

Il percorso francese verso una politica per la non autosufficienza: specificità, natura del processo e soggetti coinvolti

Blanche Le Bihan, Claude Martin

RPS

La Francia si caratterizza per l'introduzione di un nuovo programma per la non autosufficienza (l'Apa, Allocation personnalisée a l'autonomie, o sussidio personalizzato per l'autonomia), entrato in vigore nel 2002 e basato su un'offerta integrata di servizi e assegni di sostegno per la popolazione anziana in posizione di dipendenza. Il saggio illustra i fattori che hanno contribuito alla riforma e il processo politico che ne ha contrassegnato l'approvazione e la successiva

attuazione. Negli ultimi anni lo scenario è ulteriormente mutato, e ciò potrebbe portare a un più forte riconoscimento e sostegno da parte dello Stato per il sistema delle polizze private per la non autosufficienza. Questa svolta verso il mercato sarà oggetto di analisi e discussione, per evidenziare la natura del processo politico in corso e dei soggetti che ne sono protagonisti, nonché esaminare il possibile impatto sociale e istituzionale della mercatizzazione dell'assistenza ai non autosufficienti.

1. Introduzione

In Francia, la definizione di una vera e propria politica per la non autosufficienza o piuttosto, per usare la terminologia francese, di una politica per «le persone anziane in posizione di dipendenza» fu avviata a tutti gli effetti nei primi anni ottanta. Un processo lungo, quindi, e che potrebbe tuttora risolversi in differenti scenari per gli anni a venire (Martin, 2003).

Il sistema francese è alquanto complesso, essendo andato definendosi lentamente nel tempo, combinando una varietà di elementi (vecchi e nuovi) afferenti in maniera frammentata alla sfera dell'assistenza sanitaria, a quella dell'assistenza sociale a domicilio e presso le strutture residenziali, nonché a quella degli incentivi fiscali e occupazionali. A partire dalla fine degli anni novanta, l'insieme di queste politiche pubbliche è stato principalmente organizzato attorno a una specifica forma di sussidio. Infatti, dopo una fase contrassegnata da sperimentazioni sul piano locale (1995-1996), si è optato per l'erogazione di «as-

segni per le spese di cura» («cash-for-care»), inizialmente riservati ai soggetti in condizione di forte dipendenza nonché economicamente svantaggiati, ed estesi a partire dal 2002 a tutte le persone anziane fragili. La riforma del 2002, che ha istituito la *Allocation personnalisée à l'autonomie* (Apa, sussidio personalizzato per l'autonomia), rappresenta all'oggi il principale punto di svolta nell'impianto generale delle politiche per la autosufficienza. Da allora, il numero di persone che beneficiano di queste prestazioni è aumentato drasticamente, passando da 150.000 persone nel dicembre 2001 a 1,185 milioni di persone nel settembre 2010.

Come avviene in molti altri paesi (Colombo e al., 2011), anche in Francia le politiche per la non autosufficienza devono fare i conti con le sfide demografiche e i vincoli di bilancio, inaspriti nel contesto della crisi finanziaria. La comune esposizione a pressioni in materia di finanziamenti potrebbe persino essere definita come una delle principali prove di una convergenza europea dei sistemi in questa sfera, perché stanno tutti divenendo sempre più misti. I sistemi adottati combinano infatti cura informale e assistenza, mutualismo sociale e polizze private, servizi mercificabili e servizi pubblici; in altre parole, si basano su un welfare misto o su una complessa interazione tra Stato, famiglia e mercato. L'opzione del cash-for-care è un altro importante elemento che accomuna l'evoluzione dei diversi sistemi europei (Da Roit, Le Bihan e Osterle, 2007; Da Roit e Le Bihan, 2010), in quanto soluzione capace di tenere insieme cura informale e formale e che permette quindi tanto di contenere la spesa quanto di assicurare margini di «scelta» agli utenti (Ungerson e Yeandle, 2007). Nati per integrare l'assistenza fornita dai familiari, e presentati come aiuto economico per l'affidamento a terzi di parte delle necessarie mansioni di cura tramite l'acquisto di servizi, i programmi sugli assegni per le spese di cura sono basati su un forte investimento sul ruolo di amministratori dei familiari. Ciò detto, al di là degli aspetti che lo accomunano ad altri paesi, il sistema francese per la non autosufficienza presenta alcune specificità che meritano di essere chiarite. Il presente capitolo illustrerà il processo di definizione delle politiche francesi in materia, avviato negli anni ottanta e risoltosi nel «compromesso alla francese» (Le Bihan e Martin, 2007) quale soluzione capace di tenere insieme componenti di diverse natura. Per comprendere il ruolo svolto da alcuni dei principali protagonisti di questa partita, occorre innanzitutto ricostruire come le politiche in questa sfera siano andate definendosi nel tempo, così da chiarire fasi e volani principali di riforma.

Volgeremo poi l'attenzione alla questione del costo di queste politiche, attualmente oggetto di discussione, nonché al nodo dei canali di finanziamento pubblici e privati. Cercheremo di dare conto del dibattito in corso, che sta preparando il terreno per una riforma da tempo attesa e presumibilmente imminente. All'indomani delle elezioni presidenziali del maggio 2007, era stata infatti annunciata la svolta verso un modello assicurativo o, come si usa dire nel dibattito francese, verso il modello del «quinto rischio» (*cinquième risque*). In cosa consiste la proposta nel concreto? Un modello assicurativo di quale tipo? La riforma, che potrebbe essere varata nell'autunno 2011 a ridosso delle nuove elezioni presidenziali, appare tuttora poco chiara. Tra le associazioni di categoria e le parti sociali, in molti hanno espresso preoccupazione per questo ritardo nonché per i risvolti concreti del progetto, che sembra voler proporre un nuovo compromesso tra i tre assi portanti della tutela dei non autosufficienti: la famiglia, lo Stato e il mercato. In ogni caso, una fase così particolare di serrato confronto (contrassegnata dalla pubblicazione di molti rapporti) è utile a mappare le diverse posizioni in campo. Si tratta di un dibattito in divenire che fornisce elementi utili a comprendere le dinamiche di riforma nel contesto francese, quale risultato combinato di una spinta di natura politica, delle indicazioni contenute nei rapporti di alti funzionari ed esperti, e delle rivendicazioni delle associazioni di settore.

2. Lo sviluppo di una politica pubblica fondata su un programma di «sussidi per le spese di cura»: sfide, processo e attori

In Francia, il processo di costruzione di una politica per la non autosufficienza (*long-term care* nel testo originale, in sintonia con la terminologia corrente a livello internazionale, *n.d.t.*) è stato lento e incerto. In primo luogo, occorre ricordare che in questo paese non si ricorre solitamente all'espressione «*long-term care*» per qualificare le politiche in questo settore. La definizione tradizionale, affermatasi negli anni settanta e ottanta, è quella di «politiche per gli anziani dipendenti», sebbene in tempi più recenti – per evitare l'accezione discriminatoria e negativa dell'aggettivo «dipendenti» – si parli di «politiche sulla perdita di autonomia».

In particolare, vi è stato chi ha giocato un ruolo centrale nel promuovere il concetto di «dipendenza»: i geriatri. L'origine biomedica del concetto è essenziale a comprendere una delle principali specificità del

RPS

Blanche Le Bihan, Claude Martin

sistema francese: in ambito geriatrico, dire «dipendenza» significa dire che occorre procedere una valutazione delle inabilità, prima di poter stimare bisogni e costi. Una concezione che si è andata diffondendo tra gli operatori del settore e nel mondo politico, soprattutto per ragioni economiche (Frinault, 2005).

2.1 Sfide iniziali

Una delle principali sfide politiche degli anni ottanta fu la necessità di fare fronte alla spesa crescente per le persone con problemi di disabilità, capendo come dividere questo bacino di soggetti, in base all'età, in due categorie principali (bisognose di politiche differenziate): accesso al lavoro come soluzione alternativa all'assistenza agli adulti diversamente abili (di età inferiore ai 65 anni), e assistenza medica, alla salute e/o sociale per chi ha più di 65 anni (Ennuyer, 2003). Nel corso dei primi anni ottanta, la «dipendenza» divenne così una questione politica all'ordine del giorno, anche a partire dall'urgenza di riformare uno specifico sussidio, chiamato «di compensazione per una terza persona» (*Allocation compensatrice pour tierce personne*, Actp): uno strumento introdotto nel 1975 per sostenere le persone con disabilità, che veniva finanziato e gestito dagli enti locali e di cui si avvalevano principalmente gli anziani invalidi. In generale, l'assegno di sostegno poteva essere richiesto dalle persone diversamente abili (con invalidità non inferiore all'80%) per aiutarle a pagare una figura esterna di supporto, ma senza alcun controllo effettivo sull'effettiva destinazione delle risorse. Per i dieci anni trascorsi tra la metà degli anni ottanta e la prima metà degli anni novanta, l'imperativo principale divenne così quello di istituire un sussidio specificatamente «vincolato alla prestazione»¹, esigibile dagli anziani affetti da inabilità fisiche che avevano bisogno di essere assistiti nella conduzione delle attività quotidiane. Tuttavia, fino al 1994 non si arrivò all'adozione di una vera e propria politica per la non autosufficienza, nonostante il ricco dibattito e gli innumerevoli rapporti a firma di esperti (Kessler, 1994; Martin, 2003).

