indice

RPS

Nota del Direttore 7

Le politiche per la non autosufficienza in Europa. Presentazione della ricerca 11
Celina Cesari

Introduzione 15
E.P., C.R.

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranci 19
Le riforme della *long-term care* in Europa. Ipotesi e strumenti per l'analisi comparata

Trasformazioni e processi inerziali nei regimi familistici di cura

Giuliana Costa 49
Le politiche per la non autosufficienza in Italia: un caso di cambiamento graduale senza riforme

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego 81
Le politiche per la non autosufficienza in Spagna: un sistema ibrido tra cura familiare e istituzionalizzazione del rischio

Trasformazioni e processi di ricalibratura nei regimi ad orientamento universalistico

Gabrielle Meagher, Marta Szebehely 115
Le politiche per la non autosufficienza in Svezia: tendenze, attori e conseguenze

Viola Burau, Hanne Marlene Dahl 151
Percorsi di trasformazione delle politiche
per la non autosufficienza in Danimarca

Barbara Da Roit 177
Le riforme per la non autosufficienza nei Paesi Bassi

Caroline Glendinning 205
Le riforme delle politiche per la non autosufficienza
in Inghilterra: una storia lunga e incompiuta

Trasformazioni e lente evoluzioni
nei regimi a tradizione assicurativa

Hildegard Theobald, Sarah Hampel 243
Cambiamento istituzionale e graduale trasformazione
dell'assicurazione obbligatoria
sulla non autosufficienza in Germania

Blanche Le Bihan, Claude Martin 273
Il percorso francese verso una politica per la non autosufficienza:
specificità, natura del processo e soggetti coinvolti

August Österle 301
La riforma del *long-term care* in Austria:
emersione e sviluppo di un nuovo pilastro del welfare state

Comparazioni e conclusioni

Francesca Carrera, Emmanuele Pavolini, 331
Costanzo Ranci, Alessia Sabbatini
Domanda, misure e assetti del *long-term care* nei paesi europei:
un quadro comparativo

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranci 373
Il processo di riforma nelle politiche per la non autosufficienza
nei paesi dell'Unione Europea: un tentativo di interpretazione

Fuori dal tema

Giovanni B. Sgritta, Fiorenza Deriu 409
Housing matters: invecchiamento,
politiche abitative e innovazione

Stefano Giubboni 447
I diritti sociali in Europa
dopo il Trattato di Lisbona

Rubrica

OSSERVATORIO EUROPA 477
Ose - European social observatory con *Osservatorio europeo Inca - Bruxelles*
Nota periodica di informazione sulle principali notizie relative all'azione sociale della Ue

Gli autori 497

English Abstracts 501

Call for paper 509

Nota del Direttore

La scelta del tema monografico di questo fascicolo di «Rps» nasce da una constatazione semplice e da altre, più complesse, considerazioni.
L'evidenza quotidiana segnala infatti come i limiti di crescita dell'intervento pubblico nel campo dei servizi sociali, acuiti di recente dalla crisi finanziaria in cui versa l'Europa intera, e i rapidi cambiamenti socio-demografici in atto nell'ultimo ventennio in tutto il continente, impongono una riflessione approfondita sulle modalità percorribili a livello nazionale ed europeo per far fronte ai bisogni di cura e di assistenza della popolazione anziana, soprattutto della quota crescente di persone con età superiore agli ottant'anni. L'invecchiamento della popolazione fa, infatti, emergere due problemi principali: da un lato è cresciuto il numero degli anziani che vivono soli o per i quali la rete dei sostegni familiari si è indebolita, e che richiedono dunque un sostegno pubblico, spesso maggiore di quanto i programmi attuali siano in grado di garantire; dall'altro crescono le pressioni finanziarie esercitate sui programmi tradizionali di intervento, sia di tipo sanitario che assistenziale, a causa dell'accresciuto peso della domanda sociale, ma anche della forte pressione oggi presente sui bilanci pubblici di pressoché tutti i paesi europei.
Ed è evidentemente a questo insieme contraddittorio di cose che è da ricondursi, in chiave decisamente problematica, sia la difficoltà che i vari sistemi di welfare incontrano nel definire e realizzare riforme delle politiche per la non autosufficienza in grado di affrontare questa nuova emergenza sociale semplicemente per come è (attribuendo risorse aggiuntive al sistema e programmando interventi capaci di alleviare il bisogno e la sofferenza degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie), sia l'andamento prevalentemente inerziale – quando non di *stop-and-go* – dei processi di riforma istituzionale in corso nei diversi paesi europei. Questi ultimi ne rappresentano, come la ricerca di seguito pubblicata dimostra, le note dominanti, insieme a diffusi aggiustamenti in termini di ricalibratura delle politiche e degli interventi in essere, con ridefinizioni sia in termini di struttura, che di tipo di offerta.
Questo, a nostro avviso, l'insieme – qui molto sinteticamente illu-

strato – di ragioni per cui la ricerca comparativa pubblicata in questo numero di «Rps», coordinata da Costanzo Ranci ed Emmanuele Pavolini, offre significativi motivi di interesse. Essa fornisce ai decisori pubblici, agli operatori, agli studiosi e al sindacato informazioni e analisi essenziali – e in questa forma comparativa inedite – sull'impegno, le direzioni e i risultati in termini di capacità di risposta da parte di numerosi sistemi nazionali di welfare a questo crescente e ineludibile nuovo ambito della domanda sociale. Ma non solo questo. L'analisi comparativa qui pubblicata ha infatti inoltre, a parere di chi scrive, il pregio di illuminare, oltre il suo pur complesso oggetto specifico, processi più generali oggi in corso nel faticoso sforzo di riassetto dei sistemi di welfare, compressi tra una domanda sociale crescente e stringenti limitazioni delle risorse. Alla luce di tutto ciò riteniamo inoltre che questa ricerca fornirà ad analisti e decisori italiani un utile materiale di conoscenza a supporto dei loro studi e decisioni, considerata la povertà consolidata dell'offerta pubblica di cura in questo settore (e non soltanto) presente nel nostro paese, e dunque la particolare scivolosità e insostenibilità sociale, nel nostro caso, di processi di tipo inerziale.

La parte non monografica del fascicolo ospita due contributi rivolti all'analisi di due diverse problematiche.

Il primo articolo, di cui sono autori Giovanni Battista Sgritta e Fiorenza Deriu, prosegue idealmente la riflessione già al centro della monografia e relativa alle soluzioni che i sistemi di welfare europei stanno elaborando in risposta alla questione dell'invecchiamento. Oggetto dello studio di Sgritta e Deriu è lo sviluppo, per la verità ancora limitato, dei vari modelli e soluzioni di *co-housing* rivolto agli anziani, sperimentati in varie parti d'Europa. Oltre al policy mix (di politiche abitative e socio-assistenziali), le variabili più determinanti riguardano i tipi di equilibrio fra soggetti pubblici e privati e il grado e le modalità di integrazione fra segmenti diversi di popolazione interessata: un'attenzione ricorrente è volta a evitare soluzioni ghettizzanti la terza e quarta età.

Il secondo contributo di questa parte del fascicolo, di cui è autore Stefano Giubboni, illustra il percorso storico che ha portato con il Trattato di Lisbona alla garanzia dei diritti sociali fondamentali a livello di Unione europea, ponendo nelle conclusioni il tema attualissimo della necessità di una rinnovata «politicizzazione» della dimensione sociale europea, oggi ancor meno che in passato esclusivamente demandabile al cosiddetto «dialogo fra le Corti».

Conclude la pubblicazione la nota periodica informativa sull'azione sociale della Ue. I temi affrontati riguardano in questo caso alcuni dei passaggi più significativi del recente dibattito europeo, fra cui la governance economica, con il rafforzamento del Fondo europeo di stabilità finanziaria e l'introduzione del Meccanismo europeo di stabilità, una sorta di fondo monetario europeo. Vengono anche analizzati i principali interventi sulle politiche sociali: il riferimento è alla ridefinizione del cosiddetto «Pacchetto Monti-Kroes» sui servizi d'interesse generale, la revisione dei fondi strutturali e della politica europea di coesione, la questione dell'aiuto alimentare ai cittadini europei più poveri (ancora in stallo) e infine il tema della responsabilità sociale d'impresa oggetto di una comunicazione della Commissione.

M.L.M.

Le politiche per la non autosufficienza in Europa. Presentazione della ricerca

Celina Cesari

Nel fascicolo viene pubblicata una interessante analisi comparata delle politiche per la non autosufficienza (*long-term care*, Ltc) adottate da alcuni Stati europei, esaminando le trasformazioni e i processi di riforma che stanno interessando numerosi Stati europei con diversa storia e tradizioni di welfare e spaziando dunque dall'Italia alla Spagna, dalla Danimarca alla Svezia, dai Paesi Bassi alla Germania, per arrivare a Francia, Inghilterra, Austria.

Colpisce, nella lettura dei saggi, la profondità delle differenze tra i diversi paesi, riconoscibili nell'attenzione che i decisori istituzionali riservano al tema, nella coerenza con la quale procedono all'attuazione di politiche dedicate, nell'entità dei finanziamenti pubblici assegnati, nella vastità del perimetro preso a riferimento, nell'intersecazione con le forme più tradizionali del welfare, quali la sanità o la previdenza, e nell'ampiezza della popolazione coinvolta nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

La ricostruzione dei provvedimenti adottati nei singoli paesi si accompagna alla descrizione del ruolo svolto dai diversi attori sociali, e rende conto dell'esistenza di un dibattito pubblico in relazione al problema della non autosufficienza che non sempre produce come esito l'adozione di leggi e provvedimenti strutturati. Il caso italiano è, da questo punto di vista, esemplare.

È interessante ripercorrere la storia delle politiche per la non autosufficienza esercitate nel vecchio continente nell'ultimo ventennio, perché ci aiuta a comprendere come l'adozione e la pratica di tali politiche è destinata a produrre innovazioni e cambiamenti istituzionali.

Né potrebbe essere diversamente. La non autosufficienza rappresenta infatti un insieme di bisogni relativamente «nuovi» e coinvolge in modo diretto altri soggetti sociali riconoscibili nella figura del «caregiver».

Come scrivono Emmanuele Pavolini e Costanzo Ranci, nei paesi che hanno proceduto con più convinzione lungo la strada delle riforme si possono registrare cambiamenti istituzionali, innovazioni politiche e, a differenza degli altri settori del welfare state sottoposti a forme di restrizione nell'entità dei finanziamenti dedicati, uno stanziamento di risorse pubbliche decisamente rafforzato. L'allargamento delle respon-

sabilità pubbliche ha prodotto poi l'aumento quantitativo dei soggetti destinatari delle cure e dei benefici con il conseguente riconoscimento di nuovi diritti sociali. In sostanza, le politiche di Ltc rappresentano uno degli indicatori principali per valutare la capacità di innovare il welfare italiano ed europeo.

La lezione più preziosa del lavoro di ricerca qui pubblicato sta proprio nell'aver sottolineato come solo politiche pubbliche condotte con coerenza possono assicurare uguaglianza nell'accesso alle cure e pari opportunità nella possibilità di ricevere sostegno nelle fasi di difficoltà, al di là degli strumenti adottati, delle modalità organizzative scelte per la strutturazione dei servizi e delle prestazioni, e dell'ampiezza dei destinatari.

Proprio in questo momento tutti i paesi europei devono affrontare la drammatica emergenza determinata dalla crisi finanziaria e dai suoi riverberi sull'economia reale e sulla condizione sociale dei cittadini.

L'adozione di politiche restrittive nella spesa pubblica, dettate dalla dottrina neoliberista, comporta il fondato rischio di lacerazione del contratto di convivenza civile fondato sul contrasto all'esclusione sociale, sull'inviolabilità dei diritti di cittadinanza e sul riconoscimento di diritti sociali che ha assicurato in Europa pace e democrazia negli ultimi sessanta anni.

Il patto sociale fondato sui diritti del lavoro e sulla redistribuzione della ricchezza attraverso lo stato sociale oggi è indebolito con il conseguente aumento dei divari tra il nord e il sud d'Europa, la crescita delle disuguaglianze sociali e delle povertà vecchie e nuove. Per la prima volta dal dopoguerra ad oggi, cittadini che avevano conosciuto un allargamento dei diritti e delle possibilità si trovano a vivere una perdita di status, un'assenza di prospettive, un'impossibilità a progettare il futuro.

