

La riforma del long-term care in Austria: emersione e sviluppo di un nuovo pilastro del welfare state

August Österle

RPS

L'articolo delinea l'ampio contesto delle riforme che si sono affermate in Austria negli ultimi due decenni nell'ambito della long-term care. Nello specifico si concentra sulla riforma del «cash-for-care» del 1993, guardando al suo contenuto, ai meccanismi concreti che hanno consentito il cambiamento istituzionale, alle coalizioni di attori che hanno spinto per esso. Inoltre, negli ultimi anni è stata introdotta un'importante,

nuova, riforma che, senza intervenire sul più ampio contesto della Ltc, si è concentrata esclusivamente sulla regolazione della cura della persona all'interno delle famiglie, prendendo in considerazione i fattori di traino del crescente mercato della cura da parte dei migranti, i meccanismi che hanno permesso il cambiamento istituzionale, e in esso il ruolo del governo, dei media e del movimento dei disabili.

1. Introduzione. Il contesto della riforma

Il welfare state austriaco è normalmente identificato come un sistema conservatore, corporativistico e familista, con assicurazione sociale contro i grandi rischi. I ruoli regolativi sono suddivisi tra il livello centrale e quello regionale. La maggior parte dei servizi sociali viene erogata da enti pubblici e privati non-profit (Österle e Heitzmann, 2009). Fino ai primi anni '90, in Austria le politiche sociali erano state caratterizzate da una vastità di coperture personali e materiali. Tuttavia, a partire dagli anni '80, l'attenzione al contenimento della spesa è divenuto più pronunciato e portò, dalla metà degli anni '90, a una relativa stabilità del livello della spesa sociale. La spesa sociale pubblica è cresciuta dal 26,1% del Pil del 1990 al 28,9% del 1995, ed è del 28,3% nel 2008 (rispetto al 26,2% della media dell'Ue a 27).

Nella *long-term care* (Ltc), gli sviluppi sono stati diversi. Fino ai primi anni '90, la Ltc non era stato identificato come uno specifico rischio sociale. La maggior parte dell'assistenza veniva fornita in casa e all'interno delle famiglie, principalmente dalle donne. Il sostegno pubblico si basava sulle disposizioni regionali per l'assistenza sociale. Il forte orientamento familista era radicato nella percezione largamente con-

divisa che fosse responsabilità della famiglia fornire assistenza ai propri membri, sia ai bambini che agli anziani deboli. E questa percezione era sostenuta anche dalle normative, che, ad esempio, richiedevano alle famiglie di contribuire al pagamento delle cure, in caso di necessità di assistenza residenziale. Storicamente, la principale fonte di finanziamento pubblico della *long-term care* sono stati i programmi di sostegno della povertà. Questi furono sostituiti dai sistemi regionali di assistenza sociale negli anni '70. A differenza dei precedenti programmi di sostegno della povertà, che si proponevano di fornire un livello di sussistenza, le leggi regionali per l'assistenza sociale ora comprendevano anche servizi sociali di sostegno ad anziani, malati cronici e disabili (Melinz, 2009; Talos e Wörister, 1994). Fino agli anni '80, l'erogazione prevalente dei servizi di *long-term care* era di tipo residenziale. I fornitori erano sia enti pubblici che organizzazioni private non-profit. I servizi di *community care* hanno qualche radice storica ma rimangono non disponibili in larga parte del paese. Solo dagli anni '80, si sviluppa una più forte retorica politica in favore dell'ampliamento dei servizi di *community care*. Nel complesso, fino ai primi anni '90, la *long-term care* non era stata considerata uno specifico campo della protezione sociale. Il sostegno pubblico in caso di assistenza per la non autosufficienza era suddiviso tra indennità federali (tra cui, dal 1958, un supplemento di tipo pensionistico e assistenza infermieristica a domicilio, introdotta nel 1992), indennità e servizi regionali per i disabili, servizi finanziati dall'assistenza sociale, un'indennità supplementare per i bambini con disabilità e disposizioni fiscali (Pfeil, 1996).

Le azioni e i dibattiti che hanno avuto inizio negli anni '80 hanno infine portato, nel 1993, a un'importante riforma della *long-term care* (vedi paragrafo 2). Al centro di questa riforma vi è un nuovo programma «cash-for-care» di dimensione nazionale. Inoltre, la riforma ha confermato la responsabilità regionale per lo sviluppo dei servizi di assistenza residenziale e di *community care*. In seguito alla riforma, il sistema di Ltc austriaco si basa su tre principali pilastri: assistenza familiare, cash-for-care e servizi sociali (Österle, 2001). E la riforma ha contribuito a definire una visione comune di questo campo di policy. La Ltc è definita come assistenza alle persone di tutte le fasce di età che richiedano un sostegno continuativo a causa di malattie croniche o disabilità. Essa fornisce un'assistenza che va oltre l'*acute care*, che è coperta dall'assicurazione sociale sanitaria. Dopo la riforma del 1993, l'evoluzione della Ltc è stata caratterizzata da cambiamenti gradualmente, da misure di ampliamento, in particolare per quanto riguarda lo svi-

luppo di servizi sociali e il sostegno ai prestatori di cure informali, ma anche da misure di ridimensionamento (vedi paragrafo 3). Un'ulteriore riforma è stata realizzata, dopo un intenso dibattito, nel 2007, per contrastare il crescente mercato grigio dell'assistenza prestata da migranti (si veda paragrafo 4).

L'articolo analizza l'evoluzione della riforma nel settore della Ltc in Austria. Nello studiarne gli sviluppi, a partire dal riconoscimento, nel 1993, della Ltc come ambito specifico della politica sociale, l'articolo si concentra su due aspetti principali: 1) analizza scopi, strumenti ed effetti delle principali riforme e dei cambiamenti gradualmente intervenuti nel periodo, e b) studia le forze trainanti retrostanti ai cambiamenti, compreso il ruolo degli attori e gli specifici meccanismi di riforma. L'analisi segue la struttura indicata nel capitolo introduttivo (vedi il saggio introduttivo di Pavolini e Ranci in questo fascicolo).

RPS

August Österle

2. La riforma «cash-for-care» del 1993

Il 1993 rappresenta un punto di svolta importante per il sistema austriaco di Ltc. La riforma realizzata in quell'anno comprende sia disposizioni a livello federale e regionale, sia un cosiddetto trattato Stato-Regioni. Quest'ultimo deriva dalla struttura federalista di questo paese, in cui il livello centrale e quelli regionali hanno competenze nelle questioni relative alla Ltc. I trattati Stato-Regioni hanno lo scopo di realizzare accordi tra livelli di governo laddove devono essere risolte complesse questioni di competenza. Il trattato del 1993 sulla Ltc mira a definire un sistema di principi uniformi per la protezione sociale dal rischio di Ltc. Il primo elemento rilevante dell'accordo è stato la definizione di un sistema di cash-for-care dettagliato nella legge federale sull'indennità di *long-term care* e – in base agli stessi principi, obiettivi e disposizioni – in nove leggi regionali per l'indennità di Ltc (si veda la tabella 1). Inoltre, l'accordo conferma la responsabilità delle Regioni per lo sviluppo dei servizi sociali. Le Regioni devono sviluppare un'adeguata infrastruttura di servizi di assistenza residenziale, semi-residenziale e di *community care*. Per raggiungere questo obiettivo, è richiesto loro di definire piani sulle future necessità e sullo sviluppo di servizi a livello regionale e locale. L'accordo comprende informazioni su come strutturare questi piani, anche se i criteri su servizi e qualità rimangono piuttosto vaghi. Infine, la responsabilità di sviluppare un sistema di copertura assicurativa sociale per i familiari che

prestano assistenza è attribuita al livello centrale. Il trattato stabilisce che i costi dei rispettivi servizi e benefici debbano essere coperti dal livello di governo competente. Il trattato è stato firmato nel maggio 1993 ed è entrato in vigore il 1° gennaio 1994.

Insieme con il trattato, fu introdotto il sistema dell'assegno di cura entrato in vigore il 1° luglio 1993. Il sistema è stato istituito con una legge federale e nove leggi regionali, seguendo le stesse disposizioni (Pfeil, 1994). La competenza è federale per i percettori di altri benefici federali in essere o potenziali, come i pensionati, viceversa la competenza è regionale per i destinatari che non fruiscono di benefici federali, come i percettori di assistenza sociale e i dipendenti pubblici regionali o locali. In base alla legge, le persone di tutte le età con necessità di assistenza superiore alle 50 ore al mese (60 ore al mese dal 2011) sono ammissibili per l'ottenimento dell'assegno di cura (*Pflege-geld*). Il benefit è definito come un contributo alle spese correlate all'assistenza e viene corrisposto a sette diversi livelli (si veda tabella 1). A differenza dei sistemi *cash-for-care budget oriented*, nel sistema austriaco non vi è alcun utilizzo predefinito del benefit. L'indennità per la cura viene corrisposta a circa il 5,1% della popolazione austriaca, ovvero a 432.739 persone al 31 dicembre 2009. A quella data, il 54% dei destinatari si trova nei livelli 1 e 2 e il 15% nei livelli da 5 a 7 (si veda tabella 1). L'82% dei beneficiari ha 61 anni e più, quasi il 50% ha 81 anni e più. I destinatari dell'assegno di cura rappresentano circa il 19% della popolazione complessiva di oltre 61 anni, e circa la metà della popolazione complessiva di oltre 81 anni.