La lenta natura di questo processo, risoltosi con l'introduzione del sussidio per le spese di cura, fece emergere diverse problematiche nel corso di quei dieci anni. Innanzitutto, vi era il nodo dell'eventuale

¹ «Vincolato alla prestazione» significa che il sussidio (il denaro percepito) deve essere impiegato per acquistare servizi, prevalentemente tramite transazioni formali con emissione di fattura.

istituzione di una nuova forma di assicurazione sociale (Frinault, 2003). Il modello dell'assicurazione sociale fu sostenuto già nel 1979 in uno dei primi rapporti sulla materia (Arreckx, 1979), ma da allora furono ben pochi gli esperti che si espressero a favore della protezione sociale contro il quinto rischio² in materia di dipendenza (quantomeno fino al 2007). Il secondo nodo riguardava il carattere universale delle misure, o l'ipotesi di limitarne l'accesso a chi non poteva pagarsi i servizi (e quindi agli anziani dipendenti e poveri), secondo una logica da assistenza sociale³. La terza questione aperta riguardava i canali di finanziamento e le modalità di gestione delle prestazioni, nonché il tema della ripartizione degli oneri tra Stato, enti locali e casse previdenziali. Un ultimo nodo di dibattito ruotava invece attorno al modo di concepire la dipendenza in età avanzata. Mentre il Rapporto Arreckx aveva difeso il modello biomedico, il Rapporto di Lione, pubblicato nel 1980 dalla Commissione pianificazione, sposava una tesi costruita a partire da una prospettiva più sociale che medica⁴.

In ciascun caso, l'ostacolo principale era di natura economica. L'imperativo del rispetto dei vincoli di bilancio e del contenimento della spesa pubblica che dominava il quadro generale rendeva infatti difficile promuovere politiche di cui non si riuscivano a stimare i costi. All'epoca non si sapeva neanche con esattezza quanti fossero gli anziani dipendenti, né si conosceva il numero dei potenziali beneficiari delle misure. L'ipotesi di un modello di assicurazione sociale era quindi considerata sconsigliabile e troppo rischiosa per la sostenibilità del sistema di sicurezza sociale. E l'approccio biomedico finì per dominare anche su questo versante, con l'alleanza strategica tra la lobby della medicina geriatrica e il Ministero degli Affari sociali. I medici riuscirono infatti a imporre uno strumento per stimare la dipendenza basato

² Il sistema di sicurezza sociale francese si basa sull'individuazione di quattro categorie di rischio: malattia, pensioni, famiglia e incidenti sul lavoro.

³ Si tratta di un principio con conseguenze importanti in materia di obblighi familiari. In Francia vige infatti l'obbligo legale – definito «*obligation alimentaire*» – alla solidarietà intergenerazionale (verso l'alto e il basso), che impone di aiutare i propri familiari. La traduzione pratica di un principio così formulato può rendere il sostegno dello Stato secondario rispetto a quello di natura familiare.

⁴ Il Rapporto di Lione fu ripreso dal primo governo socialista a seguito dell'elezione di François Mitterrand nel maggio 1981. Nei fatti, il *Secrétariat d'Etat aux personnes âgées* istituito dal governo seguì principalmente le indicazioni avanzate nel rapporto. Ma questo orientamento si dissolse a seguito della «svolta neoliberista» dei socialisti nel 1983.

sull'adozione di una scala di valutazione unica, la cosiddetta Aggir (*Autonomie g ronde groupes iso-ressources*). «Nel 1991, due rapporti ufficiali, il Rapporto Boulard e quello Schopflin, sottolinearono la necessit  di legare le politiche pubbliche a un sistema comune di valutazione della dipendenza, per stimare il numero di persone dipendenti, classificarle in categorie, calcolare i costi e stabilire il tariffario delle strutture per gli anziani». (Frinault, 2005, p. 28).

2.2 Passi avanti e battute d'arresto nel processo di definizione delle politiche

Le difficolt  del governo a sciogliere queste incertezze potrebbero spiegare la lentezza del processo decisionale. A partire dalla met  degli anni novanta, possiamo individuare quattro passaggi nella creazione di un programma pubblico per la non autosufficienza e nel progressivo ampliamento dei soggetti beneficiari (Martin, 2001).

Per prima cosa, tra il 1994 e il 1995, dodici amministrazioni locali (*Conseils généraux*⁵) furono invitate dal governo⁶ a sperimentare un programma pilota. L'obiettivo era mettere gli attori locali in condizioni di definire un proprio sistema per la non autosufficienza sulla base di alcune linee guida di valenza generale, e testare cos  le opportunit  di creazione di un «sussidio specifico per la dipendenza». Al contempo, la gestione del sussidio a livello locale vedeva il coinvolgimento diretto delle casse di sicurezza sociale, pi  specificatamente di quelle per l'assicurazione sanitaria (*Caisse d'assurance maladie*) e di quelle previdenziali (*Caisse d'assurance vieillesse*).

Nel 1997, governo⁷ e Senato decisero poi di ridimensionare le ambizioni delle prime sperimentazioni, adottando e ponendo in essere in tutto il territorio francese un programma provvisorio nazionale di assistenza incentrato sul «sussidio specifico per la dipendenza» (*Prestation spécifique dépendance*, Psd). Tale logica assistenziale aveva diverse sfaccettature: l'intento era quello di incaricare gli enti locali di fungere da pilota per il programma, riuscire a contenere la spesa pubblica, mantenere intatte le prerogative delle famiglie e concentrarsi sulla popolazione anziana maggiormente svantaggiata e dipendente. Il sussidio era

⁵ In Francia vi sono 101 *Conseils généraux*, uno per dipartimento.

⁶ Il Governo di destra Balladur (marzo 1993-maggio 1995). Primo ministro: Edouard Balladur; ministro degli Affari sociali: Simone Weil.

⁷ Il Governo di destra Tupp  II (novembre 1995-novembre 1997). Primo Ministro: Alain Jupp ; Ministro del Lavoro e degli Affari sociali: Jacques Barrot.

erogato agli anziani residenti in casa propria e in strutture dedicate in funzione delle condizioni di reddito e dei bisogni effettivi, ed era di entità estremamente ridotta. Ne erano esclusi gli anziani con livelli di dipendenza medi, che rappresentavano quasi il 40% dei potenziali beneficiari, nonché quelli a reddito medio. La possibilità di rivalsa sul patrimonio immobiliare della persona anziana fu un altro importante fattore di esclusione di potenziali beneficiari, perché la maggior parte delle famiglie preferiva salvaguardare il patrimonio ereditario. L'obiettivo del contenimento della spesa era così raggiunto, e l'onere della cura restava principalmente alle famiglie.

Nel maggio 1997, a seguito dello scioglimento delle Camere, si ebbe un'importante svolta politica, con la nomina di un nuovo governo (in coabitazione) guidato dai socialisti⁸. Alla luce delle tante critiche allo strumento del sussidio specifico di dipendenza (Psd), e in particolare al fatto che arrivati al 2001 ne beneficiasse solo il 15% degli anziani fragili (150.000 beneficiari⁹), si ritenne necessario procedere alla riforma del sistema. La riforma socialista del 2002 aveva una finalità ben precisa: rispondere alla domanda di cura e aumentare il numero dei beneficiari delle prestazioni. Le politiche per la non autosufficienza passarono quindi da una logica assistenziale a una sorta di universalismo. La nuova prestazione introdotta, chiamata «prestazione personalizzata per l'autonomia» (*Allocation personnalisée à l'autonomie, Apa*), viene da allora erogata a tutte le persone anziane con un grado elevato e medio di dipendenza, proporzionalmente ai livelli di reddito e senza alcun margine di rivalsa sul patrimonio ereditario.

Nel 2004 il sistema attraversò poi una quarta trasformazione, a seguito dell'ondata di afa dell'estate del 2003: un'ondata costata la vita a 15.000 anziani, che dimostrò le scarse capacità di reazione del sistema sanitario nazionale e la necessità di coordinare meglio i servizi sanitari e sociali, nonché combinare reti di sostegno formali e informali. Quegli eventi fecero anche emergere l'importanza della dimensione locale in questo tipo di emergenza, e la necessità per gli enti locali di attrezzarsi per simili eventi. Se, subito prima dell'ondata di caldo, il governo

⁸ Il Governo di sinistra Jospin (giugno 1997-maggio 2002). Primo Ministro: Lionel Jospin; Ministro del Lavoro e della Solidarietà: Martine Aubry.