Di fronte a questa situazione si afferma con forza la necessità di costruire una nuova Europa, non più solo economica, ma dotata di sovranità politica condivisa da tutti gli Stati che la compongono.

A tale cambiamento possono concorrere solo paesi in condizioni di stabilità, in grado di spingere i partner dell'Unione a fare più Europa, a dotare il bilancio dell'Unione di più risorse, ad avere l'audacia di accomunare il debito attraverso gli eurobond, a riaprire la strada dell'Europa sociale.

Questo è l'unico modo per ricostruire le condizioni per un nuovo modello di crescita e di sviluppo. Solo con un nuovo patto, con la coerente assunzione di misure finalizzate alla riduzione delle disugua-

glianze, con la corrispondente riscrittura delle regole, dei diritti e dei doveri della cittadinanza si può garantire la coesione sociale necessaria per affrontare le difficili sfide del risanamento e della crescita in un mondo globale.

L'Italia può fare molto in questa direzione a condizione di intraprendere con forza il cammino dell'equità e della giustizia sociale.

Il Governo Monti finora si è rappresentato come l'esecutivo tecnico che sul welfare ha confermato i tagli operati dal precedente Governo Berlusconi e inasprito le norme previdenziali. Ad oggi non conosciamo gli indirizzi di riforma del welfare che si intendono intraprendere, ma se è vero che la democrazia si nutre di legami sociali fondati sull'uguaglianza dei diritti e dei doveri, il welfare non può che essere proposto come strumento di inclusione e di equità.

Il welfare quindi non può essere relegato tra i capitoli di spesa improduttiva, ma è parte dell'investimento per una crescita intelligente e solidale.

Nel nostro paese, dove il campo della cura alla persona non autosufficiente è delegato alla famiglia e alla crescita abnorme del lavoro sommerso, la strutturazione e lo sviluppo di una rete integrata di servizi sociali e sociosanitari diventano strumento di riconoscimento dei diritti universali di cittadinanza, di coesione sociale, ma anche elemento concorrente alla qualità dello sviluppo e della crescita occupazionale. Le prestazioni e i servizi attinenti ai Livelli essenziali delle prestazioni sociali (Leps) possono contribuire, sia pure in un percorso graduale, al superamento dell'emergenza che coinvolge il nostro paese.

Per questo motivo la costruzione dei Leps non rappresenta un lusso da rinviare a tempi migliori, né può essere affidata all'improvvisazione. Merita, al contrario, approfondimento, attenzione ai destinatari, responsabilità istituzionali, partecipazione democratica, qualità degli interventi, coerenza nell'attuazione.

Introduzione

E.P., C.R.

Sono diversi i paesi europei che hanno avviato, nelle ultime due decadi, politiche innovative nel campo della *long-term care*. Le dinamiche demografiche e di cambiamento nell'organizzazione familiare, da un lato, e quelle inerenti alla necessità di comprimere i crescenti costi assistenziali e sanitari, dall'altro, hanno infatti generato una diffusa esigenza di ricalibratura dei sistemi di welfare. Le innovazioni introdotte hanno così perseguito l'obiettivo generale di trovare nuovi equilibri tra l'esigenza di contenimento della spesa pubblica e quella di offrire una copertura assistenziale più ampia per la popolazione anziana non autosufficiente, facendo così della *long-term care* un campo di sperimentazione paradigmatico delle potenzialità di innovazione dei welfare europei.

In alcuni paesi, a partire dalla Germania, da tempo sono stati introdotti programmi pubblici di tipo assicurativo volti a garantire su base universalistica l'assistenza alle persone non autosufficienti. In altri paesi, come in Austria e in Francia, l'introduzione di programmi nazionali di assistenza ai soggetti non autosufficienti è avvenuta parallelamente allo sviluppo di misure finalizzate a sostenere finanziariamente la cura familiare oppure l'acquisto di servizi sul mercato privato. I paesi del Nord Europa hanno reagito in modo variabile: alcuni, come la Svezia e l'Inghilterra, hanno ristretto i criteri di eleggibilità attraverso misure di targeting, riducendo il volume complessivo dei servizi disponibili alla popolazione anziana; altri, come la Danimarca, hanno invece mantenuto il precedente assetto universalistico e ad ampia copertura dei bisogni di cura. Infine, anche i paesi dell'area mediterranea hanno avviato percorsi differenziati: mentre la Spagna ha introdotto da pochi anni una misura nazionale di protezione per i non autosufficienti, l'Italia – anche per via dell'esistenza, di un programma di sostegno monetario (l'Indennità di accompagnamento) introdotto già negli anni ottanta ma pensato sui bisogni quantitativamente e qualitativamente diversi dagli attuali (i disabili giovani e adulti e non tanto quelli anziani) – non ha modificato in modo sostanziale il sistema esistente. In entrambi questi paesi, pur in presenza di processi istituzionali diversi, è tuttavia cresciuto, a fianco dell'intervento pubblico (e spesso utilizzando le stesse risorse pubbliche), un ampio, quanto poco

e male regolato, mercato privato della cura, alimentato dall'offerta di una larga massa di lavoratrici di cura di nazionalità straniera.

Nel complesso queste innovazioni, pur indicando soluzioni organizzativamente e istituzionalmente diversificate e per diversi aspetti coerenti con i modelli di welfare già esistenti nei diversi paesi, indicano una direzione di cambiamento convergente nelle forme di erogazione dei servizi assistenziali. Mancava tuttavia, sino ad oggi, una riflessione che confrontasse in modo puntuale e sistematico i diversi programmi, identificandone differenze e punti di contatto, e che fosse orientata a comprendere quali fossero state le condizioni sociali, politiche e istituzionali che hanno reso possibili i vari tipi di innovazione avvenuti in questo campo di policy. Un punto importante da comprendere non solo per ragioni scientifiche, ma anche per ragioni politiche e contestuali; perché è proprio l'innovazione il punto dolente del nostro paese, che non è stato capace, a dispetto dei tanti allarmi lanciati e delle tante promesse annunciate, di operare alcun cambiamento sostanziale nelle sue politiche di tutela della non autosufficienza. Il cambiamento così, se c'è stato, va ricondotto a processi spontanei di mutuo aggiustamento tra cittadini e lavoratori della cura, che la regolazione pubblica si è limitata a certificare soltanto *ex post* (come è accaduto, ad esempio, allorché il governo italiano emise un decreto che regolarizzava la presenza delle «badanti», in controtendenza all'irrigidimento delle norme di accesso al nostro paese per tutte le altre categorie di lavoratori extracomunitari).

La ricerca che viene presentata in questo numero di «Rps» offre una riflessione comparativa a livello europeo, che auspichiamo sostenga, attraverso maggiori conoscenze fattuali e quadri interpretativi complessivi, non solo l'apprendimento reciproco all'interno del quadro europeo, facilitando l'assunzione di maggiori responsabilità da parte dell'Unione europea in questo campo di policy, ma anche un processo di riforma degli interventi di *long-term care* in Italia.

La ricerca è stata condotta grazie al sostegno offerto dallo Spi-Cgil. Grazie ad esso è stato possibile formare un gruppo internazionale di lavoro, composto da esperti che da tempo studiano l'implementazione dei programmi di *long-term care* nei paesi in cui sono osservabili processi significativi di innovazione o di aggiustamento: Danimarca, Francia, Germania, Inghilterra, Italia, Paesi Bassi, Spagna, Svezia. Il gruppo di lavoro ha predisposto, attraverso diversi seminari interni, un comune *framework* analitico che è stato utilizzato per l'analisi comparata dei programmi realizzati nei diversi paesi.

Il testo che qui si offre al lettore presenta, oltre agli studi nazionali, un saggio introduttivo che illustra il *framework* analitico adottato dai diversi autori, un articolo che analizza i differenti sistemi europei in chiave comparata, un saggio finale che presenta un quadro interpretativo generale. La presentazione dei casi nazionali avviene raggruppando i paesi in tre regimi di cura: il regime universalistico, sviluppato soprattutto nei paesi scandinavi e nei Paesi Bassi, e in misura molto incompleta in Inghilterra; il regime continentale di tipo assicurativo, che raggruppa i paesi di area germanica e francofona; il regime di tipo familista, che include Spagna e Italia.

Due osservazioni di carattere generale, applicate al caso italiano, possono infine precedere la lettura dei testi.

La prima è relativa ai motivi dell'inerzia italiana. Essa sembra dipendere da molteplici fattori. Ma tre motivi sono dominanti: il forte vincolo macro economico che deriva dal debito pubblico del nostro paese (ma si tratta di un vincolo che non ha impedito, negli ultimi venti anni, una ulteriore crescita della spesa pubblica in altre direzioni); la presenza di una misura a carattere nazionale – l'Indennità di accompagnamento – che in realtà è stata nel tempo, in gran parte implicitamente, adattata alla crescita dei nuovi bisogni di *long-term care*, e che ha di fatto funzionato come un elemento di blocco per ogni ipotesi di riforma; infine, la crescita del mercato privato della cura, che ha consentito a moltissime famiglie italiane di trovare soluzioni funzionali ai problemi della cura delle persone non autosufficienti, in un quadro caratterizzato tuttavia da largo sfruttamento, ampia irregolarità contrattuale, elevati rischi di segregazione lavorativa su base etnica e, non da ultimo, da costi economici non sempre sostenibili. Una riforma sarà possibile soltanto quando tutti questi elementi verranno considerati congiuntamente, e quando le misure non saranno più solo aggiuntive o residuali rispetto ai pilastri fondamentali su cui si regge il sistema attuale.

La seconda osservazione nasce dall'esame comparato delle traiettorie di innovazione istituzionale seguite in Europa. Dall'analisi emerge chiaramente come l'innovazione istituzionale sia avvenuta, anche nei paesi che hanno rivoluzionato il sistema precedente di *long-term care*, attraverso un processo incrementale, di natura graduale, fondato soprattutto sulla manutenzione e revisione organizzativa e finanziaria del sistema esistente. Il cambiamento, in altre parole, è sempre avvenuto attraverso processi di *stop-and-go*, di revisione continua e di adattamento del sistema esistente alle pressioni provenienti tanto dal suo

interno che dall'esterno. Se questo processo non è accompagnato con attenzione dai policy maker, rendendolo oggetto di discussioni tecniche e pubbliche, anche le riforme più eclatanti rischiano di arenarsi, come insegna il caso spagnolo. Una riforma delle forme di tutela per la non autosufficienza in Italia richiede dunque due passaggi fondamentali: una visione strategica ampia, capace di ridiscutere e rielaborare diritti, criteri di esigibilità, meccanismi e forme di erogazione dei servizi, da un lato; una forte attenzione alle possibilità di innovazione incrementale a partire dai programmi esistenti, dall'altro. Ci auguriamo che questo numero di «Rps» possa contribuire, in una fase storica segnata soprattutto da tagli e sacrifici, a ridisegnare il nostro sistema di *long-term care*: una revisione che proprio le misure recenti finalizzate a ridurre i benefici di welfare rendono in realtà ancora più urgente.

Le riforme del *long-term care* in Europa. Ipotesi e strumenti per l'analisi comparata

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranci

Il saggio propone una serie di ipotesi e di strumenti per analizzare le caratteristiche e le trasformazioni delle politiche per la non autosufficienza (Ltc) in Europa. La prima parte del saggio è dedicata ad una definizione del campo delle politiche di Ltc, dato che i confini di tali politiche sono tracciati in maniera differente a seconda del paese. La seconda parte del saggio si concentra sui fattori socio-politici che hanno spinto verso il cambiamento nelle politiche di Ltc nell'ultimo ventennio. Si propone poi una cassetta degli attrezzi per ricostruire quali siano i meccanismi istituzionali attraverso cui il cambiamento è avvenuto in questo campo delle politiche, focalizzando l'attenzione sugli attori coinvolti e le modalità con cui scelte innovative sono state compiute e implementate.