In base all'articolo 1 della legge federale per l'indennità di *long-term care*, l'intenzione del nuovo sistema è di fornire un contributo forfetario per i costi relativi all'assistenza che consenta di assicurare ai percettori la cura necessaria e di aumentare le opportunità di una vita autosufficiente. Secondo il dibattito che ha portato alla sua promulgazione, il sistema dell'indennità di cura ha l'obiettivo di permettere alle persone con malattie croniche di rimanere nelle proprie abitazioni, di promuovere l'autonomia e la libera scelta delle modalità di cura, di sostenere l'assistenza informale fornita dalla famiglia e di creare incentivi per lo sviluppo di una *community care* orientata dai beneficiari (Badelt e al., 1997; Pfeil, 1994; Gruber e Pallinger, 1994).

Il trattato Stato-Regioni, oltre al sistema dell'assegno di cura, si occupa anche dello sviluppo dei servizi sociali.

*Tabella 1 - Indennità di long-term care: livelli e importi
(anni: 1993, 2002, 2011)*

Livelli	Definizione dei bisogni di assistenza (gennaio 2011)	Percettori (31 dic. 2009)	Importi		
			1° lug. 1993 (€) ^a	1° gen. 2002 (€)	1° gen. 2011 (€)
1	>60 ore ^b	90.889	181,70	145,40	154,20
2	>85 ore ^b	142.250	254,40	268,00	284,30
3	>120 ore	72.975	392,40	413,50	442,90
4	>160 ore	62.279	588,60	620,30	664,30
5	>180 ore, assistenza eccezionale necessaria	38.622	799,40	842,40	902,30
6	>180 ore, prestazioni di assistenza difficili da misurare o assistenza richiesta permanentemente giorno e notte	16.484	1.090,10	1.148,70	1.260,00
7	>180 ore, immobilità totale	9.240	1.453,50	1.531,50	1.655,80

^a Scellini austriaci (Ats) convertiti in euro: 1 € = Ats 13.7603

^b I requisiti minimi di ammissibilità sono stati cambiati da 50 ore/mese a 60 ore/mese (livello 1) e da 75 ore/mese a 85 ore/mese (livello 2) dal 1° gennaio 2011.

Fonte: Bmask, Ministero federale del Lavoro, degli Affari sociali e della Protezione del consumatore (2011)

Il trattato conferma la responsabilità regionale in tema di sviluppo dei servizi e obbliga le Regioni a realizzare un'adeguata infrastruttura per lo sviluppo di un'assistenza residenziale, semi-residenziale e di *community care*. Per raggiungere questo obiettivo, le Regioni hanno dovuto definire piani di sviluppo per i quindici anni tra il 1996 e il 2010 (Öbig, 1999). Tuttavia, sono stati definiti solo alcuni standard generali. Non vi sono punti di riferimento comuni per quanto riguarda la densità dei servizi e l'accordo non prevede sanzioni. L'organizzazione e la governance dei due pilastri – cash e servizi – sono collegate solo in modo vago. Anche se il sistema dell'indennità di cura segue principi di carattere nazionale, le norme sui servizi sociali differiscono tra le nove Regioni. Le indennità di cura sono istituite come diritto sociale, mentre non è così per i servizi sociali. Mentre il livello specifico del benefit economico viene spesso utilizzato come criterio per l'ammissibilità ai servizi cofinanziati dal pubblico, il contenuto del servizio è determi-

nato separatamente. Le procedure di valutazione per le prestazioni cash e il pilastro dei servizi non sono integrati. Di conseguenza, gli sviluppi del sistema cash-for-care e del settore dei servizi non sono coordinati in forma sistematica, lasciando ampi spazi ad effetti indesiderati e a reazioni.

Questo porta alla domanda sui fattori che in Austria hanno guidato lo sviluppo di una politica di Ltc *cash-oriented* e finanziata mediante la fiscalità. Behning (1999) individua tre fasi che portano alla riforma del 1993. Il periodo precedente al 1985 è indicato come un periodo di definizione del problema. Le azioni cominciarono con la critica emergente allo status quo degli anni '70 e in particolare con le attività sviluppate in occasione dell'«Anno internazionale delle persone disabili» delle Nazioni Unite nel 1981. Gli attori chiave in quel momento furono i rappresentanti dei disabili (organizzati nel gruppo di lavoro austriaco per la riabilitazione) e un comitato nazionale austriaco che riuniva rappresentanti delle organizzazioni dei disabili, fornitori di servizi sociali e amministrazioni a livello centrale, regionale e locale. Documenti di quel periodo già proponevano un sistema cash-for-care. La seconda fase, che va da metà degli anni '80 fino al 1990, viene definita come il periodo di formulazione dell'agenda. Nella seconda metà degli anni '80, le organizzazioni dei disabili e i membri del Parlamento intensificarono i loro sforzi di lobbying a favore di una riforma della Ltc. Un gruppo di lavoro nel 1988 non si occupò specificamente dei disabili, ma di tutti coloro che necessitano di assistenza di lunga durata, indicando il tentativo di ampliare l'attenzione oltre gli interessi delle associazioni dei disabili, anche se questi rimangono i principali conduttori dei dibattiti sulla riforma. Inoltre, dalla fine degli anni '80, alcune Regioni diventano sempre più attive nei dibattiti, le due regioni occidentali del Vorarlberg e del Tirolo a favore di un sistema *cash-oriented* e Vienna a favore di un sistema rivolto ai servizi. In quell'epoca, l'offerta di servizi sociali era relativamente ben sviluppata sia nel Vorarlberg che a Vienna. Il Vorarlberg, una regione più rurale, con città più piccole e dominata da governi conservatori, aveva per molti aspetti una tradizione di innovazione nelle politiche sociali locali. Al tempo stesso, in questa provincia è forte l'orientamento familistico. Nel Vorarlberg e nel Tirolo, l'approccio alle prestazioni in denaro era preferito come misura di sostegno alle famiglie nell'offerta fornitura di assistenza e per facilitare la prestazione di assistenza nell'ambiente privato dell'utilizzatore. Vienna è il maggiore agglomerato urbano del paese e vi prevalgono governi socialdemocratici. Il suo go-

verno regionale preferiva decisamente il sostegno federale allo sviluppo dei servizi sociali. In questa fase furono in particolare le organizzazioni dei disabili e le Regioni a spingere per la riforma della Ltc. Il Gruppo di lavoro, tuttavia, concluse la sua attività all'inizio dei '90 senza aver raggiunto un accordo né sull'orientamento tra cash o servizi, né in materia di finanziamento. Ciononostante, gli attivisti promossero ancora il dibattito per una riforma di dimensione nazionale. E gli sviluppi furono favoriti anche dall'introduzione nella provincia del Vorarlberg, nel 1990, di un programma regionale cash-for-care che in seguito divenne un modello importante per il sistema nazionale.

La terza fase di elaborazione della policy (1990-1993) inizia dopo le elezioni federali dell'ottobre 1990. Il nuovo governo definisce l'obiettivo di sviluppare un sistema completo di dimensione nazionale di protezione sociale dal rischio di Ltc. La formulazione della policy è delegata a diversi gruppi di lavoro ed è più volte rivendicata da manifestazioni delle organizzazioni di disabili, compreso uno sciopero della fame. Nel 1991 e nel 1992, alcune proposte di legge vengono sottoposte alla valutazione degli esperti. La scelta tra approccio cash e servizi è un importante tema di dibattito. Anche se il Ministro degli Affari sociali (socialdemocratico) è a sostegno del sistema cash-for-care, la capitale Vienna (che è anche una Regione), governata dal partito socialdemocratico, è a favore di un modello basato sui servizi. L'approccio cash-for-care è sostenuto anche dal partito conservatore, in particolare da alcune delle Regioni, e dal partito verde. Le associazioni dei disabili, così come durante tutto il processo della riforma, sostengono con forza l'opzione cash. In questa fase, il finanziamento diventa un secondo tema importante di confronto. Alcune Regioni (in particolare Vienna e Salisburgo, rette rispettivamente da un governo socialdemocratico e da uno conservatore) e alcuni rappresentanti dei partiti della coalizione di governo (il socialdemocratico e il conservatore) sottolineano le implicazioni finanziarie e raccomandano un'introduzione graduale. Anche le parti sociali, in questa fase, partecipano di più al dibattito. I sindacati (ad adesione volontaria) e la Camera del Lavoro (ad adesione obbligatoria), come rappresentanti dei lavoratori erano a favore di un sistema orientato all'erogazione di servizi, sostenendo la necessità di rafforzare l'occupazione nei servizi sociali. Prima della promulgazione della legge, le parti sociali – in particolare la Camera di Commercio e la Camera del Lavoro – espressero forti obiezioni per le implicazioni finanziarie sul costo del lavoro. Tuttavia, il ministro, insieme alle associazioni dei disabili, spinse per la sua com-

pleta attuazione nel 1993. La legge, infine, fu approvata all'inizio del 1993 ed entrò in vigore dal 1° luglio dello stesso anno.