⁹ Nel 1999, la prima indagine nazionale in materia (*Handicap, incapacité, dépendance*) a cura dell'Istituto nazionale di statistica (Insee) ha calcolato per la prima volta il numero di anziani dipendenti, stimati come pari a quasi un milione di persone.

di destra¹⁰ aveva contemplato l'ipotesi di tagliare i fondi pubblici per l'Apa, a seguito di quei fatti l'orientamento cambiò radicalmente e si fece strada una proposta alternativa allo smantellamento del sistema¹¹. In questo contesto, il governo¹² propose di adottare il modello introdotto dalla riforma tedesca del 1995, che aveva istituito uno schema di assicurazione sociale per la non autosufficienza (Igl, 2003; Geraedts e al., 2000). Il nuovo «Piano per le persone anziane fragili» venne quindi varato¹³. Il piano poggiava su tre assi portanti: un programma per la risposta alle ondate di caldo, che prevedeva l'installazione di condizionatori d'aria nelle strutture residenziali e negli ospedali e l'impiego di personale operativo; il miglioramento del sistema di allerta sui rischi epidemiologici; e la creazione, a partire dal 2005, di un fondo per le persone anziane e disabili in posizione di fragilità (la *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*). Analogamente a quanto previsto dal modello tedesco, questa nuova cassa è finanziata dai contributi a carico dei datori di lavoro¹⁴, compensati dall'abolizione di un giorno di festività¹⁵, dal gettito generato da un'addizionale di imposta (lo 0,3% sui beni mobili e immobiliari) nonché dallo 0,1% dell'imposta Csg, ovvero la *Contribution sociale généralisée* (principio di tassazione). Infine vi è il trasferimento dei crediti per le persone anziane e disabili provenienti dalla Cassa per la sicurezza sociale. Questo nuovo fondo, che nel 2006 ammontava a 14 miliardi di euro, è stato presentato come un passo avanti verso l'affermazione del principio dell'assicurazione sociale.

¹⁰ Il Governo di destra Raffarin II (giugno 2002-marzo 2004). Primo ministro: Jean-Pierre Raffarin; ministro per la Salute, la Famiglia e le Persone disabili: Jean-François Mattei.

¹¹ La stampa ipotizzò persino che Jean-François Mattei avesse pagato il prezzo di questa tragedia perdendo il posto di ministro per la Salute, la Famiglia e le Persone disabili.

¹² Il Governo di destra Raffarin III (marzo 2004-maggio 2006). Primo ministro: Jean-Pierre Raffarin; ministro della Salute e la Protezione sociale: Philippe Douste-Blazy.

¹³ Per il periodo 2004-2007 si è data attuazione a un primo piano, e a un secondo per il periodo 2008-2012.

¹⁴ Chiamato «*Contribution solidarité autonomies*».

¹⁵ Chiamata «*journée de solidarité*».

2.3 Oltre la dipendenza: la sfida del lavoro

Un'altra sfida ha caratterizzato la situazione francese: la questione occupazionale. Nei piani degli amministratori, l'introduzione dei «sussidi per le spese di cura» doveva anche servire a sostenere la creazione di nuovi posti di lavoro nella sfera dei servizi. Sin dal principio, il potenziamento dei servizi di cura per gli anziani fragili era infatti anche finalizzato a sostenere potenziali fonti di lavoro, che si trattasse di legami relazionali (familiari, vicini, amici) o di servizi di assistenza domiciliare – in Francia definiti «servizi alla persona» (*services à la personne*). Questi servizi interessano la sfera dell'infanzia, delle pulizie domestiche, della cura agli anziani fragili, o qualunque altra forma di supporto alle famiglie nell'adempimento delle faccende quotidiane.

Nel 1997, l'introduzione della Psd venne percepita come un'opportunità per rafforzare gli enti non-profit che operavano nel campo dell'assistenza agli anziani fragili. Sebbene in prima istanza il sussidio abbia prodotto effetti tutt'altro che positivi, con un impatto destabilizzante sui posti di lavoro qualificati e la diffusione del lavoro non qualificato, stime recenti (Chol, 2007) indicano un'inversione di tendenza rispetto agli anni novanta.

La riforma del 2002 e la creazione dell'Apa, il sussidio personalizzato per l'autonomia, hanno avuto un impatto positivo per gli operatori dei servizi di cura. Innanzitutto, con l'Apa sono stati compiuti passi avanti nella ripartizione dei posti di lavoro nelle tre tipologie di servizio, suddivisibili in servizi su prestazione, o *prestataire*, (dove l'operatore di cura è un professionista ingaggiato da un ente non-profit, un'impresa privata o un ente pubblico), su mandato, o *mandataire*, (il datore di lavoro è la persona anziana, ma l'operatore è assunto da un ente non-profit, un'impresa privata o un ente pubblico) e servizi concordati amichevolmente, o *gré à gré*, (accordo individuale con l'operatore di propria scelta). Il numero di operatori dei servizi prestazionali (i più qualificati) è infatti aumentato, passando da 167.000 nel 2003 a 211.000 nel 2005¹⁶. Ciò significa anche che il datore di lavoro non è più il beneficiario delle cure, ma l'ente coinvolto. Una trasformazione che risponde all'obiettivo politico di potenziare qualità e professionalità del lavoro di cura. In secondo luogo, i servizi per gli anziani fragili sono ora coperti da un

¹⁶ Per ciò che concerne specificatamente la cura degli anziani, i servizi prestazionali costituivano il 46% del totale, quelli su mandato il 18%, mentre quelli concordati amichevolmente il 36% (Fnors, 2008, p. 54).

«accordo di qualità» e i percorsi formativi per gli operatori sono stati sistematizzati¹⁷. Nel 2005 i servizi coperti da «accordo di qualità»¹⁸ erano 11.000¹⁹ (a fronte di 7.000 del 2002). Pertanto, il terzo risultato ottenuto dall'Apa è stato un significativo aumento degli operatori specializzati, che restano tuttavia insufficienti e lavorano in condizioni precarie. Gli operatori che forniscono assistenza a domicilio su chiamata diretta erano 960.000 nel 2003, per divenire 1,1 milioni nel 2005.

Il nesso tra esigenze di cura e problematiche occupazionali risulta evidente se guardiamo all'evoluzione delle misure a sostegno dell'occupazione. Negli anni novanta furono infatti introdotte una serie di detrazioni fiscali per incoraggiare le famiglie ad assumere personale a domicilio. La misura riguardava la cura dei bambini quanto le pulizie domestiche o l'assistenza agli anziani fragili, e stabiliva che le famiglie potevano detrarre dalle imposte sul reddito il 50% della spesa sostenuta per assumere un lavoratore o una lavoratrice a domicilio. Si trattò di una norma di grande impatto, che permise alle famiglie dei ceti medi e alti di ricorrere a questo tipo di soluzione. Venne inoltre creato un assegno ad hoc, denominato «*chèque emploi service*» (assegno di impiego per fornitura di servizio), per semplificare gli adempimenti amministrativi a carico delle famiglie sul fronte dei pagamenti. Più recentemente, nel 2005, è stato messo a punto il «Piano di coesione sociale Borloo», per programmare lo sviluppo dell'occupazione nel ramo dei servizi alla persona. L'obiettivo è rendere questi servizi accessibili da un maggior numero di persone, professionalizzare il settore e semplificare le procedure amministrative²⁰.

¹⁷ Fino al marzo 2002, l'unico diploma per gli assistenti domiciliari era il Cafad (*Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile*) e solo pochi operatori l'avevano conseguito (solo il 18% degli assistenti domiciliari aveva un titolo di studio in campo sociale o sanitario, e solo il 9% aveva conseguito il Cafad). Da allora, l'offerta formativa è migliorata, grazie all'introduzione del Deavs (*Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale*).

¹⁸ Questi dati interessano un settore più ampio degli «assistenti alla persona» che si prendono cura degli anziani fragili. I servizi individuali comprendono la cura degli anziani fragili, dei bambini, le faccende domestiche, e ogni forma di aiuto (giardinaggio, assistenza informatica, lavoretti, ecc.) di cui la persona può avere bisogno. L'assistenza agli anziani fragili rappresenta il 60% delle attività complessivamente coperte da un «accordo di qualità», mentre le mansioni domestiche sono coperte al 33%.

¹⁹ 12.000 contando quelli siglati con aziende private.