1. Introduzione

Le politiche di *long-term care* (Ltc[1]) sono uno dei campi del welfare che negli ultimi dieci-quindici anni ha sperimentato, in tutta l'Europa occidentale, cambiamenti istituzionali e innovazioni politiche. In contrasto con ciò che ha caratterizzato, nell'ultimo ventennio, i settori prin-

[1] Secondo una definizione piuttosto ampia del termine, le politiche di *long-term care* sono «una gamma di servizi rivolti a persone con un grado ridotto di capacità funzionale, fisica o cognitiva, e che perciò dipendono, per un prolungato periodo di tempo, dall'aiuto nelle cosiddette Adl (*Activities of daily living*), come lavarsi, vestirsi, cibarsi, sdraiarsi, rialzarsi o sedersi su una sedia, deambulare e usare i servizi igienici. La cura personale viene solitamente offerta in combinazione con quella medica, attraverso servizi quali l'aiuto per la medicazione, la gestione del dolore, i trattamenti medici, il monitoraggio delle condizioni di salute, la prevenzione, la riabilitazione, così come servizi di cure palliative. I servizi di Ltc possono inoltre essere associati a cure di livello più basso, relative all'assistenza nelle cosiddette Iadl (*Instrumental activities of daily living*), come l'aiuto nelle mansioni domestiche, per i pasti, gli acquisti e i trasporti» (Ocse, 2009). Questa definizione, tuttavia, ha il difetto di non considerare fattori come il basso reddito, le privazioni materiali, la povertà e l'angoscia abitativa, che spesso sono associati alla non autosufficienza.

cipali delle politiche sociali (ad esempio, il servizio sanitario e il sistema previdenziale), dove la tendenza dominante è stata quella di tentare di ridurre, o perlomeno di non accrescere, l'intervento pubblico – le politiche di *long-term care* hanno visto una crescita complessiva del finanziamento pubblico, un aumento dei beneficiari, e, più in generale, un allargamento delle responsabilità pubbliche e, quindi, dei diritti sociali. I contributi presentati in questo numero di «Rps» intendono descrivere questa tendenza generale, identificando i fattori che la possono spiegare, le principali differenze che intercorrono tra i paesi europei e alcune delle conseguenze più rilevanti.

Le politiche di Ltc rappresentano una delle principali spie per valutare la capacità innovativa del welfare europeo. I sistemi di welfare contemporanei non hanno sinora riconosciuto il bisogno di cura come un rischio sociale, e il lavoro di cura come un'attività sociale da sostenere e promuovere. Per molti decenni, infatti, l'attività di cura è stata considerata soprattutto come un dovere privato o come un'attività individuale (o della comunità), da sostituire con l'intervento pubblico solo in circostanze molto particolari (come la mancanza di relazioni familiari, la solitudine, la povertà, una disabilità grave). Negli ultimi due decenni, i cambiamenti istituzionali che hanno investito le politiche di Ltc sembrano corrispondere ad un riconoscimento più chiaro e più ampio della cura come bisogno fondamentale dei cittadini e come un diritto sociale. Un risultato paradossale, se si considerano il momento e le condizioni specifiche in cui questo processo ha avuto luogo. Gli anni novanta e duemila saranno generalmente ricordati come una fase storica caratterizzata da tagli nel settore del welfare (o comunque da tentativi di riduzione) e da una limitazione nell'offerta di servizi pubblici. Le tendenze manifestatesi nel settore delle politiche di Ltc vanno invece nella direzione opposta in molti paesi. Come ciò è possibile in tempi di contenimento dei costi e di risparmio nel settore del welfare? Quali sono state le principali forze trainanti e gli ostacoli maggiori in questo processo? Quali attori sociali e istituzionali sono stati attivati per ottenere questo risultato? E quali sono, infine, gli impatti sociali e politici di questi cambiamenti?

Lo studio dei cambiamenti occorsi nel settore delle politiche di Ltc in Europa può gettare luce sulle condizioni e sui processi socio-politici suscettibili di introdurre possibilità di cambiamento nei sistemi di welfare, in tempi in cui la sfida è quella di rispondere ai nuovi bisogni sociali nonostante le forti riduzioni di bilancio. Pertanto la nostra analisi si concentra su due aspetti, egualmente rilevanti:

- *come si sono verificati i cambiamenti istituzionali nel settore delle politiche di Ltc*, analizzando i fattori, i meccanismi e gli attori rilevanti per interpretare le riforme delle politiche (paragrafi 3 e 4), data una certa definizione del settore delle politiche di Ltc (paragrafo 2);
- *i contenuti e gli esiti delle politiche di Ltc*, studiandone scopi, strumenti ed effetti (paragrafo 5).

Il cambiamento istituzionale delle politiche di Ltc non è un processo unidirezionale; esso ha assunto molteplici configurazioni e ha suscitato, nelle diverse esperienze nazionali, impatti differenti. Mentre alcuni Stati hanno completamente riprogettato l'impostazione delle loro politiche di Ltc, altri ne hanno cambiato solo alcuni aspetti, o hanno solamente ridotto la generosità dei programmi precedenti. In conseguenza di questi cambiamenti, la classica categorizzazione dei paesi europei in base ai diversi regimi di cura (si veda oltre) è stata messa parzialmente in discussione (Bambra, 2006). Lo scopo di questa ricerca è identificare comunanze e specificità nell'ambito di questo processo, e di fornire un'interpretazione generale della direzione presa da questi cambiamenti in Europa.

Al fine di comparare le traiettorie di ciascun paese, è necessario sviluppare una cornice teorica comune.

2. Le politiche di Ltc: definizione di un settore tradizionalmente poco istituzionalizzato

Se definire la non autosufficienza è relativamente facile, lo è meno spiegare cosa esattamente sia una politica di Ltc. Si tratta di una questione di centrale importanza per ragioni sia teoriche che empiriche. Come osservato più di trentacinque anni fa da Heclo e Wildavsky (1974), una politica è una «variabile» e non una costante: i confini di una politica variano nel tempo, sono controversi e sono criticati da diversi attori. Pertanto concentrarsi sulle politiche di Ltc implica, come prerequisito, un compito complesso: è necessario infatti definire il settore delle politiche di Ltc come oggetto di analisi, basandosi anche sulla definizione che ne danno i diversi attori e la normativa.

Si tratta di un compito meno banale di quanto possa sembrare, per una serie di motivi:

- innanzitutto, le politiche di Ltc, a prescindere dalla definizione che ne diamo, sono un settore molto meno istituzionalizzato di altre politiche di welfare (come ad esempio la sanità, l'educazione, la

previdenza sociale, ecc.), per il semplice motivo che il bisogno di politiche di *long-term care* è un rischio sociale relativamente «nuovo» rispetto ad altri (povertà, disoccupazione, ecc.) (Taylor Gooby, 2004);

- in secondo luogo, si tratta di un settore di politiche legate ad un concetto solo apparentemente chiaro (una politica rivolta a persone che necessitano di cure a lungo termine): il quadro si complica non appena si cominciano a considerare altri problemi (ad esempio, è una politica rivolta solamente a coloro che ne necessitano direttamente, oppure si vogliono considerare anche, e in tal caso in che misura, le rispettive famiglie, i caregiver informali e i loro bisogni?);
- infine, poiché il bisogno di cure a lungo termine sta conoscendo un aumento in un contesto di relativo basso grado di istituzionalizzazione delle politiche, diventa centrale e problematica anche la questione di quando una nuova arena di politiche di Ltc sia cominciata e da quale altro settore di politiche sia stata originata. Mény e Thoenig (1989), nel loro determinante lavoro sulle politiche pubbliche, sostengono che studiare come avviene «l'identificazione di un problema», come un problema degno di soluzioni pubbliche da parte di attori politici, sia il primo passo al fine di analizzare un settore di politiche. L'identificazione può essere studiata in termini di come una data questione viene: percepita, definita, presentata alle autorità pubbliche da diverse organizzazioni di interesse.

Per questi motivi, abbiamo adottato la seguente strategia di ricerca per definire cosa intendiamo con il concetto di politiche di Ltc. Abbiamo cercato di essere meno «soggettivi» possibile, e pertanto abbiamo analizzato tutto ciò che viene situato sotto l'ombrello delle «politiche di Ltc», nonché il dibattito nei diversi paesi europei, ottenendo un elenco delle principali dimensioni/questioni che definiscono empiricamente tali politiche in ciascun paese. Una visione d'insieme che ha fornito come risultato un elenco di dimensioni presenti nelle diverse definizioni nazionali e nelle arene delle politiche di Ltc, ma che non hanno necessariamente la stessa rilevanza in ogni paese:

- *social care*, intendendo con ciò servizi di sostegno rivolti a persone non autosufficienti attraverso l'assistenza per le attività quotidiane di base (es. lavarsi, vestirsi, cibarsi, fare acquisti, ecc.);

- *sanità*, cioè il sostegno attraverso servizi medici di base (es. medicazione, riabilitazione, ecc.);
- *sostegno al reddito* per i bisogni supplementari della persona non autosufficiente o per integrare il suo reddito;
- *supporto alla conciliazione cura-lavoro*, per i caregiver informali, sia per consentire loro (attraverso sussidi) di tenersi fuori dal mercato del lavoro, sia per aiutarli a mantenere l'impiego offrendo loro servizi o licenze speciali;
- *politiche di impiego* per creare opportunità lavorative in decenni difficili segnati da trasformazioni del mercato del lavoro (gli anni novanta hanno registrato un alto livello di disoccupazione in diversi paesi europei);
- *disabilità e ciclo di vita delle persone*: potrebbe avere un impatto notevolmente diverso (in termini di problem setting, servizi da implementare, ecc.) in base a come vengono definite le politiche di Ltc, se rivolte cioè a tutte le persone non autosufficienti oppure solo a quelle anziane.

Abbiamo quindi delineato un ipotetico perimetro del settore delle politiche di Ltc, a forma esagonale, nella consapevolezza che in ogni paese questo perimetro assume forme diverse, e che alcuni lati dell'esagono possono risultare più lunghi o più corti in un paese piuttosto che in un altro.

Adottare una definizione molto ampia delle politiche di Ltc, in relazione alle loro interazioni con altri settori di politiche sociali molto più istituzionalizzati (come la sanità, ecc.), ci aiuta non solo a studiare la «forma» delle politiche (i loro limiti), ma anche a relazionarci con i contenuti e le forme del cambiamento istituzionale. In base all'approccio neo-istituzionalista (March e Olsen, 1989), potremmo aspettarci – una volta che le politiche di Ltc siano state inquadrate, in un determinato paese, in un certo modo da parte di una serie di attori, e a meno che non succeda qualcosa di rilevante (ad esempio, un ampio cambiamento nei bisogni delle persone) – che la definizione specifica del campo abbia un impatto su come le politiche di Ltc si svilupperanno. Come spiegato precedentemente, la sanità, le politiche di impiego, le politiche di cura e il sostengo al reddito sono settori relativamente più istituzionalizzati delle politiche di Ltc. Ognuno di questi settori di politiche ha la propria costellazione di attori e specifiche istituzioni. Il prevalere, in un paese, di alcune dimensioni delle politiche di Ltc avrà effetti sul modo in cui il problema sarà configurato,

sul ruolo che avranno in quel campo gli attori, sull'applicazione delle regole e, soprattutto, sulle soluzioni che verranno proposte e adottate. Sul piano empirico, nella presente ricerca, al fine di delineare quale reale forma hanno assunto le politiche di Ltc in un dato paese, è necessario prestare attenzione a due aspetti: il primo riguarda la formazione delle definizioni e delle decisioni, e il secondo l'implementazione. Due aspetti che hanno a che vedere con il livello di «integrazione», interno al campo delle politiche di Ltc, delle diverse dimensioni (*social care*, sanità, ecc.):

- quali sono le principali dimensioni che sorgono nelle definizioni nazionali di Ltc (preoccupazioni per la sanità o per la *social care*, conciliazione, disabilità, sostegno al reddito?) e, soprattutto, esiste un settore riconosciuto chiamato «politiche di Ltc», o vi sono piuttosto diversi settori e arene collegati tra loro in modo più «approssimativo» (*social care*, assistenza sociale, ecc.), con alcune sovrapposizioni ma senza integrazioni tra loro, e vengono percepite e interpretate come tali?
- qual è il livello di integrazione delle diverse dimensioni delle politiche pubbliche, in relazione alle esigenze delle persone non autosufficienti? In altre parole, quanti *social care*, sanità, sostegno al reddito ecc., vengono offerti in modo separato e parallelo alle persone con problemi di autosufficienza (attraverso diverse istituzioni e organizzazioni, con diverse logiche di funzionamento e livelli di coordinamento tra di loro), oppure sono piuttosto inseriti in pacchetti integrati e in agenzie di intervento?