Con la riforma del 1993, l'Austria ha confermato e chiarito il modello tradizionale delle responsabilità condivise tra i livelli nazionale, regionale e locale nella *long-term care*. Nonostante le radici nei provvedimenti precedenti e la continuità con l'organizzazione generale dei servizi sociali, il 1993 rappresenta un importante punto di svolta per l'assunzione della *long-term care* come rischio sociale e per la notevole espansione del welfare state che ne è derivata. Rispetto ad una precedente prestazione federale – l'*Hilfflosenzuschuss*, che veniva corrisposta ai pensionati come indennità forfetaria di circa 220 euro – l'introduzione del sistema dell'assegno di cura portò, nel 1994, ad un aumento della spesa pubblica centrale del 64%. Mentre la spesa federale per l'assegno di cura è stata pari, nel 1994, a 1,34 miliardi di euro, in base alla normativa precedente al 1993 sarebbe stata solo di 0,82 miliardi (Bmask, 2011). Per quanto riguarda il regime di assistenza, o il più ampio sistema di welfare, la riforma comporta sia elementi di continuità che di cambiamento. A differenza della Germania, l'Austria non ha seguito la tradizione dell'assicurazione sociale. L'istituzione di un quinto pilastro assicurativo sociale non fu un'opzione troppo dibattuta in Austria. L'aumento del costo del lavoro, denunciato dalla Camera di Commercio e dalla Camera del Lavoro, fu un argomento importante contro l'assicurazione sociale. Ma vi fu un intenso dibattito sull'orientamento tra cash e servizi, che erano sostenuti dalla Regione di Vienna e dai fornitori di servizi sociali. La decisione finale a favore di un sistema cash-for-care deriva da un insieme diverso di fattori. Le organizzazioni dei disabili, sostenendo una concezione di vita autonoma, durante tutto il dibattito sulla riforma hanno sottolineato con forza l'indipendenza e l'autodeterminazione e hanno favorito con forza l'approccio cash. Anche gli attori politici di tutte le tendenze sono stati a favore di un sistema cash-for-care, anche se per ragioni molto diverse, come il sostegno all'assistenza familiare, il sostegno all'autonomia, lo sviluppo del mercato *user-driven* o il contenimento dei costi. Per quanto riguarda la progettazione della prestazione, il nuovo sistema dell'assegno di cura ha sostituito un precedente sistema di prestazioni in denaro, molto frammentario e in parte means-tested. Questo orientamento cash è radicato nel contesto di un più ampio sistema di welfare basato su prestazioni in denaro che domina anche le politiche per la famiglia (Leitner, 2011). Per quanto riguarda il mix di welfare (in cui prevalgono fornitori pubblici e privati non-profit), la riforma

del 1993 non determinò alcun particolare incentivo al cambiamento. Tuttavia, si è immaginato che le prestazioni in denaro avrebbero indotto sviluppi *consumer-driven* nella fornitura dei servizi. Infine, nel nuovo sistema di assistenza, l'orientamento familistico è ancora forte anche se i soggetti che rivendicavano la riforma avevano punti di vista molto diversi sul ruolo della famiglia (Behning, 1999). Nell'insieme, la riforma ha in parte prodotto una trasformazione immediata e in parte ha dato avvio a un processo di cambiamento incrementale (Streeck e Thelen, 2005).

3. Dopo il 1993, stabilità con cambiamenti gradualità

Il periodo successivo alla riforma del 1993 è caratterizzato da cambiamenti gradualità, sia attraverso modifiche del quadro normativo sia come risultato dei comportamenti dei protagonisti. I cambiamenti hanno portato ad ampliamenti e a tagli e si sono verificati in tre aree: nel sistema cash-for-care, nel settore dei servizi sociali e nelle politiche inerenti al ruolo dei prestatori di cure informali. Per quanto riguarda l'assegno di cura, la caratteristica principale è stata l'assenza di cambiamenti. Vi sono state alcune modifiche nei criteri applicati nella valutazione, una riduzione dell'importo del livello 1 (nel 1996), modifiche nella definizione del livello 5 (nel 1999), un'estensione della definizione dei bisogni di assistenza, con il riconoscimento delle particolari esigenze delle persone affette da demenza e dei bambini con gravi disabilità (nel 2009) e una restrizione nei criteri di ammissibilità per i livelli 1 e 2 (nel 2011). Come previsto nel trattato Stato-Regioni, nel 1994 e nel 1995 gli importi delle prestazioni sono stati adeguati alla crescita dei prezzi. Dopo di ciò, tuttavia, per molti anni le prestazioni non sono state adeguate all'inflazione (si veda tabella 2). Di conseguenza, la politica «no cambiamenti» ha significativamente diminuito il potere d'acquisto dell'assegno di quasi il 20%. La politica di contenimento dei costi non è stata resa esplicita, ma considerazioni relative al contenimento dei costi hanno portato alla decisione di non adeguare i livelli delle prestazioni. Al mancato adeguamento si opposero, in particolare, le associazioni dei disabili e i fornitori dei servizi sociali, ma senza trovare molto ascolto né dalla politica né dai media.

Come accennato in precedenza, nel trattato Stato-Regioni, le Regioni hanno convenuto di sviluppare un'adeguata infrastruttura di servizi di assistenza residenziali, semi-residenziali e di *community care*. Anche se il

trattato non ha stabilito parametri di riferimento comuni per i livelli di offerta, dal 1993 il settore dei servizi ha visto una sostanziale crescita per quanto riguarda il numero degli addetti, l'offerta di servizi e la spesa pubblica. Le rilevazioni sugli addetti alla Ltc mostrano un aumento significativo del numero totale dei dipendenti. Tra il 1999 e il 2003, il loro numero è aumentato di circa il 20%, del 13% nell'assistenza residenziale e del 32% nell'assistenza domiciliare (Öbig, 2005). Questa tendenza è proseguita nel periodo successivo. Tra il 2003 e il 2006, l'occupazione è aumentata del 12% in tutto il settore della Ltc e del 36% nel settore dell'assistenza domiciliare (Öbig, 2008). Nello stesso tempo, è migliorato il livello medio di qualificazione del personale. Per quanto riguarda l'offerta di servizi, nel settore dell'assistenza residenziale, il numero totale dei letti è rimasto relativamente stabile, ma il numero di posti letto con assistenza infermieristica è costantemente aumentato, mentre è diminuito il numero di quelli senza o con ridotta assistenza infermieristica. Alla fine del 2008, le strutture di assistenza residenziale fornivano un totale di 72.358 posti, di cui circa l'81% designati come posti letto per Ltc e il 19% come posti letto residenziali (Bmask, 2008). La spesa pubblica totale per le case di cura è aumentata del 72% tra il 2000 e il 2008 (Bmask, 2009). Il settore dell'assistenza domiciliare ha visto un generale aumento dei livelli di prestazione. Nel 2008, in Austria sono stati fornite 13,7 milioni di ore di servizi di assistenza di comunità, inclusi assistenza infermieristica domiciliare, aiuto personale, consultazione e altri servizi. Rispetto al 2000, si tratta un aumento di circa il 30%. La spesa pubblica totale per i servizi di *community care* è aumentata, nello stesso periodo, del 46% (Bmask, 2009).

Anche se non vi è una analisi sistematica delle forze che hanno portato alla crescita del settore dei servizi, sappiamo che devono essere presi in considerazione diversi fattori. In primo luogo, l'assegno di cura ha aumentato il potere d'acquisto dei potenziali utilizzatori. Allo stesso tempo, questo effetto è stato ridimensionato dall'aumento, dopo la sua introduzione, della compartecipazione alla spesa da parte dei fruitori (Da Roit, Le Bihan e Österle, 2007; Österle e Hammer, 2007; Kreimer, 2006). Il calcolo della compartecipazione varia tra le Regioni, ma in genere è concepito come combinazione di un contributo forfetario in relazione all'assegno di cura e di un contributo means-tested in relazione al reddito dell'utente. Inoltre, i sistemi di compartecipazione potrebbero differire a seconda che facciano riferimento, e come, alla composizione del nucleo familiare. A Vienna, ad esempio,

il calcolo della compartecipazione considera il livello dell'assegno di cura, il reddito del fruitore e il numero delle ore di servizio necessarie. In questa Regione, nel 2011, il massimo di compartecipazione è stata di 24,95 euro l'ora nelle case di cura o di 19,00 euro per l'assistenza domiciliare. Per specifici servizi, gli utilizzatori a basso reddito possono essere esentati dalla compartecipazione. Un'altra limitazione del potere d'acquisto degli assegni di cura deriva dalla già citata mancanza del suo regolare adeguamento all'andamento dei prezzi. In secondo luogo, l'evoluzione dei servizi sociali è determinata dai piani di sviluppo regionali che hanno prodotto azioni a livello regionale e locale per l'espansione dei servizi di assistenza domiciliare (Öbig, 2009). Il discorso dell'«*outpatient before inpatient*» è stato sempre più tradotto nelle politiche, concentrando l'assistenza residenziale sulle persone con maggiori bisogni di assistenza e sviluppando servizi sociali per consentire agli altri utilizzatori di rimanere a casa propria. In terzo luogo, anche se in Austria l'orientamento familistico e il ricorso esclusivo all'assistenza familiare sono ancora piuttosto diffusi, i servizi di comunità vengono sempre più percepiti come un'opzione supplementare per coprire specifici bisogni di assistenza (Österle, Meichenitsch e Mittendrein, 2011).