²⁰ Nel febbraio 2006, tramite un piano specifico per lo sviluppo di questi servizi

In sintesi, l'evoluzione del sistema sembra svelare diversi nodi. Il primo, nonché più ovvio, è la sua forte dipendenza dal dibattito politico (in termini di avvicendamento dei governi, alternanze politiche, ecc.). Qualunque vera decisione è stata sempre preceduta da un intenso dibattito pubblico circa la *necessità* di costruire politiche innovative a fronte di sfide *ineludibili*. Ma queste fasi sono state anche indubbiamente di «non decisione», perché principalmente all'insegna della pubblicazione di rapporti, ufficiali o stilati da centri studi ed esperti, che servivano a preparare il terreno per le deliberazioni e le disposizioni di legge. A ciò seguivano una serie di «via libera» e «battute d'arresto», con l'approvazione di misure più ambiziose e promettenti (sperimentazioni locali; Apa) e marce indietro (Psd). Un processo che ha anche dovuto tenere insieme forze politiche e coalizioni di categoria, nonché perseguire obiettivi di secondo livello quali le esigenze occupazionali nella sfera della cura.

3. Una rassegna più ampia di politiche frammentate tra cura informale, assistenza sanitaria, assistenza sociale e assicurazioni private

Come spiegato nella sezione precedente, il sistema francese per la non autosufficienza non è ben perimetrato, non costituendo un corpo omogeneo di politiche. Al contrario, si tratta di un sistema che mescola mutualismo pubblico e assicurazioni private, e che sul solo versante pubblico è fatto di politiche sociali, politiche per l'assistenza sanitaria, per la famiglia, per l'occupazione e per gli anziani. Il problema di come perimetrare queste misure è da questo punto di vista centrale. Per individuare i molteplici canali di finanziamento e stimare con maggiore precisione il costo complessivo di un'insieme così frammentato di politiche, occorre guardare separatamente al meccanismo che sta al cuore del sistema, ovvero quello dell'*Allocation personnalisée d'autonomie* (Apa), al contributo delle assicurazioni private e alle misure di carattere secondario.

(*Plan de développement des services à la personne*), è stata annunciata la creazione entro il 2010 di un numero di posti di lavoro compresi tra uno e due milioni, con l'istituzione di un'agenzia per strutturare il settore (*Agence des services à la personne*).

RPS

Blanche Le Bihan, Claude Martin

3.1 Le politiche pubbliche per la non autosufficienza

Come dicevamo, il cuore delle politiche francesi per la non autosufficienza poggia su un sussidio specifico, definito *Allocation personnalisée à l'autonomie*, distribuito e gestito dalle autorità locali (i *Départements* francesi). Il sistema dell'Apa ha tre tratti caratteristici. In primo luogo, si tratta di una prestazione erogata in funzione del grado di dipendenza a tutte le persone anziane, che vivano in casa propria o presso strutture residenziali²¹. L'Apa viene concessa agli anziani fino alla quarta fascia della scala ufficiale di valutazione, denominata Aggir e consistente in sei gradi di dipendenza (dal grado più elevato, Gir 1, a quello più tenue, Gir 6). Trattandosi di un sistema nazionale a gestione locale, per ciascun grado di dipendenza si ha diritto a ricevere un contributo prefissato, così da garantire parità di accesso ai servizi in tutto il paese. Nell'aprile 2010, le cifre prefissate erano le seguenti: un massimo di 1235 euro per la fascia Gir 1, di 1059 euro per la fascia Gir 2, di 794 euro per la fascia Gir 3 e di 529 euro per la fascia Gir 4.

In secondo luogo (quale specificità propria del caso francese), il sussidio è finalizzato a coprire le spese di un pacchetto di servizi stabilito da un'équipe di professionisti in funzione dei bisogni del beneficiario. La somma percepita è quindi vincolata, e può solo essere impiegata per pagare le mansioni di cura attestate come necessarie dall'équipe. Si adotta pertanto una logica di «libera scelta», che rende la famiglia partecipe della definizione dell'accordo di cura e permette di combinare servizi professionali e cura familiare, ma si prevede al contempo che siano i professionisti a stabilire di quali cure vi è bisogno.

Questo controllo sulla destinazione del sussidio è un aspetto importante del sistema francese²² e comporta una regolamentazione più rigida rispetto ad altri paesi europei che hanno introdotto sussidi analoghi (Da Roit, Le Bihan e Oesterle, 2007; Ungerson e Yeandle, 2007; Glendinning, 2006).

²¹ Nel caso degli istituti residenziali, il sussidio può essere destinato ai singoli individui o può essere percepito in forma di contributo complessivo all'istituto stesso, che lo utilizzerà in funzione delle esigenze di cura specifiche dei residenti del centro. La scelta tra queste due opzioni è lasciata all'istituto. In Francia, le strutture residenziali per le persone anziane distinguono tre tipologie di spesa: spese di dipendenza (a carico dell'ospite e dell'Apa), spese di alloggio (a carico dell'ospite) e spese sanitarie (a carico del sistema sanitario nazionale).

²² I controlli amministrativi sono di competenza dell'ente locale e variano di dipartimento in dipartimento.

Infine, la Francia ha adottato un sistema a doppio binario per il pagamento dei pacchetti di servizi. Da una parte si è scelto di applicare il «principio assistenziale»: al di sotto di una soglia minima di reddito (695 euro al mese), i beneficiari del sussidio non contribuiscono in alcuna misura alle spese. Dall'altra è stata introdotta una «tariffa a carico dell'utente», sarebbe a dire un meccanismo di condivisione degli oneri: al di sopra della soglia minima, i beneficiari contribuiscono alle spese per i servizi di cura proporzionalmente al proprio reddito. Ciò significa che tutti possono beneficiare del sussidio Apa, ma il contributo, o la quota, a carico del beneficiario varierà in funzione della sua condizione economica (si veda la tabella 1). Chi ha un reddito superiore ai 2750 euro al mese deve coprire il 90% delle spese. Il fatto che chiunque ne abbia bisogno possa ricevere un aiuto pubblico per le spese di cura (fosse anche solo nella misura del 10%) spiega l'aggettivo «universale» a volte impiegato per definire il sistema Apa. Ciò detto, si tratta con ogni evidenza di un programma di carattere più generale che universale.

Tabella 1 - Valore medio dell'Apa in funzione del grado di dipendenza

Valore medio dell'Apa per gli anziani residenti in casa (€)			
	Quota a carico dell'ente locale	Quota a carico del beneficiario (e % di beneficiari tenuti a condividere gli oneri)	Valore medio
Gir 1	830	179 (70%)	1.009
Gir 2	634	151 (74%)	785
Gir 3	481	104 (74%)	585
Gir 4	288	59 (79%)	348
Totale	406	88 (75%)	494
Valore presso le strutture residenziali			
Gir 1 e 2	383	159	543
Gir 3 e 4	192	146	338
Tutti i valori di Gir	307	154	461

Fonte: Drees, Ministero degli Affari sociali (Debout e Lo, 2009).

L'Apa prese il posto del Psd nel gennaio 2002. Si rivelò subito uno strumento di grande successo, con un rapido aumento nel numero di richiedenti. Tra gennaio del 2002 e giugno 2003, 1.390.000 persone richiesero l'Apa e 723.000 l'ottennero²³. Nel settembre 2010, i benefi-

²³ Tale successo influenzò anche il dibattito politico, tanto a livello locale che nazionale, a seguito della svolta dell'aprile 2002 con il ritorno di un governo

ciari dell'Apa erano 1.185.000. Le statistiche dimostrano che gli anziani fortemente dipendenti tendono a essere accuditi in strutture residenziali, mentre i beneficiari con livelli di dipendenza medi e medio-alti tendono a rimanere in casa (tabella 2). L'85% circa dei beneficiari è classificato come Gir 4. Nella tabella 2 sono inoltre indicati i costi complessivi della prestazione, pari a circa 5,3 milioni di euro (su un totale di 65,6% di anziani in casa e 34,4% in strutture residenziali).

Tabella 2 - *Quantità di beneficiari dell'Apa (espressa in migliaia) in funzione del grado di dipendenza nel settembre 2010*

	In casa		Presso strutture residenziali		Totale	
	Quantità (in migliaia) e % sul totale dei beneficiari	Spesa pubblica (in milioni €) e % rispetto alla spesa complessiva	Quantità (in migliaia) e % sul totale dei beneficiari	Spesa pubblica (in milioni €) e % rispetto alla spesa complessiva	Quantità (in migliaia) e % sul totale dei beneficiari	Spesa pubblica (in milioni €) e % rispetto alla spesa complessiva
Gir 1	19 1,6%	187 3,5%	68 5,7%	1383 26,1%	87 7,3%	2.548 48,1%
Gir 2	130 10,9%	978 18,5%	211 17,8%		341 28,8%	
Gir 3	157 13,3%	882 16,6%	71 6%	438 8,3%	228 19,2%	2.750 51,9%
Gir 4	421 35,5%	1.430 27,0%	108 9,1%		529 44,6%	
Tutti	727 61,4%	3.477 65,6%	458 38,6%	1.821 34,4%	1.185 100%	5.297 100%

Fonte: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), settembre 2010.

conservatore. Il nuovo governo e le amministrazioni locali guidate dalla destra criticarono il costo crescente delle misure e accusarono il precedente governo socialista di non aver pianificato il finanziamento del sistema per la cura degli anziani fragili. Nell'aprile 2003, si decise di abbassare la soglia minima al di sotto della quale il beneficiario non è tenuto a contribuire affatto al pacchetto di servizi di cura, portandola da 943 euro a 623 euro al mese. Questa riforma ha rafforzato il meccanismo della condivisione degli oneri, innalzando la quota a carico dell'utente per contenere la spesa pubblica.