3. Tra Scilla e Cariddi: opportunità e vincoli del cambiamento delle politiche di long-term care

In questo paragrafo vengono individuati i principali fattori che hanno aperto la strada ai cambiamenti istituzionali che, negli ultimi venti anni, hanno interessato le politiche di Ltc in Europa. Si tratta di un aspetto che nella teoria comparata del welfare viene comunemente indicato con l'espressione «*problem pressure*». I problemi possono essere esogeni quanto endogeni rispetto al welfare state: da una parte, le trasformazioni socio-economiche possono dare luogo a nuove esigenze sociali, a cui le misure in vigore non rispondono adeguatamente; dall'altra parte i vincoli finanziari o politici possono richiedere cambiamenti della struttura istituzionale esistente. Di conseguenza, la *problem*

pressure può essere considerata come un'opportunità per ampliare l'intervento pubblico, ma anche come un ulteriore vincolo che richiede una significativa riduzione dei preesistenti programmi pubblici.
Una *problem pressure* può essere intesa, secondo quanto argomentato da Ferrera (2005), come una discrepanza sempre maggiore tra i (nuovi) bisogni sociali e il repertorio di misure politiche esistente che a quei bisogni dovrebbe rivolgersi. I programmi sociali tradizionali sono soluzioni politiche pensate per risolvere problemi sorti in precedenza: ma condizioni diverse sul piano sociale e/o istituzionale possono rendere obsoleto, o inadeguato, quel repertorio di soluzioni. Un cambiamento diviene pertanto necessario, anche se non è inevitabile che esso abbia luogo. Solo nel momento in cui questo gap viene riconosciuto all'interno dell'arena pubblica, allora potrà essere aperta una «crisi delle politiche pubbliche», e l'innovazione avrà qualche possibilità di essere avviata. In questo processo, perciò, la *problem pressure* è una condizione necessaria, ma non sufficiente, affinché possano essere attivati un cambiamento istituzionale e un'innovazione politica.
L'aiuto fornito alle persone disabili (anziane) è stato storicamente una delle prime e maggiormente diffuse forme di assistenza sociale tramite l'uso di ricoveri per i poveri. Dopo la seconda guerra mondiale e fino agli anni ottanta ci sono state politiche definibili come «cura agli anziani», una definizione tuttavia in parte diversa da quella adottata oggi per le politiche di Ltc. Quelle politiche erano rivolte perlopiù agli anziani indigenti, e non tanto a persone con un grado ridotto di capacità funzionale. Il tipico strumento di intervento delle politiche di cura tradizionali è stato, fino agli anni ottanta, il ricorso a istituti residenziali per i poveri, o per gli anziani soli, talvolta (ma non necessariamente) non autosufficienti, mentre le case di cura (pensate per persone bisognose di assistenza sia medica che sociale) erano meno diffuse.
A partire dagli anni settanta, sotto la pressione di specifici gruppi di interesse, in molti paesi europei sono stati introdotti nuovi programmi pubblici al fine di rispondere al bisogno di cura e di re-integrazione sociale degli adulti con disabilità. Nonostante questa importante eccezione, comunque, nei sistemi di welfare tradizionali le malattie croniche e le non autosufficienze gravi non venivano riconosciute pienamente come particolari categorie di rischio sociale. Servizi come l'infermieristica, la riabilitazione a lungo termine e la cura erano considerati residuali, forniti perlopiù dalle famiglie, dalle organizzazioni di volontariato, dalle istituzioni pubbliche o religiose specializzate in aiuto umanitario e assistenza sociale. Solo i paesi scandinavi avevano

già sviluppato un'offerta più generosa di servizi di cura per le persone non autosufficienti.

Non è un caso che, fino all'inizio degli anni novanta, solo pochi paesi europei avessero introdotto un programma a livello nazionale che riconoscesse chiaramente la *long-term care* come un diritto sociale. I programmi pubblici erano perlopiù mirati, allora, a sostenere il reddito, e solo indirettamente i bisogni assistenziali delle persone non autosufficienti, dal momento che era la povertà, e non il bisogno di cura, ad essere considerata il vero rischio sociale da cui tutelare le persone.

Gli anni novanta sono stati il punto di svolta per le politiche di *long-term care*. Diversi e rilevanti cambiamenti sociali hanno messo sotto pressione i sistemi residuali di Ltc. La struttura demografica della popolazione è cominciata a cambiare in tutta Europa a causa del processo di invecchiamento: un effetto del miglioramento non solo delle condizioni materiali di vita della classe media, ma anche della sanità. Contrariamente a molte previsioni pessimistiche, il più alto numero di persone anziane non è stato accompagnato da un aumento della morbilità e della non autosufficienza, cosicché si è avuto un incremento solo moderato del numero di persone bisognose di cura. Se non la quantità, è stata piuttosto la qualità della cura a divenire sempre più significativa: la più alta percentuale degli anziani non autosufficienti ha infatti accresciuto il bisogno di una cura *multidimensionale*, in grado di integrare strettamente tra loro aspetti sociali e sanitari.

Se le tendenze demografiche hanno solo in parte contribuito ad accrescere la pressione per il cambiamento, sono state le trasformazioni occorse all'organizzazione sociale dei servizi di cura a mutare notevolmente il quadro generale. Per molti decenni, l'offerta di cura in tutti i paesi europei è stata garantita perlopiù dalle reti familiari. Nel 2001 Österle (2001) stimava una copertura da parte della cura informale di circa tre quarti dell'assistenza totale prestata ai disabili in Europa occidentale, arrivando ad attribuire un ruolo molto secondario alla tutela pubblica. A partire dagli anni novanta, questo sistema di sostegno inter-generazionale (implicito o esplicito che fosse) si è gradualmente indebolito, per una serie di ragioni.

In primo luogo, le trasformazioni nella forma dei nuclei familiari hanno avuto come effetto un aumento della domanda di cura, che non poteva più essere soddisfatta dagli appartenenti alla stessa famiglia: il numero degli anziani che vivevano da soli è infatti aumentato in tutti i paesi europei, mentre il numero degli anziani che vivevano coi loro figli è andato calando. Per esempio, nel 2003, in Gran Bretagna, il 55%

delle persone over 80 viveva da sola, il 60% in Germania e il 42% in Italia.

Ciò è stato determinato da un progressivo calo del potenziale di supporto delle reti parentali. Un primo fattore è stato il peggioramento del tasso di dipendenza della popolazione anziana come conseguenza della riduzione del ricambio generazionale. L'aumento del numero degli anziani, unito alla progressiva riduzione del numero dei figli per donna, ha diminuito, e sta ancora diminuendo progressivamente, la disponibilità dei caregiver familiari.

Un secondo fattore che sta indebolendo la capacità assistenziale delle reti informali è l'aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro. Gli effetti dell'aumentata occupazione femminile sulla cura informale agli anziani non sono chiari. Secondo un rapporto sulle politiche di cura in sei paesi europei (Lamura e al., 2004), l'aumento dei tassi di occupazione femminile non sta riducendo significativamente l'attività di cura quando essa necessita di poche ore per settimana, mentre l'impatto è notevolmente maggiore sull'assistenza alle persone che ne necessitano in maniera continuata, rendendo così necessario il ricorso a servizi domiciliari o il ricorso a istituti residenziali. In generale, mentre c'è incertezza sul declino del numero dei caregiver informali, è verosimile che il tempo complessivo che viene impiegato nell'attività di cura sia andato gradualmente riducendosi negli ultimi decenni.

Pertanto, la continua crescita del tasso di occupazione femminile (in special modo delle donne di età compresa tra i 40 e i 60 anni) e l'aumento del numero degli anziani non autosufficienti hanno congiuntamente portato al collasso del sistema tradizionale dominante, basato sulla famiglia. L'organizzazione delle famiglie e l'integrità delle relazioni inter-generazionali sono state sottoposte a pressioni. Inoltre, la presenza di una persona non autosufficiente in famiglie a basso reddito ha aumentato il rischio di povertà, e l'aumentato ricorso alla cura di carattere privato da parte delle persone non autosufficienti ha esposto i gruppi più poveri a ulteriori rischi. In altre parole, negli ultimi venti anni si è assistito ad una riorganizzazione sociale della non autosufficienza. Essa ha dunque messo alla prova l'integrità delle relazioni tra generazioni all'interno delle famiglie. E non sembrano facilmente individuabili altre soluzioni. La reazione tipica alla mancanza di cura familiare era l'istituzionalizzazione della persona non autosufficiente in strutture residenziali: una soluzione sempre più costosa, perché queste strutture hanno migliorato il loro livello qualitativo, e sempre

meno accettata socialmente, dal momento che sradica i pazienti dal loro contesto quotidiano.

L'alleggerimento degli impegni familiari e il conseguente aumento dei bisogni di cura hanno creato una forte pressione sui sistemi sanitari pubblici, sui programmi di sussidio *economico* mirati a sostenere il reddito delle persone non autosufficienti, e sui programmi di assistenza locale che offrono alle persone non autosufficienti istituti residenziali, cure a domicilio e servizi diurni. La domanda di questi servizi è aumentata in tempi in cui ad essere in gioco è il contenimento dei costi, piuttosto che l'aumento dei beneficiari. La pressione maggiore è esercitata dai costi crescenti degli ospedali e delle residenze di cura ad alta intensità sanitaria, ma anche i programmi di assistenza locale sono stati messi sempre più sotto pressione dalla domanda crescente di cura domiciliare e diurna. Pertanto, molti paesi hanno dovuto alleggerire le spese per la sanità e per l'assistenza sociale locale, indirizzando la crescente domanda di cura verso sistemi assistenziali meno costosi, o ridisegnando i programmi di cura pre-esistenti.

Di conseguenza è emerso un trade-off tra la necessità di prestare cura a sempre più persone non più a carico delle famiglie, e il bisogno di controllare il forte aumento della spesa pubblica, che pesa soprattutto sulla sanità. Un problema che per molti anni, come ha mostrato il dibattito pubblico che si è articolato in molti paesi durante gli anni novanta, non è riuscito a trovare una possibile via d'uscita.

Ciò ha avuto l'effetto di creare, secondo la nostra ipotesi di lavoro, la condizione per promuovere in molti paesi un cambiamento istituzionale. La sfida è stata quella di innovare al fine di riuscire a passare attraverso la Scilla dell'ampliamento dei diritti e dell'offerta di cura, e la Cariddi dei tagli alle spese pubbliche.

Come ha ipotizzato Ferrera (2005), la sola esistenza di un divario sempre più ampio tra problemi e soluzioni non permette di prevedere un'innovazione politica. Quel gap deve essere riconosciuto come problema pubblico, e nuovi attori con idee e soluzioni innovative devono avere accesso all'arena pubblica. Forze contrarie resisteranno ai cambiamenti, e da ciò scaturirà un processo decisionale. Nel campo delle politiche di Ltc, era la definizione stessa di *long-term care* a mancare del tutto, o ad essere non chiara in molti paesi. Negli Stati in cui la cura alle persone non autosufficienti rientrava già nel repertorio delle politiche, c'è stata una ridefinizione dei limiti e dei significati collegati a questo settore. In paesi in cui, invece, la *long-term care* non esisteva, si è dovuto creare un nuovo settore di politiche, e si è dovuto costruire un

consenso tra i relativi attori politici su una nuova definizione, politica e tecnica, di *long-term care*.

4. Come spiegare l'impostazione e il cambiamento delle politiche di Ltc: strumenti di analisi

Per analizzare le politiche di Ltc e il loro cambiamento occorre prendere in considerazione tre aspetti principali:

1. il problema del *perché*: quali sono le cause o i fattori associati allo sviluppo di una specifica configurazione di politiche di Ltc in un dato paese in confronto ad altri;
2. il problema del *come*: quali sono i meccanismi concreti che portano ad un cambiamento istituzionale o all'inerzia;
3. il problema del *chi*: quali sono i gruppi di attori che spingono per un cambiamento o per la stabilità, quali sono i loro valori, i loro interessi e risorse, e la loro composizione interna.