Nel corso degli ultimi due decenni, vi sono stati ripetuti appelli ad una certa armonizzazione nel settore dei servizi sociali al di là dei confini regionali. Anche se finora non è diventata una questione importante dell'agenda politica, l'armonizzazione si è realizzata in tre aree particolari. Le disposizioni della legge sulle case di cura *Heimvertragsgesetz* (2004) e della legge sulla residenza nelle case di cura *Heimaufenthaltsgesetz* (2005) hanno l'obiettivo di definire rapporti trasparenti tra residenti e istituti e contengono norme sui contratti, sui diritti delle persone e sulla riservatezza (Ganner, 2005). Nel 2005, un trattato Stato-Regioni definisce la struttura di un sistema modulare di formazione per le professioni dell'assistenza sociale, ad estensione nazionale, che è stato attuato a livello regionale fino al 2008 (Bmask, 2011).

La terza area di cambiamento dopo il 1993 sono state le misure di sostegno ai prestatori informali di cura o, più specificamente, ai familiari che prestano assistenza. Il trattato Stato-Regioni prevede per questi familiari l'istituzione a livello centrale di un sistema di copertura assicurativa. I passi relativi hanno richiesto più di dieci anni. Dal gennaio 1998, i membri della famiglia che assistono un destinatario di assegno di cura a partire dal livello 5, hanno accesso alla copertura assicurativa della pensione sociale con un tasso di contribuzione ridotto. Successivamente questa possibilità è stata estesa ai familiari dei destinatari di

assegno di cura a partire dal livello 3. Ma la richiesta rimase bassa. Solo dall'agosto 2009, i contributi assicurativi per la pensione sociale dei familiari prestatori di assistenza sono interamente coperti dallo Stato, se il destinatario dell'assistenza è a livello 3 o superiore. Dal 2001, per i familiari che assistono una persona a partire dal livello 4, è disponibile una copertura socio-sanitaria non contributiva. Dall'agosto 2009, l'ammissibilità è estesa ai familiari che assistono un destinatario di assegno di cura a partire dal livello 3. Oltre che ai familiari, questa opzione è offerta anche a persone senza relazione di parentela se hanno vissuto nella stessa casa con la persona che ha bisogno di assistenza per almeno dieci mesi. Diverse altre misure sono a disposizione dei familiari che prestano assistenza, molte delle quali, tuttavia, sono solo programmi pilota o programmi limitati a singole regioni o a singole organizzazioni di fornitori. Viene fornito un programma nazionale di sostegno economico per consentire una tregua ai familiari che assistono una persona a partire dal livello 3 e – dal 2009 – quando assistono persone affette da demenza o bambini a partire dal livello 1. Questo sostegno è means-tested ed è limitato a un massimo di quattro settimane all'anno. Un altro importante programma federale è il sistema di congedo *family hospice* (introdotto nel luglio 2002) che consente tre mesi di congedo (estendibile a sei mesi), in caso di assistenza domiciliare a un familiare malato terminale. Per i bambini gravemente malati il congedo può essere esteso a nove mesi (dal 2006).

Il periodo dal 1993 fino ad oggi è caratterizzato da cambiamenti normativi per lo più moderati e gradualisti ma da ampliamenti abbastanza sostanziali del livello di fornitura dei servizi sociali. In questo settore, i piani regionali di sviluppo hanno avuto un importante ruolo nel tracciare questi cambiamenti. Le modifiche non sono state il risultato di nuove leggi importanti, ma di cambiamenti nella pratica istituzionale e amministrativa tra fornitori di servizi sociali e amministrazioni regionali e locali. Modifiche sul terreno sono state importanti anche per quanto riguarda le procedure di case management o di quality management. In questo periodo, i fornitori di servizi sociali, in particolare un Gruppo di lavoro rappresentativo delle maggiori organizzazioni dei fornitori divengono i protagonisti della rivendicazione di ulteriori riforme. Le associazioni dei disabili continuano ad essere un altro protagonista importante, in particolare della difesa dello specifico approccio cash-for-care, mentre i rappresentanti delle organizzazioni degli anziani – almeno fino a tempi molto recenti – non sono stati attivi nella richiesta di riforme della Ltc.

Nell'insieme, il periodo successivo al 1993 è caratterizzato dalla stabilità del quadro normativo. I cambiamenti che si sono prodotti non rappresentano un allontanamento dal modello realizzato con la riforma del 1993. Vi è stata una notevole espansione nella fornitura di assistenza di comunità, ma senza alcuna modifica significativa del quadro normativo. Vi sono stati ripetuti appelli a una certa armonizzazione nella fornitura dei servizi sociali in tutto il paese. Le citate leggi federali sull'assistenza residenziale e il trattato Stato-Regioni sul sistema formativo indicano alcune tendenze in questa direzione, ma non è chiaro se questo è l'inizio di un processo di stratificazione (Streeck e Thelen, 2005) che porti infine a una convergenza nella governance della fornitura dei servizi sociali. Anche se di tanto in tanto il dibattito sul futuro della *long-term care* riprendeva, fu solo nell'estate del 2006 che questo divenne di nuovo un importante tema di policy.

4. La regolarizzazione del 2007 dell'assistenza svolta da migranti

A partire dagli anni '90, in Austria un numero crescente di migranti «lavoratori nell'assistenza h24» ha fornito prestazioni retribuite presso le abitazioni private. Ciò che era iniziato con accordi informali nelle Regioni di confine sulla base di reti sociali informali attraverso le frontiere, ben presto si è trasformato in un sistema in cui agenzie commerciali agivano come organizzazioni di collocamento. La modalità tipica consisteva nell'alternanza di due carer in turni di due settimane presso uno stesso nucleo familiare. Le caratteristiche del sistema austriaco dell'assegno di cura, i limiti nella disponibilità e nell'accessibilità dei servizi di assistenza domiciliare e la disponibilità di manodopera a basso costo appena al di là del confine, in un sistema di frontiere sempre più aperte, sono stati individuati come i principali fattori della nascita di un mercato sommerso dell'assistenza (Schmid, 2009; Österle e Hammer, 2007).

Si stima che in Austria nel 2006 siano stati attivi almeno 30.000 lavoratori di cura h24 (Schmid, 2009). In prevalenza, i loro rapporti di lavoro erano al di fuori delle norme del lavoro e della sicurezza sociale. Dopo un dibattito orientato dai media (tabella 2), il primo passo normativo è stato una sanatoria intermedia. Di conseguenza, non vi sono stati procedimenti contro i rapporti di lavoro nero dei lavoratori di cura h24 fino al giugno 2007, termine successivamente prorogato fino al giugno 2008. La regolarizzazione dell'assistenza h24 entrò in vigore

nel luglio 2007. Al centro della riforma vi è la legge sull'assistenza domiciliare (*Hausbetreuungsgesetz*) che definisce un nuovo gruppo di lavoratori, gli addetti all'assistenza personale. Essi possono lavorare come lavoratori autonomi o come dipendenti. Questi ultimi rappresentano l'eccezione perché le norme in materia di orario di lavoro e di sicurezza sociale rendono questa opzione molto più costosa. L'inserimento nel più ampio sistema dell'assistenza e del mercato del lavoro si è realizzato mediante modifiche a diverse normative. La riforma determina i requisiti di qualificazione e i compiti che gli addetti all'assistenza personale possono svolgere. Come requisito di qualificazione la legge richiede un corso di formazione di 168 ore, ma anche la dimostrazione di una precedente esperienza di lavoro di assistenza, di almeno sei mesi, in un'abitazione privata. La regolarizzazione comporta notevoli costi aggiuntivi per coloro che utilizzano questi rapporti di lavoro. Per garantirne l'accessibilità, il secondo grande obiettivo della riforma, fu aggiunto un sistema di sostegno finanziario alla legge federale e alle nove leggi regionali sull'assegno di assistenza di lunga durata. Il relativo importo è means-tested e ammonta a un massimo di 1.100 euro al mese (800 fino a ottobre 2008) per i rapporti di lavoro dipendente e a un massimo di 550 euro mensili (225 fino a ottobre 2008) per i lavoratori autonomi (Bmask, 2009). Nella primavera del 2011, circa 27.000 persone sono state registrate come lavoratori autonomi addetti all'assistenza personale.