3.2 La frammentazione dell'offerta di servizi sanitari e sociali

Le diverse misure in materia di non autosufficienza interessano due modalità di cura: a domicilio e presso le strutture residenziali. Per aiutare le famiglie nello svolgimento delle mansioni di cura, gli anziani possono avvalersi di servizi offerti da professionisti, tanto in campo sanitario che sociale. Sul versante della salute le figure più richieste sono gli infermieri e aiuto infermieri, ingaggiati in veste di lavoratori autonomi o piuttosto organizzati in enti non-profit (i cosiddetti Ssiad, *Services de soins infirmiers à domicile*, servizi infermieristici a domicilio). Questi operatori effettuano visite a domicilio e svolgono mansioni di cura della persona e di assistenza medica (farmaci, igiene personale, ecc.). Il problema è la carenza nell'offerta di simili servizi, che sono finanziati dalle casse di sicurezza sociale e di cui gli utenti usufruiscono quindi gratuitamente. Nel 2007, si contavano 2000 Ssiad per una capacità di 88.000 utenze, ovvero solo 1,8 utenze ogni cento persone anziane di età pari o superiore a 75 anni (Fnors, 2008). Le politiche per gli anziani fragili hanno inoltre favorito lo sviluppo di servizi professionali di natura sociale. Erogati da strutture pubbliche o enti non-profit, vedono il coinvolgimento di addetti alle pulizie o assistenti domiciliari. Si tratta tuttavia di servizi gestiti a livello locale, che scontano la carenza di risorse e la sperequazione territoriale. Il loro costo ricade sulle famiglie e sull'Apa.

Quando l'assistenza a domicilio non è più sufficiente, gli anziani possono rivolgersi alle strutture ricettive. All'inizio del 2006, il paese disponeva di un totale di 699.000 posti in istituti residenziali di cura e di altri 10.000 in unità abitative assistite (Fnors, 2008), suddivisi nel seguente modo: 435.000 posti nelle case di cura, 153.000 nelle residenze collettive (*logement foyer*), 72.400 nelle unità di assistenza a lungo termine (*unités de soins de longue durée*) e altre 7800 in strutture di accoglienza temporanee (Fnors, 2008). A partire dal 2002, gli istituti per la terza età sono stati riorganizzati in un'unica categoria, che raggruppa le diverse strutture attive nel campo della cura degli anziani fragili: l'Ehpad (*Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*). Il finanziamento di queste strutture poggia su tre assi: le spese di alloggio, variabili in base alla struttura, sono a carico del diretto interessato e dei suoi familiari, o della sicurezza sociale in caso di persone a basso reddito. Le spese di assistenza alla persona dipendente sono coperte dall'Apa e dal diretto interessato; le spese mediche sono coperte dal sistema sanitario nazionale.

RPS

Blanche Le Bihan, Claude Martin

3.3 Il costo complessivo delle politiche pubbliche per la non autosufficienza

Molti rapporti recenti hanno proposto stime del costo complessivo delle politiche per la non autosufficienza in Francia (Vasselle, 2008 e 2011; Rosso-Debord, 2010; Fragonard, 2011). Ma resta il problema di come perimetrarle.

Stando al rapporto presentato da Valérie Rosso-Debord, un deputato di destra, nel 2009 queste politiche sono costate complessivamente alle finanze pubbliche 21,6 miliardi di euro, ovvero poco più dell'1% del Pil; una percentuale circa pari a quella di Regno Unito e Germania, ma due volte inferiore a quella degli Stati Uniti o dei paesi scandinavi. Stando alle proiezioni per i prossimi 20-25 anni, il costo complessivo delle politiche per la non autosufficienza potrebbe raggiungere il 2-2,5% del Pil.

Nel quadro di questo bilancio generale, sempre nel 2009 l'Apa è costata 5,1 miliardi: 1,5 miliardi coperti dalla *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie* (Cnsa), e altri 3,6 miliardi coperti dal gettito fiscale degli enti locali (i *Départements*). Tuttavia, il costo pubblico della «dipendenza» è anche imputabile ad altre misure, che non interessano esclusivamente gli anziani. Occorre tenere conto dell'importante contributo della cassa per l'assistenza sanitaria, che copre le spese ospedaliere e mediche degli anziani, nonché le spese sanitarie sostenute dalle unità residenziali assistite e dalle case di cura; un contributo complessivamente pari a 12 miliardi di euro, ovvero il 55% del costo complessivo delle politiche pubbliche per la non autosufficienza. Ciò significa che, paradossalmente, la spesa principale non è imputabile alle norme al cuore delle politiche francesi per la non autosufficienza, ma alle spese che il sistema sanitario deve sostenere per «curare» gli anziani fragili. Le detrazioni fiscali, introdotte alla fine degli anni novanta per ridurre i costi dell'assistenza a domicilio e promuovere così l'occupazione in questo ramo, sono un altro canale di finanziamento delle politiche di non autosufficienza (nella misura di 1,75 milioni di euro). Infine, sempre sul fronte della sicurezza sociale, c'è il coinvolgimento dei fondi per la famiglia e di quelli previdenziali, che coprono rispettivamente 600 e 400 milioni di euro a sostegno degli anziani dipendenti. Nel prossimo futuro sono attese nuove stime, nell'ambito di un ampio processo di consultazione sul futuro di queste politiche. Torniamo su questo punto in sede di discussione finale. Sommando spesa pubblica e spesa privata (sarebbe a dire la spesa sostenuta dall'anziano e dai suoi familiari), otteniamo la stima del costo complessivo della dipendenza illustrata nella tabella 3.

Tabella 3 - «Rendiconto della dipendenza»
(Cour des Comptes, in miliardi, anno 2010)

Tipo di costo	Voce di spesa	Tipo di spesa (pubblica o privata)	Ammontare
Dipendenza in senso stretto (da Gir1 a Gir4)	Apa	Pubblica	5.297
	Detrazioni per l'assistenza domiciliare	Pubblica	996
	Credito fiscale	Pubblica	417
	Attività sociali coperte dalla Cnsa	Pubblica	76
	Condivisione degli oneri per servizi a domicilio	Privata	812
	Condivisione degli oneri presso le strutture residenziali	Private	917
	Totale per i casi di dipendenza in senso stretto		8.515
Spese di alloggio (da Gir1 a Gir4)	Sussidio per la casa, assistenza sociale di natura abitativa, detrazioni fiscali	Pubblica	1.872
	Spesa privata	Privata	7.988
	Totale		9.860
Assistenza sanitaria o cure (da Gir1 a Gir4)	Assistenza socio-sanitaria	Pubblica	6.807
	Spese mediche presso strutture residenziali	Pubblica	912
	Cure ambulatoriali	Pubblica	3.000
	Cliniche di lunga degenza	Pubblica	990
	Ospedali	Pubblica	2.000
	Condivisione degli oneri	Privata	725
	Totale spese di assistenza sanitaria		14.434
Totale da Gir1 a Gir4		32.809	
Spesa pubblica da Gir5 a Gir6	Fondi previdenziali, politiche sociali a ca- rico di <i>Départements</i> e Comuni, ecc.	Pubblica	1.536
Totale per tutti i valori Gir (da 1 a 6)			34.345

Fonte: Direzione al Bilancio, Drees, stime di Fragonard, 2011.

RPS

Blanche Le Bihan, Claude Martin

Da essa si evince che il costo complessivo del 2010 può essere diviso in 22,4 miliardi di spesa pubblica e 10,4 miliardi di spesa privata, ma quest'ultima aumenta ulteriormente se sommiamo i costi della dipendenza di grado tenue (Gir 5 e Gir 6).

3.4 Il sistema privato per la non autosufficienza

Con circa tre milioni di assicurati per una spesa complessiva di 2,1 miliardi di euro, la Francia è in proporzione il primo mercato delle assicurazioni private in questo campo, superando gli Stati Uniti (che contano circa 17 milioni di assicurati su una popolazione cinque volte più numerosa). Ciononostante, a fronte di un totale di 13 milioni di persone di età superiore ai sessant'anni, si tratta di una piccola fetta rispetto al potenziale (Kessler, 2008; Dufour-Kippelen, 2008; de Castries, 2009).