4.1 Il problema del perché: spiegazioni teoriche delle strutture istituzionali di Ltc

Si è ormai accumulata una ricerca comparativa di quasi quarant'anni sui welfare state. Dato il fatto che le *problem pressures* si verificano regolarmente nelle società moderne (nel nostro caso, la crescita dei bisogni di Ltc, per le ragioni esposte nel paragrafo 3), la maggior parte della letteratura ha studiato perché e come, pur partendo spesso da simili problemi, alcuni paesi abbiano scelto certi percorsi di riforma piuttosto che altri, e perché in dati momenti vi sia stato (o non vi sia stato) un cambiamento istituzionale.

In letteratura esistono approcci per spiegare le diverse strutture istituzionali delle politiche sociali: dalle spiegazioni economiche e culturaliste a quelle sul potere politico, a quelle neo-istituzionaliste (Hacker, 2004). Alcuni studiosi hanno provato ad adottare modelli esplicativi multi-causali per spiegare la configurazione istituzionale del welfare: ad esempio, Ferrera (2005) ed Esping-Andersen (1990), nei loro studi sulle pensioni e sulle politiche sanitarie nei paesi occidentali, sviluppano un quadro teorico in cui vengono considerate e sovrapposte diverse spiegazioni.

Nella presente ricerca, seguendo in buona parte la traccia di Ferrera (2005), abbiamo deciso di dare spazio a diverse possibili combinazioni di spiegazioni, adottando il seguente schema esplicativo (box 1).

Box 1 - Uno schema esplicativo per analizzare riforme o stabilità nell'ambito delle politiche

Vecchie soluzioni	Nuovi bisogni e problemi
0) *Problem pressure*/crisi delle politiche pubbliche	
1) Regimi di cura: 1.a) Cultura di responsabilità per la cura 1.b) Strutture di *social caring* 1.c) Condizioni delle politiche pubbliche di Ltc	
1.c.1) *Policy legacy*	1.c.2) Struttura istituzionale generale
2) Coalizioni per le riforme	
3) Riforme di politiche	

Si ha una «*problem pressure*» o una «crisi di politiche pubbliche» quando le «vecchie» soluzioni istituzionali non risultano più adeguate per fare fronte ai nuovi bisogni e ai nuovi problemi. Il semplice sorgere di nuovi bisogni non basta, però, all'avvio di riforme politiche, dal momento che la pressione passa attraverso tre principali dimensioni: impostazioni culturali, sociali e istituzionali. Data una certa combinazione di queste tre dimensioni, diverse coalizioni di attori agiranno congiuntamente per proporre o per ostacolare vari tipi di riforme (su questa questione specifica vedi il punto 4.3).

Con il concetto di *cultura di responsabilità per la cura* ci riferiamo al fatto che, studiando le strutture istituzionali del welfare, non dovrebbe essere sottostimato il ruolo dei valori culturali e l'orientamento insito in ciascun paese nel dare una forma alle politiche sociali; nello specifico, con questo termine ci riferiamo a come viene elaborato dall'opinione pubblica di un determinato paese il rapporto fra Stato e le responsabilità intergenerazionali familiari nel campo della cura verso gli adulti e gli anziani che ne necessitano (escludendo i bambini).

Col concetto di *strutture di social caring*, ci riferiamo all'organizzazione della cura nella sfera privata e pubblica (ad esempio, chiese o istituzioni di cura non-profit, professionisti della cura assunti da autorità pubbliche, fornitori privati), in grado di creare le basi per diverse percezioni e possibilità di soluzioni. Per esempio, la diffusa presenza in Italia di un mercato grigio della cura in cui vengono impiegate perlopiù donne immigrate, indipendentemente dall'offerta pubblica di servizi, è stato ed è tuttora un fenomeno socio-strutturale molto rilevante preso in considerazione nell'arena delle politiche di Ltc. Una situazio-

ne opposta si verifica nei paesi scandinavi, dove c'è una forte e consolidata presenza di offerta pubblica di servizi, che tende ad essere presa in considerazione quando si discute di questioni relative al grado di libertà di scelta da accordare alla persona non autosufficiente rispetto all'organizzazione della cura rivolta ad essa.

Con l'ultimo concetto di *struttura istituzionale* ci riferiamo alla *policy legacy* che dà forma al settore istituzionale delle politiche di Ltc in ciascun paese. La *policy legacy* riguarda il tipo di tradizione di welfare state e la sua struttura istituzionale (bismarckiana, universalistica, ecc.), specificamente in relazione al settore delle politiche di Ltc e alle politiche ad esso più vicine (quelle indicate nel paragrafo 2: servizi sociali, sanità, sostegno al reddito, ecc.). La *policy legacy* generalmente svolge un ruolo importante nelle riforme delle politiche, grazie al fatto che è una delle forze «strutturanti» con più influenza nel dibattito su quale direzione la riforma debba intraprendere: attori abituati ad uno specifico tipo di welfare state cercheranno di applicare o di adattare la struttura tradizionale alle politiche «nuove» o meno istituzionalizzate (come quelle della Ltc). Perciò, in modo specifico, con *policy legacy* ci riferiamo alla principale struttura istituzionale tradizionale della Ltc, così come alla struttura più generale del welfare state, prima dell'avvio delle riforme.

Altri aspetti più generali, legati alla struttura istituzionale (Immergut, 1992), possono esercitare un impatto sul cambiamento istituzionale:

- la «capacità amministrativa» dello Stato (ovvero la capacità generale di uno Stato di avere una burocrazia in grado di supportare decisioni e soluzioni politiche);
- la divisione formale dei poteri tra lo Stato centrale e i governi locali (federalismo, ecc.), con particolare riferimento alla Ltc e, più in generale, alle politiche di welfare;
- la «forma di governo generale» (sistemi parlamentari, ecc.) e la facilità a introdurre riforme in Parlamento.

Il concetto di *regimi di cura* può essere utile per sintetizzare le tre dimensioni prese in considerazione. È stato proposto in risposta al noto concetto di «*welfare regime*» di Esping-Andersen (1999), e riflette le critiche avanzate da molti studiosi, perlopiù femministe, verso una prospettiva analitica focalizzata solo sullo Stato e sul mercato, e sulla relazione tra queste due istituzioni, senza prestare attenzione al ruolo svolto dalle relazioni familiari e di genere nell'offerta concreta dei servizi di welfare, e, di conseguenza, alla relazione tra il welfare state e la famiglia. Nella nostra prospettiva, i regimi di cura sono da intendere come le forme istituzionali che codificano diritti sociali particolari

(cioè il diritto sociale di ricevere cura in caso di bisogno) e relative offerte di servizi o sostegno.

Nel presente studio, la questione centrale è legata non alla classificazione di specifici paesi, o all'identificazione del giusto numero di cluster, al fine di distinguere tali regimi. Il nostro uso di «regimi di cura» è mirato ad identificare i fattori principali atti a spiegare le differenze tra paesi nella distribuzione della responsabilità di cura tra i diversi attori del sistema assistenziale (Stato, famiglia, settore del volontariato, mercato). I regimi di cura sono stati inizialmente definiti con riferimento all'estensione della responsabilità dello Stato nell'offerta di cura in contrasto coi doveri familiari. È questo l'approccio suggerito in un saggio fondamentale di Daly e Lewis (1998), dove gli autori distinguevano i paesi scandinavi (dove la cura alle persone viene offerta dallo Stato su base universale) dai paesi continentali (caratterizzati da una privatizzazione della cura, passando attraverso la famiglia o il volontariato). Il noto saggio di Anttonen e Sipila sui servizi sociali in Europa (1996) si poneva nella stessa prospettiva, con l'aggiunta di due aspetti: a) la differenza tra la responsabilità di cura dello Stato e quella familiare veniva associata ad un più alto o più basso tasso di occupazione femminile; b) tra il modello statale e quello familiare esiste un modello intermedio (un modello sussidiario diffuso in Europa centrale), dove la responsabilità per la cura si affida alla famiglia, ma il volume della *social care* è posto ad un livello intermedio.

Più di recente, studi empirici condotti sui sistemi nazionali di cura e lo sviluppo di analisi comparate hanno contribuito ad attenuare il forte contrasto tra regimi statali e regimi familiari. Già nella prospettiva femminista, i regimi di cura erano stati presi in considerazione in base alla misura in cui contribuivano a ridurre le disparità di genere all'interno dei welfare state (Knijn e Ungerson, 1997), identificando così i regimi di cura rispetto alla forza del *de-gendering*. Nella stessa prospettiva, Burau, Theobald e Blank (2007) hanno introdotto il concetto di «strategia di supporto dominante» distinguendo tra modelli pubblici (universali), mirati e familiari; analizzando l'assistenza domiciliare, essi hanno rilevato che il sostegno pubblico può configurarsi come offerta sia di servizi di cura formali, sia di sostegno economico a caregiver informali, dove la prima modalità è prevalente nei paesi che adottano una strategia pubblica (Svezia, Paesi Bassi) e la seconda lo è invece nei paesi basati sulla cura familiare (Germania, Italia). Una prospettiva diversa è stata sviluppata da alcuni studiosi che hanno preso in considerazione non le relazioni di genere, o il trade-off cura/lavoro, ma la

struttura istituzionale in cui la cura pubblica viene offerta, cioè la logica istituzionale in base alla quale i servizi di cura sono organizzati e offerti alla popolazione. In questo senso, i regimi di cura dovrebbero essere considerati come ulteriore sviluppo dei regimi di welfare tradizionali, da cui i nuovi programmi traggono le norme di base e l'organizzazione istituzionale. In questa prospettiva sono stati individuati tre sistemi principali: un approccio beveridgiano (la Ltc è integrata nella normativa pubblica esistente dei servizi sociali e sanitari, basata su principi universali); un approccio basato sul rischio sociale (la Ltc viene solo recentemente riconosciuta come un nuovo diritto sociale «incompleto»), e un approccio basato sull'assistenza sociale (i servizi vengono offerti sulla base dei principi di assistenza, e la cura pubblica è considerata come una soluzione means-tested e complementare). Un'analisi analoga è proposta da Simonazzi (2009), che identifica i regimi di cura sulla base della loro *struttura di entitlement*. Simonazzi distingue un sistema sul modello Beveridge (i servizi di cura sono definiti universalmente ma forniti means-tested), un sistema sul modello Bismarck (il modello universale è volto ad evitare l'assistenza sociale), e un modello mediterraneo, basato sul principio dell'assistenza sociale (la Francia è considerata un modello misto Beveridge e Bismarck).

In un'analoga prospettiva neo-istituzionalista, Alber ha proposto di prestare attenzione all'organizzazione istituzionale dell'offerta dei servizi sociali. L'intervento pubblico in questo settore è spesso caratterizzato da un alto livello di sussidiarietà verticale e orizzontale: le amministrazioni pubbliche locali, le organizzazioni di volontariato e legate alle Chiese si assumono una parte importante di responsabilità per l'offerta di cura (Alber, 1995). Pertanto, le differenze tra paesi dovrebbero essere interpretate considerando le caratteristiche istituzionali e organizzative dei sistemi del servizio sociale nazionale, con particolare attenzione alle relazioni inter-governative.

L'approccio istituzionalista appare utile nella misura in cui si concentra sul riconoscimento della cura sociale come diritto, e non solo sull'organizzazione dell'offerta di cura. I regimi di cura dovrebbero individuare non solo diverse forme di offerta di cura, ma anche specifiche forme di riconoscimento della cura come un diritto sociale. Questo implica che qualche forma di responsabilità pubblica (sia nel caso della copertura dei costi, che in quello della fornitura di servizi o di sostegno) è stata sviluppata e istituzionalizzata. I diritti sono stati definiti al fine di selezionare il diritto di accesso ai servizi e ai provvedimenti, per limitare i comportamenti opportunistici, per controllare i

costi e la qualità dei servizi. È altamente probabile che la struttura istituzionale sia stata ispirata a conoscenze ed esperienze pregresse maturate in simili settori di politiche, come la cura agli anziani, la sanità, i benefici del sostegno al reddito. Pertanto, i nuovi diritti alle cure *long-term* possono essere legati in diversi modi ad altri diritti precedentemente riconosciuti.