Oltre alla regolarizzazione dei contratti di lavoro nelle abitazioni private, la riforma ha anche avuto, più in generale, alcune importanti implicazioni indirette per il settore della *long-term care*; e probabilmente avrà in futuro un impatto anche maggiore sul suo sviluppo. Dopo la regolarizzazione, i fornitori di servizi sociali hanno iniziato a operare anche come strutture di collocamento. Con il coinvolgimento dei fornitori di servizi sociali, potrebbe gradualmente diventare più comune un coordinamento dei diversi tipi di servizio, e anche l'inserimento dell'assistenza personale nelle procedure di case management (Österle e Bauer, 2010). Il sistema dell'assistenza personale consente il collegamento del mercato della cura, in precedenza sommerso, con il sistema tradizionale dei servizi sociali. Tuttavia, la costruzione della nuova organizzazione dell'assistenza personale potrebbe anche favorire una tendenza alla deprofessionalizzazione. Rispetto ai lavoratori dell'assistenza sociale con compiti simili, i requisiti di qualificazione formale richiesti agli addetti all'assistenza h24 sono minori. Considerati i costi e gli orari di lavoro che i diversi accordi permettono, l'as-

sistenza h24 può diventare un'opzione significativamente più economica e più attraente per gli utilizzatori rispetto ai tradizionali servizi di assistenza domiciliare, in particolare quando essi abbiano bisogno di orari prolungati di assistenza e quando debbano farsi carico di una maggiore compartecipazione (Österle e Bauer, 2010). Tuttavia, anche se la regolarizzazione ha sancito diritti del lavoro e tutele previdenziali, l'assistenza personale h24 rimane spesso un rapporto di lavoro precario. Ciò a causa della prevalenza dei rapporti di lavoro autonomo e delle particolari modalità del rapporto di lavoro, qual è il suo carattere di lavoro nascosto nelle abitazioni private o l'incertezza della sua durata (Haidinger, 2010; Kretschmann, 2010).

La spinta iniziale per la regolarizzazione dell'assistenza h24 derivò da un intenso dibattito orientato dai media nell'estate del 2006. Prima delle elezioni federali del 1° ottobre 2006, la natura illegale dei rapporti di lavoro di cura svolto da migranti divenne all'improvviso quell'estate un importante problema pubblico. Il punto di partenza furono un paio di casi in Bassa Austria, in cui delle persone furono denunciate per l'impiego illegale di prestatori di cure in abitazioni private. Questi casi furono riportati dai media. Alcuni casi simili erano apparsi nei media in precedenza, ma questa volta la questione sfociò in un ampio e intenso dibattito pubblico. Ciò anche perché, nei casi resi pubblici dai media, ad utilizzare il lavoro di cura svolto da migranti erano state famiglie di politici di primo piano. Il contesto di una fase preelettorale durante la solita difficoltà estiva dei media fece diventare la *long-term care* o, meglio, la questione del lavoro di cura svolto da migranti, un tema importante del dibattito pubblico. In vista delle elezioni, si ebbe un notevole consenso sulle dichiarazioni dei partiti politici, che vennero anche ampiamente sostenute dai media: (a) che gli accordi erano illegali, (b) che le persone non dovevano essere considerate responsabili (dato che gli utilizzatori spesso non avevano a disposizione alcuna alternativa accessibile per ricevere l'assistenza necessaria), e (c) che la politica doveva trovare urgentemente una risposta. La risposta a breve termine fu una sanatoria temporanea, seguita dalla riforma descritta in precedenza.

I principali attori nel periodo pre-elettorale erano stati i media e i rappresentanti dei partiti politici. Anche se le prime risposte dei partiti di governo tentarono di sminuire l'importanza del lavoro di cura svolto da migranti («non vi è alcuna fase di emergenza nell'assistenza di lunga durata»), divenne presto chiaro che il dibattito pubblico non perdeva forza. Ben presto, si raggiunse un consenso sulle dichiarazioni

citare. Ma vi erano differenze significative nelle opinioni sulla regolarizzazione del lavoro di cura svolto da migranti (Bachinger, 2009). La maggior parte dei partiti sosteneva l'approccio della legalizzazione dell'assistenza h24, fatta eccezione per i partiti di destra (in seguito ad una scissione uno di questi partiti faceva parte della maggioranza, l'altro era all'opposizione). Questi sostenevano la scelta di occupare lavoratori austriaci, piuttosto che migranti. I rappresentanti del partito conservatore al governo sottolineavano la necessità della regolarizzazione, ma anche la necessità di considerare i costi che essa avrebbe comportato. I partiti di opposizione e i sindacati criticavano con forza l'approccio della regolarizzazione a basso costo per legalizzare contratti di lavoro fortemente precari. Nel complesso, i due temi dominanti del dibattito erano regolarizzazione e accessibilità. La richiesta di ampliamento della *community care* e la sottolineatura della qualità dell'assistenza, sostenute principalmente dai fornitori di servizi sociali e dai rappresentanti delle professioni infermieristiche e dell'assistenza sociale ricevettero, al di là dei discorsi, scarso sostegno. Complessivamente, i dibattiti e le proposte di policy discusse nel 2006 e nel 2007 furono quasi esclusivamente relative all'assistenza h24. Non fu fatto alcun tentativo di cogliere l'occasione per una riforma di più vasta portata del sistema di *long-term care*.

La riforma per la regolarizzazione del 2007 contiene due elementi principali. La legge sull'assistenza domiciliare individua un nuovo gruppo di lavoratori, i cosiddetti addetti all'assistenza personale nelle abitazioni private, che possono lavorare sia come lavoratori autonomi sia come lavoratori dipendenti. La modalità del lavoro autonomo divenne l'opzione preferita, sia per i minori costi che per la flessibilità degli accordi sull'orario di lavoro. Il secondo importante sforzo della riforma del 2007 fu un sistema di sostegno finanziario per garantire l'accessibilità degli accordi per l'assistenza personale rispetto ai precedenti accordi irregolari di assistenza h24. La legge sull'assistenza domiciliare fu approvata come era stata proposta dal governo, nonostante molti commenti critici. Il dibattito sul sistema di sostegno economico, tuttavia, continuò per l'intero 2007 (Bachinger, 2009). In particolare, veniva discusso il modo di condividere le responsabilità di finanziamento tra il livello centrale e quelli regionali e come definire criteri di means-testing. In origine, i criteri di ammissibilità includevano anche un asset-test. Dopo l'abolizione di quell'asset-test da parte di una prima Regione, rapidamente altre seguirono. Ciò portò nel novembre 2008 alla sua soppressione in tutto il paese. Questi dibattiti

condussero ad un interessante effetto collaterale nel settore dell'assistenza residenziale. Nel corso della discussione, venne abolito il ricorso alle famiglie per il finanziamento dell'assistenza residenziale, ancora in vigore, a quel tempo, nella maggior parte delle Regioni.

Nella prospettiva del regime di assistenza, l'assistenza h24 è stato uno sviluppo non intenzionale. Non vi era, nei primi anni '90, alcun riferimento al potenziale sviluppo di un mercato sommerso dell'assistenza. Ma il concetto di assistenza h24 e la sua particolare organizzazione si incontravano con la cultura prevalente della responsabilità nella cura (Weicht, 2010). La maggior parte degli attori ha sempre sottolineato l'assistenza a domicilio come la forma di assistenza preferita, anche se con interpretazioni molto diverse del ruolo della famiglia e degli altri potenziali caregiver. L'assegno di cura definisce diritti sociali ed estende il sostegno pubblico, ma allo stesso tempo segue la tradizione familistica. L'assistenza h24 ha spesso rappresentato l'unica opzione per l'assistenza domiciliare quando le famiglie non erano in grado di fornire l'assistenza necessaria per orari prolungati. Prima della regolarizzazione, tuttavia, l'assistenza h24 era un pilastro separato, parallelo al settore dei tradizionali servizi sociali. In seguito alle azioni legali, anche i fornitori di servizi seguirono la politica di non fornire servizi quando in un'abitazione privata vi era un addetto all'assistenza h24. La regolarizzazione rappresentò non solo uno sforzo per sviluppare un quadro per l'occupazione regolare dei lavoratori della cura nelle abitazioni private, ma anche per stabilire i requisiti di qualificazione e la descrizione dei compiti che possono contribuire ad una integrazione dei servizi.

A differenza della riforma del 1993 e della fase di continuità che seguì nei successivi quindici anni, la regolamentazione dell'assistenza h24 può essere descritta come un cambiamento istituzionale tramite *process sequencing* (Jensen, 2009). La riforma fu concentrata molto strettamente su un aspetto del problema dell'assistenza di lunga durata, cioè della regolarizzazione di un mercato della cura precedentemente sommerso. Non ha modificato le caratteristiche generali del sistema di assistenza, ma ha aggiunto un nuovo importante elemento. Data la stima di circa 30.000 lavoratori di cura h24 irregolari nel 2006, la regolarizzazione nella primavera del 2011 di 27.000 addetti all'assistenza personale può essere vista – sotto il profilo del numero di regolarizzati – come un successo. In una prospettiva generale, comunque, il lavoro di cura svolto da migranti è meno frequente rispetto a paesi come l'Italia o la Spagna.