Le polizze private iniziarono a diffondersi a metà degli anni ottanta, offrendo una varietà di prodotti individuali o collettivi («*mutuelles*») che potevano assicurare la riscossione di un assegno mensile in caso di sopravvenuta dipendenza. Negli Stati Uniti, le assicurazioni offrono il rimborso delle spese sostenute, in caso di dipendenza, per le cure e i servizi annessi, ma si tratta di un meccanismo difficile da controllare perché i margini di rimborso sono incerti (Taleyson, 2007). Al contrario, il sistema francese si fonda sulla riscossione di una somma prestabilita, ed è pertanto più flessibile nel lasciare al titolare della polizza facoltà di scegliere di quali cure e servizi avvalersi.

L'espansione del settore assicurativo privato è innanzitutto dovuto al costo della dipendenza e alle difficoltà nel farvi fronte. Per dare la misura del divario tra aiuti pubblici e costi reali, proviamo a effettuare un calcolo complessivo: la dipendenza genera una spesa media di 2000 euro al mese (fino a 3000 euro in caso di forte dipendenza). Poiché la pensione media è pari a 1200 euro, il sussidio pubblico (l'Apa) contribuisce nella misura di 500 euro al mese (fino a 800 euro al mese in caso di forte dipendenza). La questione più spinosa riguarda il ceto medio, visto che i soggetti più svantaggiati fanno esclusivamente conto sugli aiuti pubblici mentre le fasce più abbienti ricorrono alle proprie risorse. Chi è titolare di una polizza, ne ricava circa 300 euro al mese. Tradotto in pratica, ciò significa che in caso di forte dipendenza gli anziani devono ricorrere ai propri risparmi, andando a intaccare il patrimonio ereditario e vedendosi spesso costretti a vendere la casa per pagare i servizi. Gli stessi anziani finiscono inoltre spesso per indebi-

tarsi, in una spirale che nel prossimo futuro rischia di peggiorare ulteriormente sotto il peso della pressione demografica. Come spiegano Courbage e Roudaut (2008, p. 645): «La scarsa copertura offerta dalle prestazioni sociali per la non autosufficienza potrebbe comportare conseguenze economiche catastrofiche per tutta una serie di anziani e per le loro famiglie, rischiando di portarli alla rovina». Ed è proprio in ragione di ciò che molti esperti (attivi soprattutto nel ramo delle polizze private) sostengono la necessità di forme di partenariato pubblico-privato che permettano di fare fronte alla spesa crescente del prossimo futuro.

4. Conclusioni. Scenari e metodi per la prossima riforma

Dalle ultime elezioni presidenziali, nella primavera del 2007, si annuncia a gran voce una nuova riforma che, nonostante si volesse imminente, viene da cinque anni sistematicamente rimandata. Vista la necessità di dare priorità ad altri nodi cruciali dell'agenda politica, quali la riforma del sistema pensionistico, il Governo ha infatti deciso di avviare una consultazione di ampio respiro, incaricando in particolare l'Assemblea nazionale e il Senato di produrre una serie di rapporti ufficiali. Nelle scienze comparate, la Francia viene spesso definita «la repubblica dei rapporti», poiché la predisposizione di questi documenti costituisce una sorta di metodologia funzionale a preparare tanto il terreno per le deliberazioni quanto l'opinione pubblica. Il caso in esame è una perfetta dimostrazione di questa specificità francese.

Tra il 2005 e il 2010 sono stati pubblicati almeno sei rapporti ufficiali circa lo stato e il futuro delle politiche francesi per la cura degli anziani²⁴. Come se non bastasse, nella recentissima primavera del 2011 il Governo Fillon ha istituito quattro diversi gruppi composti da rappresentanti eletti, parti sociali, esponenti della società civile ed esperti, nel quadro dei lavori di preparazione della prossima riforma²⁵ (e si avran-

²⁴ Cour des Comptes, 2005; Cas, 2006; Gisserot e Grass, 2007; Vasselle, 2008; Cas, 2010; Rosso-Debord, 2010.

²⁵ Il primo gruppo si occupa di «società e invecchiamento» (presidente: A. Morel, 54 membri); il secondo delle «tendenze demografiche ed economiche in materia di dipendenza» (presidente: J-M. Charpin, 40 membri); il terzo dei «servizi per le persone anziane» (presidente: E. Ratte; 57 membri) e il quarto delle «strategie di finanziamento per le politiche sulla dipendenza (presidente: B. Fragonard; 52 membri).

no quindi quattro nuovi rapporti di peso significativo); inoltre, il Governo ha commissionato un altro rapporto al *Centre d'analyse stratégique* (Cas) sulle «prospettive internazionali per fare chiarezza nel dibattito nazionale sulla dipendenza» (Cas, 2011). Altri cinque rapporti in sei mesi. Una scelta che ha prodotto un dibattito pubblico a sua volta tradottosi in ulteriori iniziative, tra cui potremmo citare la pubblicazione da parte del centro studi socialista *Terra Nova* di un rapporto sulle politiche per la non autosufficienza (Broussy, 2011), come ha fatto anche la *Fondation Copernic*, un'altra rete di esperti e attivisti afferente alla sinistra (Marty, 2011).

La quantità di informazioni contenuta in quelle migliaia di pagine non può essere riassunta in un saggio così breve. Ai fini della discussione, si propone di porre l'accento sui nodi più controversi, per passare poi ad avanzare alcune ipotesi circa il processo e le metodologie di riforma.

Indubbiamente, la sfida principale per la prossima riforma riguarderà le modalità di finanziamento del sistema, alla luce delle proiezioni demografiche e di quelle sulla salute pubblica. Il Ministero del Lavoro e degli Affari sociali ritiene infatti che la spesa per l'Apa raddoppierà da qui al 2040, arrivando a costare tra 10 e 11,5 miliardi all'anno. Vi sarà inoltre bisogno di un numero compreso tra 5000 e 7500 di posti in più all'anno nelle case di cura. Questi bisogni in crescita mettono a repentaglio il sistema e nelle sedi decisionali si sta cercando una soluzione. Da questo punto di vista, l'equilibrio tra forme private e pubbliche di copertura appare la soluzione principe, in un clima politico che privilegia la strada delle privatizzazioni. Sin dal suo insediamento, il presidente Sarkozy ha annunciato una riforma basata sulla creazione di una «quinta categoria di rischio», quella della dipendenza, che avrebbe dovuto essere introdotta entro la fine del 2008. Le misure sono tuttavia state rinviate al 2009, e al giugno 2011 ancora non si conoscevano i dettagli della tanto attesa riforma. Cerchiamo innanzitutto di comprendere bene il senso di questo annuncio sul «quinto rischio» e il ragionamento che vi sta dietro. In Francia il termine è direttamente riferito al sistema di protezione sociale e trova corrispondenza nel vocabolario della mutualità sociale. Il sito web del governo riporta la seguente definizione: «Il quinto rischio è un nuovo ramo del sistema di sicurezza sociale. Esso andrà a integrare i rami già afferenti alla salute, alla famiglia, alle pensioni e agli incidenti sul lavoro. Il quinto rischio può anche essere definito «rischio di dipendenza» o «rischio di perdita di autonomia»²⁶.

²⁶ http://premier-ministre.gouv.fr/information/questions_reponses_484/est_cinquiemerisque.

L'esperienza dell'assicurazione sociale tedesca per la non autosufficienza, e la necessità di far fronte a un deficit sempre più ingente, insegna che un meccanismo stabile contro il «quinto rischio» non è ancora stato inventato (Taleyson, 2007). Alla luce delle difficoltà in materia di assicurazione sanitaria e dell'entità della pressione fiscale in Francia, è difficile pensare di poter sviluppare un sistema pubblico basato su ulteriori contributi obbligatori (Albouy, 2009). È quindi evidente che il nuovo fondo (denominato «*Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*») sarà qualcosa di decisamente diverso dalle casse di sicurezza sociale per la salute, le pensioni o la famiglia: nel consiglio di amministrazione della Cnsa le parti sociali non sono rappresentate, e non vige l'obbligatorietà dei contributi sui redditi da lavoro²⁷. Di qualunque cosa si tratti, è impossibile definire il sistema francese per la non autosufficienza come un modello di mutualismo sociale.

La questione dell'assicurabilità contro i rischi della dipendenza costituisce di per sé una sfida di portata rilevante. L'imprevedibilità dei costi ostacola lo sviluppo di forme di assicurazione sociale. Come possono le autorità pubbliche impegnarsi a coprire interamente le persone da un rischio impossibile da prevedere in anticipo? Definire la dipendenza è il secondo problema. Cosa significa in concreto? E come valutare questa condizione? La dipendenza è un rischio complesso, imputabile a diversi fattori, di natura fisica, mentale, ma anche sociale. Definita come l'incapacità a svolgere una serie di azioni quotidiane essenziali (come alzarsi, lavarsi, vestirsi, ecc.) senza l'assistenza di una terza persona, si tratta di una condizione accentuata da fattori sociali, quali la presenza e o meno del sostegno familiare. Durand e Taleyson (2003) ritengono che una definizione precisa del rischio di dipendenza sia condizione necessaria a garantire l'assicurabilità contro questo tipo di rischio, limitando i margini di incertezza circa l'entità dei fondi necessari²⁸.