4.2 La questione del come: cambiamento istituzionale e politiche di Ltc

Nello studio delle riforme (mancate) delle politiche di Ltc, è importante considerare non solo i fattori che influenzano il cambiamento o la stabilità, ma anche i meccanismi del cambiamento.
Il cambiamento istituzionale, quando si tratta di politiche di Ltc, può essere inteso come cambiamento interno alle istituzioni principali che regolano il finanziamento, la produzione e l'uso di interventi a favore di persone che necessitano di cure *long-term*. Per istituzione, ci rifacciamo alla definizione che ne hanno reso Hall e Thelen (2009, p. 9): «Una serie di pratiche regolarizzate della stessa qualità, nel senso che gli attori si aspettano che le pratiche vengano osservate; e che, in alcuni casi, ma non in tutti, sono accompagnate da sanzioni formali. Si tratta di pratiche che possono variare dall'essere norme emanate dal potere legislativo […] a pratiche più informali di carattere convenzionale».
La questione delle modalità di cambiamento istituzionale è al centro di un dibattito decennale riassumibile, nella sua complessità, riducendolo a quattro principali aspetti.

1. *Cambiamento istituzionale inaspettato/dirompente dovuto a shock esterni.* È una delle spiegazioni più diffuse del cambiamento nelle scienze sociali, e si basa sull'idea che le istituzioni tendano ad essere *path dependent* (una volta che, a causa di una serie di eventi, una certa istituzione viene creata, essa tende a mantenersi inerte nel tempo e finisce col rinforzarsi con l'effetto di chiudersi in se stessa); solo in caso di rilevanti shock esterni (ad esempio, rilevanti crisi economiche e politiche) il cambiamento istituzionale verrà attivato (Pierson, 2001).

2. *Cambiamento istituzionale progressivo attraverso «trasformazioni graduali».* Questa seconda spiegazione sostiene che il cambiamento istituzionale possa essere graduale e non necessariamente dirompente. Un cambiamento di vasta portata può essere portato a termine attraverso l'accumulo di piccoli e spesso apparentemente insignificanti modifi-

che: per trasformazione graduale si intende una discontinuità istituzionale causata da un cambiamento graduale, «strisciante», spesso endogeno e in certi casi prodotto in larga parte da un comportamento generato dalla stessa istituzione (Streeck e Thelen, 2005). Pertanto, un cambiamento significativo può spesso scaturire da ambiguità e vuoti, che esistono perché sono stati concepiti, o che emergono nel tempo tra le istituzioni formali e la loro effettiva attuazione o rafforzamento: «Questi vuoti possono divenire terreno fertile per una contestazione politica sulla forma, sulle funzioni e sull'importanza di istituzioni specifiche il cui risultato potrebbe essere un motore importante del cambiamento istituzionale […]. Le istituzioni politiche non solo vengono contestate periodicamente; esse sono anche l'oggetto di continui conflitti tra attori che cercano di ottenere vantaggi interpretando o volgendo le istituzioni all'inseguimento dei propri scopi personali, oppure sovvertendo o eludendo ruoli incompatibili coi loro interessi» (*ibidem*, p. 19). Streeck e Thelen propongono cinque modalità generali di cambiamento trasformativo graduale: *dislocamento, stratificazione, accumulo, conversione* ed *esaurimento*.

3. *Un modello di «sopravvivenza e ritorno» di nessun (reale) cambiamento istituzionale*. Un terzo possibile modello di cambiamento istituzionale è caratterizzato dal fatto che il processo di cambiamento non ha un impatto in termini di risultati (Streeck e Thelen, 2005).

4. *Cambiamento istituzionale attraverso «serie di processi» e «equilibrio punteggiato»*. In contrasto con le precedenti spiegazioni di cambiamento istituzionale, alcuni studiosi (per esempio, Baumgartner e Jones, 1993) hanno sostenuto che il cambiamento istituzionale può essere il risultato del fatto che i governi non possono risolvere tutti i problemi sociali simultaneamente, e che pertanto devono darsi delle priorità e delle risposte. Il modello di cambiamento istituzionale è pertanto caratterizzato da spostamenti dell'attenzione del governo, con governi che, in un periodo di tempo, si concentrano su un aspetto di un dato problema, trascurandone altri, e che poi, successivamente, dedicano più attenzione ad alcuni degli aspetti più trascurati nel periodo precedente. Diversamente dal cambiamento progressivo ma graduale o dalla teoria della *path dependency* (sono gli eventi esterni la causa del cambiamento), il cambiamento istituzionale, rappresentato secondo questo approccio, è il risultato di una «crisi» insita nel modello del processo sequenziale: un'area di policy sarà caratterizzata da lunghi

periodi di stabilità poiché l'attenzione della politica sarà rivolta altrove. Ad un certo punto, però, l'attenzione potrebbe spostarsi su quell'area a causa di eventi intercorsi capaci di catalizzare l'attenzione, come, ad esempio, uno «scandalo», portando ad un'attività politica notevolmente maggiore, in grado di sconvolgere l'equilibrio in quell'area. Come si è mostrato, diversi studiosi hanno sostenuto varie spiegazioni del cambiamento istituzionale. Tutte le teorie sopra riportate sui meccanismi del cambiamento politico sono potenzialmente complementari, nel senso che, a seconda della questione, un tipo di interpretazione potrebbe aiutare a comprendere meglio quanto successo, mentre un'altra teoria potrebbe aiutare di più se applicata ad un altro fenomeno. Pertanto, nella nostra analisi delle politiche di Ltc, abbiamo deciso di lasciare spazio a diverse e possibili spiegazioni di cambiamento istituzionale in concorrenza tra loro, partendo dalla constatazione che ciascun paese può essere interessato da un meccanismo diverso.

Inoltre, sosteniamo che la maggior parte della recente letteratura sui meccanismi del cambiamento istituzionale abbia due difetti, che diventano rilevanti se applicati allo studio delle politiche di Ltc:

- la letteratura solitamente non considera le relazioni multi-livello in ciascun paese;
- negli ultimi due decenni, la ricerca si è concentrata sui «tagli» nel settore del welfare, più che sulla sua ristrutturazione.

Innanzitutto, il fatto che la letteratura internazionale si concentri maggiormente sui meccanismi nazionali di cambiamento delle politiche, se può avere un senso rispetto ad altri settori di politiche, diventa una scelta inadeguata quando applicata a politiche di welfare come quelle di Ltc, dove un ruolo rilevante è svolto da attori locali. Pertanto, sulla scia di Alber (1995), sosteniamo che, a prescindere da quale teoria di cambiamento istituzionale si adotti, c'è bisogno di introdurre come focus di analisi non solo il livello nazionale ma anche quello locale e l'interazione tra questi due livelli come luogo chiave in cui avviene il cambiamento istituzionale (anche perché la Ltc è una politica relativamente decentralizzata): qualche sorta di cambiamento istituzionale multi-livello deve essere considerata.

In secondo luogo, buona parte della letteratura recente sul cambiamento istituzionale tende ad indagare in che misura i governi sono in grado di «imporre perdite» mantenendo il proprio potere politico (Clasen e Siegel, 2007): il problema principale riguarda i «tagli al welfare», mentre, nel caso delle politiche di Ltc, ciò che sembra stia interessando la maggior parte dei paesi può essere descritto meglio in termini

di «ristrutturazione del welfare». Ciò significa che i possibili meccanismi di cambiamento istituzionale devono essere interpretati non necessariamente come un modo per ridurre la protezione del welfare, ma piuttosto per riadattarlo (vedi su questo anche il paragrafo 5).

4.3 La questione del come: struttura istituzionale, cambiamento e attori nelle politiche di Ltc

Un'analisi delle politiche di Ltc e del cambiamento istituzionale non può prescindere dal concetto di *agency*: come scrisse Lundquist diversi anni fa, sono gli attori politici, e non i fattori contestuali, a fare le politiche (Lundquist, 1980). Capano e Howlett, in una recente pubblicazione sul cambiamento delle politiche (2009, pp. 225-226), sottolineano l'importanza dell'*agency* e, in particolare, della leadership politica in caso di cambiamenti significativi: «I cambiamenti radicali si sviluppano attraverso un processo complesso in cui gli eventi centrali, le giunture critiche e le finestre politiche offrono opportunità di cambiamento. È in quel momento che interviene il ruolo strategico dell'*agency*; bisogna approfittare dello slancio del momento […] gli imprenditori delle politiche sono quelli in grado di scoprire nuove esigenze e soluzioni, di gestire un alto grado di incertezza, e di risolvere il problema del coordinamento collettivo». Gli stessi studiosi sottolineano inoltre che la leadership politica è non necessariamente una missione individuale ma un impegno collettivo, che coinvolge persone diverse ai diversi livelli istituzionali e politici: «per produrre effettivi cambiamenti politici, non basta semplicemente cambiare l'ordine del giorno (rispondendo con nuove soluzioni a vecchi problemi o ridefinendo il significato di quella politica): le "nuove" soluzioni devono coinvolgere tutti i settori della politica, e la *leadership* deve essere distribuita ai diversi livelli istituzionali e ai settori della politica» (*ivi*, p. 227).
Dato il settore di politiche in questione, i principali (possibili) attori che svolgono un ruolo nell'arena della Ltc possono essere divisi in due grandi sottogruppi: soggetti pubblici e soggetti privati (box 2).
Tra gli attori pubblici, ve n'è una prima serie che lavora prevalentemente a livello nazionale: i governi (con possibili conflitti interni tra i Ministeri preposti al bilancio – Ministero delle Finanze – e i Ministeri del Welfare sempre alla ricerca di maggiori risorse), il Ministero specifico formalmente responsabile delle questioni legate alla Ltc (se ne esiste uno), altri attori politici del welfare con la propria agenda e i propri interessi nelle politiche di Ltc (ad esempio, spostare i pesi e i

costi dal loro settore a quello della Ltc), la burocrazia che ha a che fare con l'area politica della Ltc.
Una seconda serie di attori politici è quella proveniente dai governi locali (data l'importanza di questi attori in molti paesi per le politiche di Ltc) e dall'Ue (attraverso direttive, *benchmarking*, ecc.).

Box 2 - Gli attori potenzialmente coinvolti nell'arena delle politiche di Ltc

Attori pubblici	Attori privati
Livello nazionale	*Attori con interessi diretti nell'offerta di servizi*
◆ Governi nazionali (ruolo dei Ministeri delle Finanze vs. altri Ministeri del «Welfare») ◆ Ministero della Ltc o il principale Ministero formalmente responsabile delle politiche di Ltc (se presente) ◆ Altri attori istituzionali dei settori del welfare/soggetti interessati (Ministero della Sanità, ecc.) ◆ Alti funzionari del settore delle politiche di Ltc ◆ Livello sub o sopra nazionale ◆ Governi locali ◆ L'Unione europea	◆ Sindacati ◆ Imprese private operanti nel welfare (es. assicurazioni sanitarie, ecc.) ◆ La Chiesa o altre agenzie di servizi (non-profit) ◆ Attori con un interesse più generale verso la Ltc ◆ Rappresentanti di imprese economiche private ◆ Intellettuali/esperti (economisti, ecc.) ◆ Associazioni di caregiver/utenti ◆ Mass media

Anche gli attori privati possono essere suddivisi in due grandi sottoinsiemi in base al loro interesse. Abbiamo differenziato tra: attori principalmente (ma non necessariamente solo) interessati ad influenzare la politica di Ltc, perché hanno un interesse diretto nell'offerta di quel tipo di servizi (sindacati dei lavoratori del settore, imprese private, la Chiesa e altre agenzie, spesso non-profit, specializzate nell'offerta diretta di servizi, assicurazioni sanitarie che intendono aprirsi a nuovi mercati); attori con un interesse più generale per lo sviluppo delle politiche di Ltc (da associazioni di utenti a esperti, mass media e rappresentanti di imprese private), dove il concetto di sviluppo può indicare le possibili idee diverse sulle riforme (migliorando il sostegno finanziario pubblico, come nel caso delle associazioni di utenti, abbattendo i costi sociali, come nel caso dei rappresentanti delle imprese private).
Ciò che è rilevante rispetto a questi attori non è solo chi sono e come cercano individualmente di influenzare le politiche di Ltc, ma come interagiscono tra loro, partecipando a (più o meno) stabili «coalizioni».