RPS

August Österle

Tabella 2 - Cambiamenti nel sistema di Ltc in Austria 1993-2011

In vigore da	Cambiamenti nel sistema di Ltc	Centrale (c) Regionale (r)
1° luglio 1993	Introduzione dell'assegno di Ltc (<i>Pflegegeld</i>): legge federale sull'assegno di Ltc (<i>Bundespflegegeldgesetz</i>), leggi regionali sull'assegno di Ltc (<i>Landespflegegeldgesetz</i>)	c, r
1° gennaio 1994	Trattato Stato-Regioni: definizione delle responsabilità federali e regionali nella <i>long-term care</i>	c, r
1° gennaio 1994	Aumento dell'assegno di cura del 2,5%	c, r
1° gennaio 1995	Aumento dell'assegno di cura del 2,8%	c, r
1° gennaio 1996	Piani regionali di sviluppo per servizi implementati di assistenza residenziale semiresidenziale e di <i>community care</i> (copertura 1996-2010)	r
1° gennaio 1998	Familiari che prestano assistenza: assicurazione pensionistica sovvenzionata (copertura ipotetica del dipendente pagata dallo Stato)	c
1° gennaio 1999	Ridefinizione dei criteri di ammissibilità per il livello 4	c, r
1° luglio 2001	Eliminazione dei precedenti limiti di età (3 anni) nel sistema dell'assegno di cura	c, r
1° luglio 2001	Familiari che prestano assistenza: assicurazione sanitaria sociale non contributiva dal livello 4	c
1° luglio 2002	Sistema del congedo <i>family hospice</i>	c
1° gennaio 2004	Sistema di supporto finanziario per pausa temporanea dall'assistenza	c
1° luglio 2004	Legge sulle case di cura (<i>Heimvertragsgesetz</i>)	c
1° gennaio 2005	Aumento dell'assegno di cura del 2%	c, r
1° luglio 2005	Legge sulla residenza nelle case di cura (<i>Heimaufenthaltsgesetz</i>)	c
26 luglio 2005	Trattato Stato-Regioni su un sistema modulare di formazione per professioni dell'assistenza sociale	c, r
1° luglio 2007	Regolarizzazione dell'assistenza h24: legge sull'assistenza domiciliare (<i>Hausbetreuungsgesetz</i>), emendamenti a diverse altre leggi, introduzione del sistema di sostegno finanziario per l'assistenza h24	c, r
10 aprile 2008	Emendamenti alla legge per la sanità e l'assistenza infermieristica	c
1° novembre 2008	Sostegno finanziario per l'assistenza h24: ampliamento dell'indennità, abolizione dell' <i>asset-test</i>	c, r

segue *Tabella 2 - Cambiamenti nel sistema di Ltc in Austria 1993-2011*

In vigore da	Cambiamenti nel sistema di Ltc	Centrale (c) Regionale (r)
1° agosto 2009	Familiari che prestano assistenza: assicurazione sociale gratuita per la pensione e assicurazione sociale sanitaria non contributiva a partire dal livello 3	c
1° gennaio 2009	Aumento dell'assegno di cura del 3-4%	c, r
1° gennaio 2009	Ampliamento della definizione dei bisogni di assistenza che riconoscono le esigenze specifiche delle persone affette da demenza e dei bambini con gravi handicap	c, r
Fino al 1° gennaio 2009	Abolizione della partecipazione delle famiglie al finanziamento dell'assistenza residenziale in tutte le Regioni	r
1° gennaio 2011	Restrizione dei criteri di ammissibilità per i livelli 1 e 2	c, r

Nota: Per il livello regionale sono elencati solo i cambiamenti attuati nell'insieme del paese.

La modalità del ricorso ad un addetto regolare alla cura della persona nell'abitazione di quest'ultima è attualmente utilizzata da circa il 3,2% dei destinatari di un assegno di cura. Mentre un rapporto di lavoro con un addetto all'assistenza personale è utilizzato da circa 13.500 famiglie, vi sono 130.000 fruitori di servizi tradizionali di assistenza domiciliare. L'evoluzione dei due settori e la possibilità che i due tipi di servizi possano integrarsi maggiormente avranno implicazioni importanti per lo sviluppo futuro del settore della cura in Austria.

5. *Sviluppi, dilemmi e prospettive*

La riforma del 1993 segna una svolta importante nel modo di intendere l'assistenza alla non autosufficienza nel sistema del welfare austriaco. Prima di quella riforma, le responsabilità della *long-term care* erano in gran parte attribuite alle famiglie. Le risposte del welfare erano molto frammentarie (rispetto ai destinatari, ai criteri di ammissibilità e alla governance regionale) e per lo più orientate sul versante dell'assistenza sociale. Con la riforma del 1993, è stato istituito un settore specifico del welfare che è seguito regolarmente nei dibattiti pubblici e

nei media. L'assistenza di lunga durata viene concepita come un settore che fornisce sostegno alle persone che necessitano di assistenza e di aiuto a causa di malattie croniche, disabilità o fragilità, indipendentemente dalla loro età o dal motivo delle loro difficoltà.

La percezione della responsabilità familiare e l'effettivo ruolo delle famiglie nel fornire assistenza è ancora forte in questo paese, come è dimostrato ad esempio nel sondaggio Eurobarometro sulle preferenze e le aspettative rispetto alla *long-term care* (European Commission, 2007). Allo stesso tempo, vi è anche la crescente aspettativa che il welfare state debba sostenere coloro che ne hanno bisogno. La riforma del 1993 e gli sviluppi successivi hanno notevolmente ampliato la responsabilità pubblica in questo settore. L'assegno di cura è progettato come beneficio universalistico, ma come integrazione e non come copertura piena dei costi di assistenza. Nel settore dell'assistenza residenziale, il cambiamento più importante è stato il passaggio a un'impostazione che si concentra essenzialmente su coloro che hanno i più gravi bisogni di assistenza. Il settore dell'assistenza della *community care* ha visto un notevole aumento del livello e della diversificazione dei servizi. Servizi divenuti disponibili in tutto il paese, con riduzione delle precedenti, enormi, disuguaglianze territoriali nella disponibilità delle rispettive disposizioni. Nonostante questi ampliamenti, vi sono stati anche ridimensionamenti. Un esempio importante di contenimento dei costi è che gli assegni di cura per molti anni non sono stati rivalutati rispetto ai prezzi. Il restringimento delle condizioni di ammissibilità per i livelli 1 e 2 nel 2011 rappresenta un altro esempio. D'altra parte, nel 2009, è stata prevista l'ammissibilità per i bambini disabili e per le persone affette da demenza. Questo indica che vi è una certa tendenza a limitare l'accesso per coloro che hanno necessità di assistenza più moderate e di estenderlo per chi ha esigenze di assistenza più intense. Nel settore dei servizi, il ridimensionamento è meno visibile a causa di una generale espansione dei servizi. Ma le limitazioni nei servizi cofinanziati pubblicamente o le specifiche regole per il calcolo delle compartecipazioni hanno posto limiti ai rispettivi provvedimenti. Sono state anche queste limitazioni nella disponibilità dei servizi sociali a favorire, a partire dagli anni '90, lo sviluppo del lavoro di cura h24 svolto da migranti come opzione aggiuntiva tra l'assistenza familiare e le disposizioni del *community care* cofinanziati pubblicamente. La sua natura di lavoro nero è diventata un problema politico importante solo nel 2006, portando nel 2007 ad una regolarizzazione del lavoro di cura svolto da migranti nelle abitazioni private

e a un sistema di sostegno economico volto a garantire agli utilizzatori la sua accessibilità. Anche se tale approccio ha reso disponibile una nuova opzione regolare per l'organizzazione dell'assistenza necessaria, essa è stata anche individuata come un modo conveniente per fornire orari prolungati di assistenza.