²⁷ Il consiglio di amministrazione è composto dai rappresentanti degli enti finanziatori – Stato ed enti locali – e dai rappresentanti del ramo sanitario del sistema di sicurezza sociale. È stato inoltre istituito un organo consultivo ad hoc (*Conseil d'orientation et de surveillance*), che vede la partecipazione tanto dei rappresentanti delle assicurazioni private quanto degli enti non-profit che forniscono servizi di assistenza.

²⁸ Gli autori individuano due modalità di approccio alla questione. La prima fa riferimento al concetto di «cura», definita come «di lungo termine», ed è tipico del sistema americano (*long-term care*) o tedesco (*Pflegeversicherung*). Il secondo approccio, quello francese, non ricorre al termine «cura» (*soins*) ma parla di «dipen-

A fronte di queste difficoltà, i rapporti ufficiali prima citati hanno optato per una diversa definizione del concetto di rischio. È ad esempio il caso di un rapporto pubblicato dal Senato nel luglio 2008, intitolato *La presa in carico della dipendenza e la creazione di un quinto rischio* (*La prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, Vasselle, 2008). Il «quinto rischio» proposto dal rapporto è nei fatti un sistema a più binari, che tiene insieme copertura pubblica, risparmi individuali e assicurazione privata. Il primo filone poggia sulle tutele pubbliche esistenti, quali l'Apa e la cassa nazionale per l'autonomia (Cnsa), e garantisce la solidarietà collettiva. La sua funzione è assicurarsi che ogni cittadino anziano in posizione di dipendenza abbia accesso universale a una valutazione dei bisogni e a un pacchetto minimo di cure, fornito a livello locale dai *Départements*.

Il secondo filone formalizza il contributo a carico del beneficiario e della sua famiglia: per contenere i costi, si reintroduce il principio di «rivalsa sull'eredità», stabilendo che oltre una determinata soglia di reddito complessivo del nucleo familiare (compresa tra 150.000 e 200.000 euro) l'Apa sarà in parte recuperata in sede di successione ereditaria. Viene tuttavia anche offerta una soluzione alternativa: il beneficiario può scegliere di percepire solo il 50% dell'Apa, senza far scattare la rivalsa sull'eredità. Poiché la questione della trasmissione del patrimonio ereditario riveste grande importanza nella cultura francese, è altamente probabile che le famiglie si adopereranno per salvaguardare il patrimonio²⁹.

Le polizze private costituiscono il terzo pilastro del sistema per la non autosufficienza. Con tassi di crescita annuale che arrivano al 15% (Kessler, 2008), in Francia le assicurazioni private sono molto diffuse. Il sistema delle polizze private francese poggia sul versamento di una somma forfetaria e propone una definizione precisa del rischio di dipendenza. Anziché offrirsi di coprire i bisogni di cura della persona, molto difficili da stimare in anticipo, gli assicuratori offrono copertura da uno stato ben preciso – quello di dipendenza grave e irreversibile –

denza» o «perdita di autonomia». Questi concetti non fanno riferimento ai bisogni della persona anziana bensì alla sua condizione fisica, mentale e sociale, rendendo più semplice valutare la situazione.

²⁹ La rivalsa sull'eredità fu uno dei criteri cui era soggetto il primo sussidio introdotto nel 1997 (il Psd), e ciò aveva fatto sì che gli anziani esitassero a farne domanda. Il ripristino di un simile criterio avrebbe con tutta probabilità conseguenze analoghe. Vanno pertanto offerte soluzioni alternative.

in riferimento allo svolgimento delle attività della vita quotidiana (*Activities of daily living*, Adl) (Taleyson, 2007). Ciò detto, si tratta di un settore che resta marginale rispetto ai numeri coinvolti dal problema. L'obiettivo del progetto riforma è promuovere la crescita di questo mercato, proponendo diverse soluzioni: l'introduzione di incentivi fiscali per attirare il ceto medio, l'aggancio alle assicurazioni sulla vita³⁰ e i prestiti vitalizi ipotecari³¹ (Courbage, 2009). Un altro rapporto ufficiale, prodotto nel luglio 2010 da un parlamentare dell'Ump (*Union pour la majorité présidentielle*, il principale partito di destra) (Rosso-Debord, 2010) si spinge persino oltre, proponendo di introdurre l'obbligatorietà della polizza privata per tutti i cittadini di età superiore ai cinquant'anni, quale possibile alternativa al sussidio pubblico attuale. Il rapporto in questione propone anche di escludere i soggetti a dipendenza media (Gir 4) dai beneficiari della prestazione.

Queste controverse proposte incentrate sulla promozione delle polizze private hanno immediatamente scatenato tutta una serie di reazioni e prese di posizione. Il partito socialista e le principali organizzazioni sociali della sinistra, nonché diversi centri studi afferenti alla sinistra, ritengono che simili progetti comporterebbero un grave arretramento e propongono la creazione di una nuova branca della protezione sociale che si fondi sulla solidarietà collettiva (imposte e contributi di sicurezza sociale). Queste forze propongono anche nuovi meccanismi di rappresentanza per il Cnsa, al fine di includere le parti sociali. Viene inoltre criticato il fatto che i costi di un simile sistema ricadrebbero in gran parte sul ceto medio, data la bassa entità della soglia di rivalsa sull'eredità (dai 150.000 euro ai 200.000 euro di reddito complessivo del nucleo familiare). Per l'opposizione, questo progetto di riforma si rivelerà un cavallo di Troia per il sistema di sicurezza sociale: sarà un passo nella direzione di un modello duale e liberale.

³⁰ Nel 2007, 12,5 milioni di persone risultavano titolari di una qualche assicurazione sulla vita, sarebbe a dire il 40% dei nuclei familiari, per un valore complessivo di 1100 miliardi di euro.

³¹ Il prestito vitalizio ipotecario, o mutuo inverso (*reverse mortgage*), è un prestito bancario concesso sulla nuda proprietà e utilizzato dagli anziani per coprire le spese di cura senza dover vendere la proprietà. Alcuni esperti (Chen, 2001) si spingono persino oltre, proponendo di creare prestiti vitalizi ipotecari a finanziamento delle polizze sulla vita o contro il rischio di dipendenza. Un simile sistema, tuttavia, incontrerebbe molti ostacoli: si tratterebbe di una soluzione accessibile solo dai proprietari di immobili, i quali non sarebbero attratti da una simile prospettiva perché rischiosa in termini di successione (Assier-Andrieu e Gotman, 2009).

Anche le organizzazioni sindacali e le associazioni di categoria del settore (quali l'*Union nationale des centres communaux d'action sociale*, l'*Association des paralysés de France*, la *Fédération nationale des accidents du travail et des handicapés*, l'*Union nationale de l'aide*, ecc.) hanno reagito negativamente alla proposta. La maggior parte ritiene che essa indebolirà le politiche francesi di cura degli anziani e che utenti e cittadini saranno meno rappresentati. Questi soggetti preferirebbero veder sviluppato un reale mutualismo sociale in questa sfera, con l'introduzione di nuovi contributi collettivi. A dimostrazione della loro contrarietà, hanno persino fatto circolare sul web un manifesto, intitolato *Per un vero quinto rischio*, che sposa la tesi dell'introduzione di una nuova prestazione sociale universale³².

Gli ultimi rapporti, pubblicati nel giugno 2011 a seguito di un'ampia consultazione con le principali parti interessate, sembrano ricercare una qualche soluzione di compromesso. Ad esempio, il rapporto sugli scenari di finanziamento (Gruppo 4) ha scelto di presentare tre scenari principali, senza privilegiarne ufficialmente alcuno. Ciò nonostante il fatto che all'interno del gruppo vi fosse largo consenso, espresso da un ampio spettro di soggetti, circa l'ipotesi di escludere a priori uno di questi tre scenari, ovvero quello che propone l'obbligatorietà della polizza privata. I tre scenari descritti nel rapporto sono i seguenti: consolidare il sistema attuale (per ridurre la spesa privata a carico degli utenti); istituire una nuova branca del sistema di sicurezza sociale (opzione di universalità) o sviluppare un nuovo sistema fondato sull'obbligatorietà della polizza privata.

