research Unit, University of York, York.
- Glendinning C., Jones K., Baxter K., Rabiee P., Curtis L., Wilde A., Arksey H. e Forder J., 2010, *Home Care Re-ablement Services: Investigating the Longer-term Impacts (Prospective Longitudinal Study)*, Working Paper n. Dhr 2438, Social Policy Research Unit, University of York, York.
- Glendinning C., Moran N., Challis D., Fernández J.-L., Jacobs S., Jones K., Knapp M., Manthorpe J., Netten A., Stevens M. e Wilberforce M., 2011 (di prossima pubblicazione), *Personalisation and Partnership: Competing Objectives in English Adult Social Care? The Individual Budget Pilot Projects and the Nhs*, «Social Policy and Society».
- Godfrey M., Keen J., Townsend J., Moore J., Ware P., Hardy B., West R., Weatherly H. e Henderson K., 2005, *An Evaluation of Intermediate Care for Older People. Final Report*, Institute of Health Sciences and Public Health Research, University of Leeds, Leeds.
- Grimshaw D., 2002, *Qualitative Research on Firms' Adjustments to the Minimum Wage*, European Work and Employment Research Centre, Manchester.
- Grimshaw D. e Carroll M., 2006, *Adjusting to the National Minimum Wage: Constraints and Incentives to Change in Six Low-Paying Sectors*, «Industrial Relations Journal», vol. 37, pp. 22-47.

RPS

Caroline Glendinning

- Hmg - Her Majesty's Government, 2009, *Shaping the Future of Care Together*, Cm 7673, Her Majesty's Government, Londra.
- House of Commons Health Committee, 2010, *Social Care. Third Report of Session 2009-10*, volume 1, Hc 22-1, House of Commons, Londra.
- Humphries R. e Forder J., 2010, *Options for Funding Long-term Care; The Partnership Model Compared*, «Quality in Ageing and Older Adults», vol. 11 (4), pp. 30-35.
- Jrf - Joseph Rowntree Foundation, 2006, *Paying for Long-Term Care*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Kasparova D., Marsh A. e Wilkinson D., 2007, *The Take-up Rate of Disability Living Allowance and Attendance Allowance: Feasibility Study*, Research Report 442, Department for Work and Pensions, Londra.
- Laing e Buisson, 2005, *Care of Elderly People: UK Market Survey 2005*, Laing & Buisson Publications Ltd., Londra.
- Leadbeater C., 2004, *Personalisation Through Participation. A New Script for Public Services*, Demos, Londra.
- Leadbeater C., Bartlett C. e Gallagher N., 2008, *Putting People First. Facing the Challenges of Scaling up Personal Budgets*, Demos, Londra.
- Lewis J., 2001, *Older People and the Health-Social Care Boundary in the UK: Half a Century of Hidden Policy Conflict*, «Social Policy & Administration», vol. 35 (4), pp. 343-359.
- Lewis J. e Glennerster H., 1996, *Implementing the New Community Care*, Open University Press, Buckingham.
- Lloyd J., 2010, *Navigating the Long Road to Long-term Care Funding Reform*, «Quality in Ageing and Older Adults», vol. 11 (4), pp. 36-39.
- Means R. e Smith R., 1998, *From Poor Law to Community Care: The Development of Welfare Services for Elderly People*, The Policy Press, Bristol.
- Means R., Morbey H. Smith R., 2002, *From Community Care to Market Care? The Development of Welfare Services for Older People*, The Policy Press, Bristol.
- Means R., Richards S. e Smith R., 2003, *Community Care: Policy and Practice*, terza edizione, Macmillan, Basingstoke.
- Moran N., Glendinning C., Stevens M., Manthorpe J., Jacobs S., Wilberforce M., Knapp M., Challis D., Fernández J.-L., Jones K. e Netten A., 2011 (di prossima pubblicazione), *Joining Up Government by Integrating Funding Streams? The Experiences of the Individual Budget Pilot Projects for Older and Disabled People in England*, «International Journal of Public Administration».
- Morris J., 2006, *Independent Living: The Role of the Disability Movement in the Development of Government Policy*, in Glendinning C. e Kemp P.A. (a cura di), *Cash and Care: Policy Challenges in the Welfare State*, The Policy Press, Bristol.
- Needham C., 2007, *The Reform of Public Services under New Labour: Narratives of Consumerism*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Newman J., Glendinning C. e Hughes M., 2008, *Beyond Modernisation? Social Care and the Transformation of Welfare Governance*, «Journal of Social Policy», vol. 37 (4), pp. 531-557.

- Oecd, 2005, *Long-Term Care for Older People*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Parigi.
- Pearson C., 2006, *Direct Payments in Scotland*, in Leece J. e Bornat J. (a cura di), *Developments in Direct Payments*, The Policy Press, Bristol.
- Prime Minister's Strategy Unit, 2005, *Improving the Life Chances of Disabled People*, Cabinet Office, Londra.
- Royal Commission on Long-Term Care, 1999, *With Respect to Old Age: Long-term Care – Rights and Responsibilities*, The Stationery Office, Londra.
- Schofield P., 2007, *Are There Reasons to Be Worried about the «Caretelisation» of Residential Care?*, «Critical Social Policy», vol. 27 (2), pp. 155-180.
- Skills for Care, 2008, *Employment Aspects and Workforce Implications of Direct Payments*, Skills for Care, Leeds.
- Skills for Care, 2010, *The State of the Adult Social Care Workforce in England 2010*, Skills for Care, Londra.
- Streeck W. e Thelen K. (a cura di), 2005, *Beyond Continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press, Oxford.
- Wanless D., 2006, *Securing Good Care for Older People. Taking a Long-term View*, Kings Fund, Londra.
- Windle K., Wagland R., Lord K., Dickinson A., Knapp M., D'Amico F., Forder J., Henderson C., Wistow G., Beech R., Roe B. e Bowling A., 2008, *National Evaluation of Partnerships for Older People Projects: Interim Report of Progress*, Pssru Discussion Paper 2612, Personal Social Services Research Unit, University of Kent, Kent.
- Young J., 2009, *The Development of Intermediate Care Services in England*, «Archives of Gerontology and Geriatrics», vol. 49, pp. S21-S25.

RPS

Caroline Glendinning

Traduzione dall'inglese a cura di Cinzia Giammarchi