In Austria vi è, in generale, un ampio sostegno degli elementi principali dell'attuale sistema di Ltc. Vi sono, però, anche importanti compromessi e problemi. L'orientamento cash è un forte pilastro del sistema austriaco. È sostenuto e difeso in base ai concetti di autonomia, di scelta e di riconoscimento e sostegno dell'assistenza fornita dalla famiglia, ma anche per ragioni di sostenibilità finanziaria. Dare più sostanza a questi obiettivi evidenzia potenziali conflitti. Per esempio, nonostante l'esistenza delle erogazioni monetarie, la scelta è ancora limitata, poiché per molti l'indennità rimane troppo piccola per consentire l'effettivo esercizio di una scelta all'interno di una vasta gamma di opzioni. Almeno in parte, la nascita dell'assistenza h24 fu una risposta a questa limitazione. Un altro esempio dei potenziali dilemmi è il legame tra erogazione monetaria e l'uso di servizi. Nel sistema tedesco di assicurazione per l'assistenza alla non autosufficienza, cash-for-care e servizi sono integrati nello stesso sistema. Gli utilizzatori devono fare una scelta esplicita tra cash-for-care o servizi, o per una combinazione dei due. In Austria, cash-for-care e servizi sono due pilastri separati del sistema di Ltc. Le richieste di cash-for-care e di fornitura di servizi seguono due diverse procedure. Ancora a differenza dell'esempio tedesco, in Austria non vi è un programma volto a visitare regolarmente tutti i percettori di assegni di cura, anche se recenti programmi si propongono di coprirli almeno in parte con tali visite. I collegamenti mancanti tra erogazioni monetarie e sistema dei servizi riducono lo spazio per la garanzia sistematica della qualità e per la consultazione e i consigli per i fruitori dell'assistenza e per i familiari che se ne occupano. Sono considerazioni relative al contenimento dei costi ad ostacolare anche una più ampia attuazione di questi strumenti. Un'altra area di conflitto è la questione della professionalizzazione. L'esperienza degli anni '90 e dei primi anni 2000 mostra che il numero degli addetti è cresciuto, in particolare di quelli con maggiori livelli di qualificazione (Öbig, 2005; Öbig, 2008). Almeno in parte ciò è dovuto ai più intensi bisogni di assistenza dei beneficiari (in particolare nel settore dell'assistenza residenziale), ma indica anche una crescita professionale del settore. D'altra parte, la recente regolarizzazione dei lavoratori di cura h24, che rappresentano un'opzione relativamente più

RPS

August Österle

economica per il lavoro di cura con minori requisiti di qualificazione, potrebbe rappresentare un incentivo alla deprofessionalizzazione, rafforzato dalle aumentate difficoltà di bilancio (Österle e Bauer, 2010).

Anche se molte di queste questioni figurano con regolarità nel dibattito pubblico, quest'ultimo è attualmente dominato da due temi principali, il carattere multilivello della Ltc e il suo finanziamento futuro. L'assistenza alla non autosufficienza è caratterizzata dalla divisione delle responsabilità tra assistenza sanitaria e sociale e tra i livelli centrale, regionale e locale. Anche se il sistema dell'assegno di cura è fondato su una legge federale e su nove leggi regionali sull'assegno per Ltc, le disposizioni sono state armonizzate in tutto il paese. Secondo una proposta già concordata tra il livello centrale e le regioni, il livello centrale diverrà l'unico livello di governo competente per l'amministrazione dell'assegno di cura, a partire dal 2012. Oltre all'assegno di cura, compete al livello centrale la responsabilità della copertura assicurativa sociale per i familiari che prestano assistenza. La fornitura e il finanziamento dei servizi di assistenza residenziale e del *community care*, invece, competono al livello regionale e locale. Nel settore dell'assistenza sanitaria, i fondi di assicurazione sociale sanitaria – responsabili per l'assistenza infermieristica definita clinicamente – sono un altro importante fattore. Di conseguenza, i tentativi di sviluppare ulteriormente il sistema, di accrescere l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, di migliorare il collegamento tra erogazioni monetarie e prestazioni di servizi o di standardizzare parzialmente, in tutto il paese, le procedure nel settore dei servizi, richiedono cooperazione e accordo tra il livello centrale e le Regioni.

Rispetto ad altri Stati federali, l'Austria è uno Stato federale relativamente debole (Obinger, 2005). Ciò è particolarmente vero per quanto riguarda la giurisdizione fiscale centrale. L'attribuzione di entrate fiscali alle Regioni e alle comunità locali segue un sistema di perequazione fiscale. Anche se il federalismo è stato spesso identificato come un ostacolo all'ampliamento del welfare state (Obinger, Castelli e Leibfried, 2005), in Austria la struttura federale, in prospettiva storica, ha funzionato anche come motore di innovazione. La riforma del 1993, con alcune Regioni nel ruolo di importanti guide della riforma ne è un esempio. Attualmente, tuttavia, i rapporti tra i diversi livelli appaiono piuttosto appesantiti dai conflitti. Questo è vero per la Ltc, ma anche per altre aree in cui le competenze sono ripartite o in cui le specifiche responsabilità centrali e regionali si sovrappongono, come nella sanità, nell'istruzione e nella cura dell'infanzia. Nonostante le

notevoli differenze ideologiche tra i partiti politici, le linee di conflitto tra il livello centrale e le nove Regioni su questioni specifiche spesso interferiscono con le differenze tra i partiti politici. Questo può costituire un grave ostacolo per lo sviluppo e l'attuazione delle riforme nei settori in cui coesistono competenze del centro e delle Regioni. Molti commentatori sollecitano quindi una revisione fondamentale dei ruoli del centro e delle Regioni in questo paese.

Nel recente passato, la regolarizzazione dell'assistenza h24, la legge sulle case di cura e la legge sulla residenza nelle case di cura rappresentano esempi di legislazione federale, mentre l'armonizzazione del sistema educativo si basa su un trattato Stato-Regioni. In altre aree, si è prodotta una convergenza. Esempi ne sono alcune tendenze comuni nello sviluppo dei servizi sociali nel corso degli ultimi due decenni, dovuti a piani di sviluppo regionali e alla volontà politica di estendere le infrastrutture dei servizi, o l'abolizione della partecipazione dei familiari al finanziamento dell'assistenza residenziale in tutte le Regioni fino al 2008. Un'altra caratteristica tipica delle proposte di riforma con rilevanti implicazioni finanziarie è che i rappresentanti dei livelli centrale, regionali o locali richiedono una rinegoziazione del sistema di perequazione fiscale. Questo è avvenuto quando fu introdotto il sistema di sostegno finanziario per l'assistenza h24. Inoltre, nell'attuale dibattito sul futuro sistema di finanziamento della Ltc vi sono state ripetute richieste di legarlo ad una rinegoziazione del sistema di perequazione fiscale.

La sostenibilità finanziaria ha sempre fatto parte dei dibattiti sulla Ltc, ma di solito solo come un aspetto tra gli altri. Nel dibattito più recente, la sostenibilità finanziaria e lo sviluppo di un nuovo sistema di finanziamento sono venuti in primo piano. Dagli anni '90, diversi studi hanno preso in esame le implicazioni dell'invecchiamento delle società e delle crescenti difficoltà dei modelli tradizionali di assistenza familiare in relazione ai futuri bisogni di assistenza e alla futura spesa per l'assistenza alla non autosufficienza (European Commission, 2009; Mühlberger, Knittler e Guger, 2008; Streissler, 2004; Badelt e al., 1996). Gli argomenti a favore di un nuovo sistema di finanziamento fanno riferimento alle implicazioni finanziarie che derivano dai cambiamenti socio-demografici, dalla necessità di estendere ulteriormente i provvedimenti cofinanziati pubblicamente e dalle già difficili situazioni dei bilanci a livello regionale e locale, ma fanno riferimento anche al sistema esistente finanziato dalla fiscalità generale, che potrebbe essere più vulnerabile ai tagli a breve termine di un sistema di assicu-

razione sociale. Anche se la direzione della riforma è ancora piuttosto vaga, diversi attori sono già stati coinvolti. Un Gruppo di lavoro dei più grandi fornitori di servizi sociali ha elaborato una proposta comprensiva delle pietre angolari di un nuovo sistema di finanziamento. I rappresentanti del ministero, dei partiti politici, delle organizzazioni degli anziani e delle associazioni dei disabili hanno sostenuto la necessità di istituire un nuovo sistema di finanziamento. L'idea proposta per una riforma strutturale è attualmente definita come Fondo per la Ltc. Lo spostamento verso un'assicurazione sociale per l'assistenza alla non autosufficienza è visto in modo piuttosto critico dalla maggior parte degli attori. Piuttosto, riprendendo l'idea di un Fondo che già esiste nelle politiche per la famiglia, i mezzi finanziari dovrebbero essere riuniti in un Fondo per la *long-term care* che serva poi da principale fonte del finanziamento dei provvedimenti relativi. Se il Fondo debba coprire il totale o solo una parte dell'attuale finanziamento pubblico dell'assistenza alla non autosufficienza è una questione importante che dovrà essere risolta. Il carattere multilivello della Ltc potrebbe rappresentare un ostacolo rilevante per un accordo. Mentre, ad esempio, il livello centrale segnala una disponibilità a sostenere finanziariamente lo sviluppo dei servizi sociali, le Regioni si oppongono a qualsiasi tentativo di collegare questo contributo finanziario all'armonizzazione della governance dell'erogazione dei servizi, come una standardizzazione in tutto il paese dei criteri di ammissibilità, dei criteri di qualità o delle modalità di compartecipazione. Mentre i rappresentanti del livello centrale sarebbero a favore di una certa armonizzazione, sono in particolare le organizzazioni dei servizi sociali a sostenere l'armonizzazione dei criteri di ammissibilità e dei criteri di qualità. Le associazioni dei disabili non si oppongono all'armonizzazione, ma temono che nel sistema della *long-term care* il rafforzamento degli investimenti nel settore dei servizi potrebbe portare ad un passaggio dall'orientamento cash a quello della prestazione dei servizi.