Un contributo utile a questa analisi deriva dal concetto di «*advocacy coalition*» proposta da Sabatier (1988). Se nel modello di Sabatier il cambiamento di politica avviene spesso attraverso l'apprendimento (scientifico) politico, nel nostro approccio il focus non è solo sulla «guerra delle idee», ma anche sulla rilevanza delle risorse e degli interessi che le coalizioni incanalano e sulla loro capacità di sviluppare la leadership. I seguenti aspetti potrebbero essere considerati:

- *il sistema di credenze centrali*, ovvero le credenze più o meno stabili (in questo caso potrebbero essere legate alla concezione generale di cura come questione «privata» o «pubblica», al ruolo dei caregiver informali mossi da un dovere morale o da una scelta/onere, ecc.);
- *gli interessi*, ovvero quali sono i guadagni che ciascun attore della coalizione cerca di perseguire;
- *le risorse* (formali, economiche, reti di contatti, ecc.) che ciascuna coalizione può attivare.

5. I contenuti delle riforme/dei cambiamenti delle politiche di Ltc: scopi, strumenti ed effetti

Nell'analisi dei contenuti delle riforme relative alla Ltc, è possibile concentrarsi su tre diversi aspetti: gli obiettivi reali delle riforme; gli strumenti impiegati per applicare gli obiettivi; gli effetti delle riforme.

5.1 Riforme nel campo della Ltc: gli scopi

L'innovazione politica nel settore della Ltc è rivolta verso scopi diversi a seconda del paese e, all'interno dello stesso paese, in tempi diversi. Nel box 3 viene proposta una classificazione delle possibili diverse finalità delle riforme delle politiche di Ltc. Sosteniamo la possibilità che ci siano quattro diversi macro-obiettivi alla base di una riforma di Ltc e che ognuno di essi abbia dei sotto-obiettivi.

In generale, lo scopo principale delle innovazioni è stato quello di ampliare progressivamente i diritti e l'offerta di Ltc. Tuttavia, questo obiettivo generale è stato declinato in molti modi diversi. Nonostante in alcuni paesi l'universalismo sia stato considerato come il principio fondamentale dell'innovazione, la selezione in base al bisogno e ai mezzi è ancora molto diffusa nelle politiche di Ltc europee. Inoltre, la crescita dell'intervento statale ha assunto diverse configurazioni, va-

riando da una maggiore estensione (più beneficiari) a una maggiore intensità di cura (più ore di assistenza fornite), dalla centralizzazione dello Stato al decentramento delle responsabilità pubbliche, dall'assicurare una maggiore eguaglianza nell'offerta di cura alla diversificazione dei servizi al fine di soddisfare la domanda di specifici target emergenti (come, ad esempio, le persone affette da demenza). Ulteriori obiettivi hanno riguardato l'efficienza e la qualità dell'offerta di cura: una serie di nuove misure è stata introdotta per incrementare la produttività dei servizi di cura, per garantire la libertà di scelta agli utenti, per conferirgli più potere, o per integrare meglio cura sociale e sanità. Il cambiamento istituzionale nelle politiche di Ltc non ha impatto solo sul sistema di cura, ma anche spesso, e deliberatamente, su altri settori correlati. Secondo Morel (2006), per esempio, le riforme assistenziali sono state strettamente legate a specifiche strategie per l'occupazione.

Box 3 - Possibili scopi delle riforme di Ltc

A. Promozione dell'occupazione

A1. Conciliazione lavoro-cura
A2. Promozione dell'occupazione nel settore della cura

B. Copertura e distribuzione dei costi della Ltc

B1. Privatizzazione vs. incremento della copertura pubblica dei costi e delle responsabilità della Ltc (livelli di selettività)
B2. Redistribuzione delle responsabilità pubbliche tra le diverse istituzioni pubbliche con uno spostamento delle responsabilità da altre istituzioni di welfare (sicurezza sociale, sanità, servizi sociali, locali) ad un ente specifico di Ltc
B3. Garantire un più alto (o più basso) livello di eguaglianza
B4. Garantire un sistema diversificato di Ltc per una diversificazione della domanda (es. l'aumento di pazienti affetti da demenza o Alzheimer)
B5. Aumentare il livello di prevenzione della non autosufficienza

C. Efficienza, qualità e miglioramento della partecipazione

C1. Spostamento sul modello di welfare misto pubblico-privato e sul livello della competizione tra offerenti
C2. Libertà di scelta/rafforzamento degli utenti (scelta o *empowerment*)
C3. Ottenere un migliore sistema di Ltc che integri servizi sociali e sanitari

D. Sostegno delle responsabilità di cura dei caregiver informali (reddito, presa in carico, ecc.)

Le riforme della Ltc introdotte in Germania e in Francia, e più in generale i finanziamenti per i programmi di cura (e misure pubbliche che sostengono, o tollerano, la crescita di un mercato di cura transnazionale basato sull'offerta a basso costo del lavoro di cura da parte degli immigrati), hanno effettivamente generato lavori di cura poco qualificati e scarsamente retribuiti. I servizi di cura domestica sono stati sostenuti fortemente in quasi tutta Europa come strategia per mantenere le persone presso il proprio domicilio («*ageing in place*»), ma questa attività di cura è rimasta di bassa qualifica e a basso reddito in molti paesi, contribuendo così alla crescita occupazionale in un settore marginale e poco professionalizzato. Un modo per rendere più economica la cura professionale, secondo Morel, ma anche per sostenere l'ampliamento di un mercato di cura *low-cost* rendendola accessibile a gran parte della classe media.
Allo stesso tempo, una nuova generazione di misure sociali (generalmente chiamate *«cash for care»*, anche se prevedono molto più del semplice sostegno al reddito) è stata introdotta in molti paesi per supportare la responsabilità di cura dei caregiver informali (inclusi o meno i familiari che convivono con persone non autosufficienti). Altri programmi sono stati volti a sostenere le strategie di conciliazione lavoro-cura dei caregiver informali (anche proteggendo il loro diritto al lavoro e sostenendo i loro contributi pensionistici). In generale, pertanto, le politiche di cura non solo hanno risposto al bisogno delle persone non autosufficienti, ma hanno anche contribuito all'occupazione femminile, sia favorendo la creazione di nuovi posti di lavoro poco qualificati nel settore, sia supportando l'attività di cura delle donne lavoratrici.

5.2 Le riforme delle politiche di Ltc: strumenti come forme di implementazione politica

Molti e diversi strumenti sono stati escogitati e realizzati al fine di raggiungere gli obiettivi precedentemente descritti. L'introduzione di specifici strumenti politici ha ovviamente effetti rilevanti sugli obiettivi stessi come veicoli di significati specifici e organizzazione istituzionale. Gli strumenti politici devono essere scelti in un repertorio di procedure e norme disponibili agli attori politici come una sorta di *policy legacy*, ma devono anche essere adattati alle condizioni specifiche. Gli obiettivi politici iniziali, pertanto, si sviluppano e si trasformano in programmi particolari che necessitano di procedure specifiche e di contesti normativi al fine di essere implementati. È in questo contesto

di adattamento normativo che gli obiettivi originari prendono veramente forma e hanno determinati effetti.
Proponiamo la seguente distinzione tra strumenti, che dovrebbe corrispondere ai diversi obiettivi delle riforme:

1. *quanto:* le risorse finanziarie pubbliche (incluse le assicurazioni obbligatorie);
2. *come:* i meccanismi di finanziamento e di regolazione (modi di raccogliere risorse: ad es. assicurazioni, tassazione generale, ecc; presenza di *co-payments*; meccanismi per stabilire il budget; divisione per il finanziamento tra centro e governi locali);
3. *chi:* criteri per l'accesso alla misura/valutazione delle risorse (scale di valutazione per diritto vs. discrezione professionale, ecc.);
4. *cosa:* le forme di offerta (cash, care, cash and care; congedi di cura; diritti pensionistici; sostegni monetari condizionali o meno; a chi sono diretti: pagamenti/sostegni ai beneficiari e/o ai caregiver; sgravi fiscali);
5. *modelli:* forme del sistema di fornitura dei servizi e regolazione (es.: diritto di scelta per gli utenti; mercati di cura sociale; fornitura pubblica diretta; grado di regolamentazione dei fornitori: accreditamento; regolazione del lavoro di cura; chi sono, educazione, ecc.);
6. *programmi speciali* per specifici target di Ltc (fase terminale, Alzheimer, ecc.);
7. *altri strumenti* non legati direttamente alle politiche di Ltc ma che rappresentano strumenti rilevanti per orientare l'arena della Ltc (es. regolarizzazione dei migranti, una legislazione che riduca la permanenza in ospedale e che diriga i pazienti verso servizi di Ltc territoriali/domiciliari, ecc.).

5.3 Riforme di Ltc: le ipotesi di ricerca

Le politiche di Ltc sembrano mostrare, in molti paesi, una tendenza all'espansione (uno degli aspetti che differenziano questo settore della politica sociale dagli altri). Ma, in alcuni casi, le riforme risultano corrispondere più a tentativi di ristrutturazione e di adattamento del welfare state ai nuovi bisogni, piuttosto che ad una reale espansione, o addirittura ad una qualche sorta di ridimensionamento nascosto.
Inoltre, l'eventuale presenza di finalità divergenti potrebbe creare le basi per trade-off tra obiettivi diversi. Riportiamo quattro possibili dilemmi/scelte difficili che verranno analizzate nei contributi che seguono:

- ridimensionamento-decentramento delle politiche di Ltc, per avvicinare queste politiche ai bisogni degli utenti e promuovere una forma di «democrazia», vs. aumento dell'eterogeneità dell'offerta di Ltc con l'aumento delle disuguaglianze territoriali e dei conflitti tra governi nazionali e subnazionali (e possibili forme di elusione delle responsabilità-ridimensionamento);
- qualificazione del lavoro di cura (e professionalizzazione dei lavoratori del settore) vs. riconoscimento dell'assistenza informale (e le possibili forme di de-qualificazione professionale del lavoro di cura);
- contenimento dei costi vs. dinamiche di cambiamento e bisogni crescenti;
- intensità vs. estensione della cura (più copertura per pochi casi vs. molti casi con poca copertura).

La nozione di *adattamento* appare centrale al fine di proporre un'interpretazione preliminare e provvisoria dell'esito del complesso processo di cambiamento istituzionale che ha interessato le politiche di Ltc, cavandosela alla meno peggio con le serie di trade-off e di dilemmi appena descritti. Per la maggior parte dei paesi europei, è possibile interpretare gli sviluppi intervenuti in questo campo come un allargamento progressivo dei diritti e dei finanziamenti pubblici, ma questa idea deve essere meglio qualificata. Questi cambiamenti devono passare attraverso lo stretto e turbolento canale tra Scilla e Cariddi solo a determinate condizioni, subordinando l'ampliamento dei diritti e dei servizi ad adattamenti specifici. Questi adattamenti acquistano chiarezza se si considerano gli strumenti normativi impiegati nel processo innovativo. Due adattamenti appaiono fondamentali al fine di comprendere la vera forma, e l'effettivo significato, di tali cambiamenti.

Il *primo adattamento* è l'introduzione di una distinzione esplicita tra diritti pubblici e responsabilità per i costi. Mentre il diritto alla *long-term care* è stato perlopiù riconosciuto sulla base di principi universali, la responsabilità per i costi relativi all'offerta di servizi è stata in buona parte condivisa con i cittadini. La maggior parte dei nuovi programmi pubblici ha condotto ad ampliare l'offerta pubblica di servizi, ma non ha concesso il pagamento completo dei relativi costi pubblici, in base al presupposto, implicito o esplicito, che una parte rilevante di responsabilità dovesse essere lasciata, o delegata, ai singoli cittadini e/o alle loro famiglie o alle comunità. In nessun paese è stata riconosciuta una copertura pubblica completa delle spese di cura. Inoltre, la sostenibilità finanziaria di molti programmi di *long-term care* viene costante-

mente monitorata e controllata, sulla base del principio che la portata dell'offerta debba dipendere dalle condizioni del bilancio. Pertanto, la cura a lungo termine è attualmente una politica in cui il riconoscimento di nuovi diritti sociali non implica necessariamente un completo impegno finanziario dello Stato per offrire tutta la gamma di servizi di cui c'è bisogno.