Qual è la lezione che quest'ultima fase ci offre dal punto di vista della metodologia di riforma? La prima variabile a determinare la costruzione della proposta riformatrice è lo stato del dibattito politico: le elezioni, le campagne elettorali. La portata e la «radicalità» della proposta sono direttamente connesse alla fase in cui la riforma stessa diventa questione politica all'ordine del giorno. La seconda variabile è di ordine strategico: il governo può avere interesse ad avanzare alcune proposte radicali nei propri rapporti ufficiali, pur sapendo che saranno considerate irricevibili e non avranno chance di passare in prima battuta. Ma servono a indicare la strada e dare impulso ai negoziati. Ad esempio, dopo aver mostrato i muscoli annunciando una svolta radicale a favore delle polizze private, il partito di governo sembra ora pronto a riconoscere che quest'ipotesi ha scarso margine di approva-

³² <http://collectif-pour-un-vrai-5eme-risque.over-blog.com/>.

zione – essendo ormai partita la nuova campagna presidenziale, in un contesto in cui il pezzo forte della destra, il presidente Sarkozy, riscuote meno del 30% di consensi.

La terza variabile è quella del ricorso ai rapporti ufficiali. Il ritmo a cui sono prodotti sembra suggerire che la riproposizione di determinati dati, scenari e soluzioni abbia un obiettivo principe: imporre l'ineludibilità di determinate soluzioni. Sentendosi ripetere un mese dopo l'altro, un anno dopo l'altro, le stesse dichiarazioni, ipotesi e proposte, l'opinione pubblica si abitua infatti progressivamente a determinati scenari.

Ad oggi ancora attendiamo questa nuova e importante riforma, rinviata all'autunno 2011. La crisi finanziaria gioca un ruolo importante in questa strategia attendista: «Le turbolenze finanziarie hanno cancellato ogni margine di manovra» (Vanackère, 2009, p. 4). Il Governo Fillon è inoltre ben consapevole di quanto sia politicamente rischioso imprimere un'accelerazione eccessiva a favore delle polizze private, e molte associazioni di categoria (la *Fédération française des sociétés d'assurance*, la *Fédération nationale des mutuelles de France*, la *Caisse nationale de prévoyance*, ecc.) hanno criticato il progetto. Possiamo scommettere sul fatto che tutti questi proclami non porteranno a molto: «la montagna partorirà un topolino».

Riferimenti bibliografici

- Albouy F-X., 2009, *Y a-t-il une économie de la dépendance?*, «Risques», vol. 78, pp. 88-93.
- Arreckx M., 1979, *L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes*, La documentation française, Parigi.
- Assier-Andrieu L. e Gotman A., 2009, *Réversion du principe du logement humain. Chronique du prêt hypothécaire inversé*, rapporto di ricerca per il Ministero degli alloggi e il Ministero dell'ecologia, dell'energia, dello sviluppo sostenibile e della pianificazione territoriale, Document de travail Cerlis, Université de Paris Descartes, Parigi.
- Cas - Centre d'analyse stratégique, 2006, *Personnes âgées dépendants: bâtir le scénario du libre choix*, rapporti e documenti del Centre d'analyse stratégique, Parigi.
- Cas - Centre d'analyse stratégique, 2010, *Vivre ensemble plus longtemps*, rapporti e documenti del Centre d'analyse stratégique, Parigi.
- Cas - Centre d'analyse stratégique, 2011, *Les défis de l'accompagnement du grand âge. Perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance*, rapporti e documenti del Centre d'analyse stratégique, Parigi.

RPS

Blanche Le Bihan, Claude Martin

- Chen Y.P., 2001, *Funding Long term Care in the United States: the Role of Private Insurance*, «The Geneva Papers on Risk Insurance - Issue and Practice», n. 26, pp. 656-666.
- Chol A., 2007, *Les services à la personne en 2005: poussées des entreprises privées*, Première Synthèse, 20, I.
- Cour des Comptes, 2005, *Les personnes âgées dépendantes*, rapporto al presidente della Repubblica, Documentation française, Parigi.
- Courbage C., 2009, *La couverture du risque dépendance*, «Risques», vol. 78, pp. 107-113.
- Courbage C. e Roudaut N., 2008, *Empirical Evidence on Long-Term Care Insurance Purchase in France*, «The Geneva Papers», vol. 33, pp. 645-658.
- Da Roit B. e Le Bihan B., 2010, *Similar and Yet So Different: Cash-for Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies*, «The Milbank Quarterly», vol. 88 (3), pp. 286-309.
- Da Roit B., Le Bihan B. e Osterle A., 2007, *Long-term Care Reforms in Italy, Austria and France. Variations in Cash-for-Care Schemes*, «Social Policy & Administration», vol. 41 (6), pp. 653-671
- Debout C. e Lo S-H., 2009, *L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 Juin 2009*, Etudes et Résultats n. 710, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Parigi.
- De Castries H., 2009, *Ageing and Long-Term Care: Key Challenges in Long-Term Care Coverage for Public and Private Systems*, «The Geneva papers», vol. 34, pp. 24-34.
- Dufour-Kippelen S., 2008, *Les contrats d'assurance dépendance sur le marché français en 2006*, Etudes et recherches n. 84, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Parigi.
- Dutheil N., 2001, *Les aides et les aidants des personnes âgées*, Etudes et résultats n. 142, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Parigi.
- Durand R. e Taleyson L., 2003, *Les raisons du succès de l'assurance dépendance en France*, «Risques», n. 55, pp. 115-120.
- Ennuyer B., 2002, *Les malentendus de la dépendance*, Dunod, Parigi.
- Fnors – Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, 2008, *Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France*, rapporto della Fnors, Parigi.
- Fragonard B., *Stratégie pour la gouvernance de la dépendance des personnes âgées*, disponibile all'indirizzo internet: http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_groupe_n_4_vdefinitive.pdf.
- Frinault T., 2003, *L'hypothèse du 5^{ème} risque*, in Martin C. (a cura di), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?*, Presses universitaires de Rennes/Édition de l'Ensp, Rennes, pp. 69-92.
- Frinault T., 2005, *La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap*, «Politix», vol. 4, n. 72, pp. 11-31.

- Frinault T., 2009, *La dépendance: un nouveau défi pour l'action publique*, Presses universitaires de Rennes, Rennes.
- Gisserot H. e Grass E., 2007, *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025: prévisions et marges de choix*, rapporto consegnato a Mr. P. Bas, Ministro delegato alla sicurezza sociale, alle persone anziane, alle persone handicappate e alla famiglia, La Documentation française, Parigi.
- Geraedts M., Heller G.V. e Harrington C.A., 2000, *Germany's Long term care insurance: Putting a Social Insurance Model into Practice*, «The Milbank Quarterly», vol. 78, n. 3, pp. 375-401.
- Glendinning C., 2006, *Paying Family Caregivers: Evaluating Different Models*, in Glendinning C. e Kemp P. (a cura di), *Cash and Care. Policy Challenges in the Welfare State*, Policy Press, Bristol, pp. 127-140.
- Igl G., 2003, *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées: quelques observations à partir du cas allemand*, in Martin C. (a cura di), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?*, Presses universitaires de Rennes/Édition de l'Ensp, Rennes, pp. 217-215.
- Kessler F., 1994, *La dépendance des personnes âgées, un défi pour le droit de la protection sociale*, Presses universitaires de Strasbourg, atti del convegno del Centre de recherche de droit social dell'Université Robert Schuman, Strasburgo.
- Kessler D., 2008, *The Long-Term Care Insurance Market*, «The Geneva Papers», vol. 33, pp. 33-40.
- Le Bihan B. e Martin C., 2007, *Cash-for-care in the French Welfare State: A Skillful Compromise?*, in Ungerson C. e Yeandle S. (a cura di), *Cash for Care Systems in Developed Welfare States*, Palgrave, Londra, pp. 32-59.
- Le Bihan B. e Martin C., 2008, *Caring for Dependent Elderly Parents and Family Configurations*, in Jallinova R. e Widmer E. (a cura di), *Beyond the Nuclear Family: Families in a Configurational Perspective*, Peter Lang, Bruxelles, pp. 57-74.
- Martin C., 2001, *Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes*, «Travail, genre et sociétés», n. 6, pp. 83-103.
- Martin C. (a cura di), 2003, *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?*, Presses universitaires de Rennes/Édition de l'Ensp, Rennes.
- Marty C. (a cura di), 2011, *Dépendance, perte d'autonomie: Affaire privée ou sécurité sociale?*, éditions Syllepse, Parigi.
- Rosso-Debord V., 2010, *Rapport de la commission des affaires sociales sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*.
- Taleyson L., 2007, *L'enjeu de la définition de la dépendance: une comparaison internationale*, «Risques», n. 72, pp. 28-35.
- Vasselle A., 2008, *Rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, rapporto al Senato, luglio.
- Vasselle A., 2011, *Rapport d'information fait au nom de la Mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, rapporto al Senato, gennaio.

Ungerson C. e Yeandle S., 2007, *Cash-for-Care Systems in Developed Welfare States*, Palgrave, Londra.

Vanackère C., 2009, *Dépendance, les clés pour comprendre le retard*, «Espace social européen», n. 893, pp. 4-5.

RPS

IL PERCORSO FRANCESE VERSO UNA POLITICA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Traduzione dall'inglese a cura di Eva Gilmore