D'altra parte, le Regioni e le comunità in particolare, denunciano sempre più chiaramente la rapida crescita delle spese dell'assistenza di lunga durata. Questa sfida comune delle difficoltà di bilancio potrebbe infine agire da leva per una riforma della Ltc imposta dalla questione del finanziamento, ma che vada oltre questa richiedendo più ampie riforme strutturali.

Riassumendo, in Austria l'assistenza alla non autosufficienza è l'ultima arrivata nello sviluppo dello stato sociale (Österle e Rothgang, 2010).

Con la riforma del 1993, tuttavia, la Ltc è stata individuata come un settore specifico del welfare. La riforma segna un importante punto di svolta nella storia delle politiche di Ltc, anche se contiene anche numerosi modelli tradizionali del sistema. Gli sviluppi successivi sono caratterizzati dalla continuità e da adattamenti, ma anche da cambiamenti significativi in aspetti specifici, in particolare dovuti alla regolarizzazione del lavoro di cura svolto da migranti. Per quanto riguarda la copertura del welfare, i cambiamenti comportano ampliamenti importanti e una riduzione delle disuguaglianze (rispetto al periodo precedente al 1993), anche se le considerazioni sul contenimento dei costi hanno continuamente agito come un fattore limitante. Se l'attuale dibattito su un nuovo sistema di finanziamento porterà in Austria ad un'altra grande trasformazione del sistema di Ltc, sarà deciso anche dal modo in cui troveranno composizione i diversi interessi e conflitti del sistema multilivello.

Riferimenti bibliografici

- Bachinger A., 2009, *Der irreguläre Pflegearbeitsmarkt. Zum Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit durch die 24-Stunden-Pflege*, tesi, Università di Vienna, Vienna.
- Badelt C., Holzmann A., Matul C. e Österle A., 1996, *Kosten der Pflegesicherung. Strukturen und Entwicklungstrends der Altenbetreuung*, Böhlau Verlag, Vienna.
- Badelt C., Holzmann-Jenkins A., Matul C. e Österle A., 1997, *Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems*, Böhlau Verlag, Vienna.
- Behning U., 1999, *Zum Wandel der Geschlechterrepräsentation in der Sozialpolitik. Ein policy-analytischer Vergleich der Politikprozesse zum österreichischen Bundespflegegeldgesetz und zum bundesdeutschen Pflege-Versicherungsgesetz*, leske+budrich, Opladen.
- Bmask - Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009, *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2008*, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Vienna.
- Bmask - Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2011, *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009*, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Vienna.
- Bmsk - Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008, *Altenheime und Pflegeheime in Österreich. Ost, Mitte, West*, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Vienna.
- Da Roit B., Le Bihan B. e Österle A., 2007, *Long-term Care Policies in Italy, Austria and France: Variations in Cash-for-care Schemes*, «Social Policy & Administration», vol. 41 (6), pp. 653-671.

- European Commission, 2007, *Health and Long-term Care in the European Union. Special Eurobarometer 283 / Wave 67.3*, European Commission, Bruxelles.
- European Commission, 2009, *The 2009 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States (2008–2060). Joint Report Prepared by European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG)*, European Commission, Bruxelles.
- Ganner M., 2005, *Selbstbestimmung im Alter: Privatautonomie für alte und pflegebedürftige Menschen in Österreich und Deutschland*, Springer, Berlino.
- Gruber G. e Pallinger M., 1994, *BPGG Bundespflegegeldgesetz. Kommentar*, Springer Verlag, Vienna.
- Haidinger B., 2010, *Was sind schon 1.000 Euro für 24 Stunden ohne Freizeit und Freiheit?*, in Appelt E., Heidegger M., Preglau M. e Wolf M.A. (a cura di), *Who Cares? Betreuung und Pflege in Österreich. Eine geschlechterkritische Betrachtung*, Studienverlag, Innsbruck, pp. 77-85.
- Jensen C., 2009, *Policy Punctuations in Mature Welfare States*, «Journal of Public Policy», vol. 29 (3), pp. 287-303.
- Kreimer M., 2006, *Developments in the Austrian Care Arrangement: Women Between Free Choice and Informal Care*, in Glendinning C. e Kemp P. (a cura di), *Cash and Care. Policy Challenges in the Welfare State*, Policy Press, Bristol, pp. 141-153.
- Kretschmann A., 2010, *Die Legalisierung hat uns überhaupt keine Vorteile gebracht. Die Vorteile gibt es nur für die Österreicher*, in Appelt E., Heidegger M., Preglau M. e Wolf M.A. (a cura di), *Who Cares? Betreuung und Pflege in Österreich. Eine geschlechterkritische Betrachtung*, Studienverlag, Innsbruck, pp. 187-195.
- Leitner S., 2011, *Germany Outpaces Austria in Childcare Policy: The Historical Contingencies of «Conservative» Childcare Policy*, «Journal of European Social Policy», vol. 20 (5), pp. 456-467.
- Melinz G., 2009, *Vom «Almosen» zum «Richtsatz»: Etappen österreichischer Armenfürsorge-/Sozialhilfe(politik): 1863 bis zur Gegenwart*, in Dimmel N., Heitzmann K. e Schenk M. (a cura di), *Handbuch Armut in Österreich*, Studienverlag, Innsbruck, pp. 646-663.
- Mühlberger U., Knittler K. e Guger A., 2008, *Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge*, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Vienna.
- Öbig - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 1999, *Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder*, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Vienna.
- Öbig - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2005, *Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich. Entwicklung 1999-2003*, Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Vienna.

- Öbig - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2008, *Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich 2006*, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Vienna.
- Obinger H., 2005, *Austria. Strong Parties in a Weak Federal System*, in Obinger H., Leibfried S. e Castles F.G. (a cura di), *Federalism and the Welfare State. New World and European Experiences*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 181-221.
- Obinger H., Castles F.G. e Leibfried S., 2005, *Introduction. Federalism and the Welfare State*, in Obinger H., Leibfried S. e Castles F.G. (a cura di), *Federalism and the Welfare State. New World and European Experiences*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 1-48.
- Österle A., 2001, *Equity Choices and Long-term Care Policies in Europe. Allocating Resources and Burdens in Austria, Italy, the Netherlands and the United Kingdom*, Ashgate, Aldershot.
- Österle A. e Bauer G., 2010, *Migrant Personal Carers in Private Households: Motivations and Perspectives*, paper presentato alla VIII conferenza annuale ESPAnet, Budapest.
- Österle A. e Hammer E., 2007, *The Formalisation of Informal Care Work. The Case of Austria*, in Ungerson C. e Yeandle S. (a cura di), *Cash for Care in Developed Welfare States*, Palgrave, Londra, pp. 13-31.
- Österle A. e Heitzmann K., 2009, *Welfare State Development in Austria: Strong Traditions Meet New Challenges*, in Schubert K., Hegelich S. e Bazant U. (a cura di), *The Handbook of European Welfare Systems*, Routledge, Londra, pp. 31-48.
- Österle A. e Rothgang H., 2010, *Long-term Care*, in Castles F.G., Leibfried S., Lewis J., Obinger H. e Pierson C. (a cura di), *The Oxford Handbook of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford, pp. 378-390.
- Österle A., Meichenitsch K. e Mittendrein L., 2011, *Long-term Care in Austria: Between Family Orientation, Cash for Care and Service Provision*, in Österle A. (a cura di), *Long-term Care in Central and South Eastern Europe*, Peter Lang, Francoforte, pp. 41-66.
- Pfeil W.J., 1994, *Die Neuregelung der Pflegevorsorge in Österreich*, Ögb Verlag, Vienna.
- Pfeil W.J., 1996, *Bundespflegegeldgesetz und landesgesetzliche Pflegegeldregelungen*, Ögb Verlag, Vienna.
- Schmid T., 2009, *Hausbetreuung. Die Legalisierungs-Policy in Österreich*, in Larsen C., Joost A. e Heid S. (a cura di), *Illegale Beschäftigung in Europa. Die Situation in Privathaushalten älterer Menschen*, Rainer Hampp Verlag, Monaco, pp. 53-78.
- Streeck W. e Thelen K., 2005, *Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies*, in Streeck W. e Thelen K. (a cura di), *Beyond Continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press, Oxford, pp. 1-39.

- Streissler A., 2004, *Geriatrische Langzeitpflege. Eine Analyse aus Österreichischer Sicht*, «Wirtschaft und Gesellschaft», vol. 30 (2), pp. 247-271.
- Tálos E. e Wörister K., 1994, *Soziale Sicherung im Sozialstaat Österreich. Entwicklungen, Herausforderungen, Strukturen*, Nomos Verlag, Baden-Baden.
- Weicht B., 2010, *Embodying the Ideal Carer: The Austrian discourse on Migrant Carers*, «International Journal of Ageing & Later Life», vol. 5 (2), pp. 17-52.

Traduzione dall'inglese a cura di Bruno Rossi