Paradossalmente, dunque, l'introduzione dei programmi di Ltc può essere considerata come una delle migliori soluzioni a basso costo al problema della non autosufficienza a lungo termine. Una strategia che ha permesso di ridurre il notevole aumento dei costi della sanità, dovuto alla crescita della disabilità tra la popolazione. La concentrazione di trattamenti sanitari unicamente nella terapia intensiva e nella cura a breve termine è stata ottenuta creando nuovi programmi di Ltc in cui la responsabilità dei costi e dell'offerta è condivisa tra Stato e cittadini.

Un *secondo adattamento* è stato l'inclusione della cura familiare nel sistema di cura pubblico. L'estensione dei diritti alla cura non ha implicato una crescita corrispondente dei servizi di cura offerti dal settore pubblico, o da privati per conto delle autorità pubbliche. Una parte rilevante di responsabilità è stata riconosciuta come appannaggio dei caregiver informali. L'approccio più diffuso in Europa è stato quello di incrementare la cura domiciliare al fine di ridurre il numero di persone ospitate in strutture assistenziali o in ospedali (o di ridurre il loro periodo di permanenza in questi istituti). Ma la cura domiciliare è un'attività che richiede la presenza, per la persona non autosufficiente, di una rete sociale di sostegno disponibile per molte ore. La responsabilità per le attività quotidiane deve essere necessariamente ripartita tra persone diverse, includendo i caregiver informali, i fornitori pubblici e privati di cura, gli infermieri, i parenti o gli amici, gli assistenti privati della famiglia, e così via. L'incerto status della cura – un'attività che racchiude in sé compiti professionali e relazionali – ha fatto sì che i governi si siano occupati solamente di una parte del bisogno di cura. Una parte rilevante è stata lasciata, implicitamente o esplicitamente, alla responsabilità delle reti informali, compresi i parenti, gli amici, i vicini di casa. La cura informale, di conseguenza, è stata riconosciuta come parte integrante del sistema di previdenza pubblica. I caregiver informali sono stati sostenuti finanziariamente, tramite l'offerta di diritti sociali, regimi contributivi, momenti di riposo, sostegno al reddito. Parte della responsabilità dell'effettiva offerta di cura è stata perciò delegata ai cittadini privati, aprendo la porta all'inclusione dell'offerta privata e del *care* familiare all'interno del sistema di cura «pubblico».

L'espansione delle politiche di Ltc in tutta Europa è stata pertanto accompagnata dall'introduzione di nuove forme di regolazione mirate a ripartire il peso dei costi e la responsabilità per l'offerta di cura tra il settore pubblico e i singoli cittadini. Il processo di ristrutturazione che ha avuto luogo negli ultimi due decenni ha coinvolto non solo la creazione di nuove responsabilità per il welfare state, ma anche la revisione dei rapporti tra Stato, famiglia e mercato.

Riferimenti bibliografici

Alber J., 1995, *A Framework for the Comparative Study of Social Services*, «Journal of European Social Policy», vol. 5 (2), pp. 131-149.

Anttonen A. e Sipila J., 1996, *European Social Care Services: Is it Possible to Identify Models?*, «Journal of European Social Policy», vol. 6 (2), pp. 87-100.

Bambra C., 2006, *Decommodification and the Worlds of Welfare Revisited*, «European Journal of Social Policy», vol. 18 (1), pp. 73-80.

Baumgartner F. e Jones B., 1993, *Agendas and Instability in American Politics*, Chicago University Press, Chicago.

Burau V., Theobald H. e Blank R.H., 2007, *Governing Home Care: A Cross National Comparison*, Edward Elgar, Cheltenham and Northampton.

Capano G. e Howlett M. (a cura di), 2009, *European and North American Policy Change. Drivers and Dynamics*, Routledge, Oxon.

Clasen J. e Siegel N. (a cura di), 2007, *Investigating Welfare State Change*, Edward Edgar, Cheltenham and Northampton.

Daly M. e Lewis J., 1998, *Introduction: Conceptualising Social Care in the Context of Welfare State Rescructuring*, in Lewis J. (a cura di), *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Ashgate, Aldershot, pp. 1-24.

Esping-Andersen G., 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, Princeton.

Esping-Andersen G., 1999, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford.

Ferrera M., 2005, *The Boundaries of Welfare. European Integration and the New Spatial Politics of Social Protection*, Oxford University Press, Oxford.

Hacker J., 2004, *Privatizing Risk without Privatizing the Welfare State*, «American Political Science Review», vol. 98 (2), pp. 243-260.

Hall P. e Thelen K., 2009, *Institutional Change in Varieties of Capitalism*, «Socio-Economic Review», vol. 7 (1), pp. 7-34.

Heclo H. e Wildavsky A., 1974, *The Private Government of Public Money. Community and Policy Inside British Politics*, Macmillan, Londra.

Immergut E., 1992, *Health Politics: Institutions and Interests in Western Europe*, Cambridge University Press, Cambridge.

Knijn T. e Ungerson C., 1997, *Introduction: Care Work and Gender in Welfare Regimes*, «Social Politics», vol. 4 (3), 323-27.

Lamura G., Melchiorre G., Quattrini S., Balducci C., Spazzafumo L., Barbagallo M., 2004, *Studio EUROFAMCARE: Le reti di supporto dei famigliari caregiers e l'uso di servizi sociali e sanitari in Europa*, «Giornale di Gerontologia», vol. 52, supplemento 5.

Lewis J. (a cura di), 1998, *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Ashgate, Londra/Aldershot.

Lundquist L.J., 1980, *The Hare and the Tortoise: Clean Air Policies in the United States and Sweden,* University of Michigan Press, Ann Arbor.

March J.G. e Olsen J.P., 1989, *Rediscovering Institutions*, Free Press, New York.

Mény I. e Thoenig J.-C., 1989, *Les politiques publiques*, Presses Universitaires de France, Parigi; trad. it. 1991, *Le politiche pubbliche*, Il Mulino, Bologna.

Morel N., 2006, *Providing coverage against new social risks in Bismarckian welfare states: The case of long-term care*, in Armingeon K. e Bonoli G. (a cura di), *The Politics of Post-Industrial Welfare States*, Routledge, Londra.

Oecd, *Conceptual framework and definition of long-term care expenditure*, Oecd, Input document, 2009.

Österle A., 2001, *Equity Choices and Long-term-care Policies in Europe*, Ashgate, Londra.

Pierson P., 2001, *The New Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.

Sabatier P., 1988, *An Advocacy Coalition Framework of Policy Change and the Role of Policy-Oriented Choice*, «Policy Sciences», vol. 21 (1), pp. 56-71.

Simonazzi A., 2009, *Care Regimes and National Employment Models*, «The Cambridge Journal of Economics», vol. 33, n. 2, pp. 211-232.

Streeck W. e Thelen K., (a cura di), 2005, *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press, Oxford.

Taylor-Gooby P., 2004, *New Risks, New Welfare*, Oxford University Press, Oxford.

Trasformazioni e processi inerziali nei regimi familistici di cura

Le politiche per la non autosufficienza in Italia: un caso di cambiamento graduale senza riforme

Giuliana Costa*

Il campo delle politiche pubbliche tese a fronteggiare i bisogni di cura a lungo termine non è stato oggetto di alcuna riforma istituzionale esplicita nell'ultimo decennio. L'inerzia pubblica nell'aggiornare l'impianto generale dell'indennità di accompagnamento e nel riconoscere fattivamente l'emergere e il consolidamento di un mercato privato della cura non ha impedito però che attorno alla dipendenza si avviassero dei profondi cambiamenti nel nostro paese. In questo articolo si ripercorrono i fattori che, nonostante un apparente immobilismo, hanno fatto sì che le politiche siano state oggetto di un cambiamento istituzionale, per quanto graduale e parziale.

1. Introduzione

Le revisioni del sistema di protezione sociale italiano portate a termine nelle ultime due decadi non hanno riguardato le politiche per la non autosufficienza. Le riforme degli anni '90 si sono, infatti, concentrate prevalentemente sul sistema pensionistico – con il passaggio epocale da un modello retributivo ad un modello contributivo – e in parte, sull'assetto delle politiche sanitarie, arricchite dell'armamentario teorico e metodologico del *New public management* (Ferlie e al., 2005). Nonostante la *long-term care* (d'ora in poi Ltc) sia entrata nell'agenda pubblica dall'inizio del nuovo millennio e siano state avanzate numerose proposte di riforma dell'impianto su cui si basano le risposte esistenti, le uniche iniziative pubbliche direttamente rivolte a fronteggiare i crescenti bisogni di cura negli ultimi dieci anni sono state la creazione di un modesto e temporaneo «Fondo nazionale per la non autosufficienza» nel 2007 e, nello stesso anno, il supporto all'istituzione di un Contratto collettivo nazionale di lavoro per i lavoratori domestici, tra cui anche coloro impegnati nella cura di persone dipendenti[1] (soprat-

* Vorrei ringraziare Costanzo Ranci ed Emmanuele Pavolini per i loro preziosi commenti lungo il lavoro di ricerca che ha portato alla stesura di questo articolo.

[1] I termini «dipendenza/dipendenti» e «non autosufficienza/non autosufficienti»

tutto anziane), teso ad agevolare la regolarizzazione di rapporti di lavoro altrimenti difficilmente inquadrabili dal punto di vista giuridico.
I cambiamenti socio-demografici ed economici in corso nel nostro paese indicano chiaramente che i rischi sociali connessi alla non autosufficienza si stanno acuendo e che i tentativi di fronteggiarli stanno vieppiù peggiorando la qualità della vita di chi è implicato, in prima persona o meno. Inoltre, i bisogni di cura di lunga durata coinvolgono un numero crescente di famiglie e di individui. Ciononostante, le politiche di cura non sono state oggetto di riforme esplicite e incisive, né a livello nazionale, né a quello regionale[2]. Benché il processo di decentralizzazione delle politiche sociali nel nostro paese sia stato e continui per certi versi ad essere foriero di innovazione per ciò che riguarda la capacità delle agenzie pubbliche di rispondere alla crescente domanda sociale, non si è stati finora in grado di dare una risposta di carattere collettivo sulla base di criteri solidaristici alle numerose forme di bisogni di cura, tra cui spiccano quelli di lunga durata e che rimandano a condizioni psico-fisiche croniche o cronicizzate. Le famiglie italiane hanno cercato (e trovato) risposte individuali all'emergere di problemi di cura severi rivolgendosi prevalentemente al lavoro di donne immigrate, le assistenti familiari, comunemente chiamate «ba-

verranno qui utilizzati in modo interscambiabile per quanto abbiano significati solamente in parte sovrapponibili. Stanno comunque ad indicare gli individui che hanno bisogno di supporti e aiuti consistenti e di lunga durata per lo svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

[2] Alla stregua di quanto accade in molti paesi occidentali, in Italia la Ltc non si iscrive in un campo di policy specifico, le politiche che lo riguardano sono scarsamente istituzionalizzate e fanno capo ad agenzie nazionali, regionali e locali molto diverse e non coordinate tra loro (Oecd, 2011). Anche i dati relativi alla Ltc riflettono questa frammentazione e dispersione (Chiatti e al., 2010) dato che risulta molto difficile delinearne uno scenario chiaro. Va rilevato inoltre che i bisogni di cura di lungo periodo non sono definiti da alcuna normativa nazionale attraverso un criterio comune. Ogni territorio li definisce diversamente a seconda anche del contesto entro cui si colloca tale definizione, talvolta entro norme regionali e locali, talvolta entro norme amministrative di varia natura, come ad esempio i regolamenti dei singoli servizi stilati a livello comunale o sovracomunale. La definizione di dipendenza in età anziana cambia in maniera considerevole anche a scala locale, tra comuni confinanti e magari facenti parte dello stesso ambito ai fini della programmazione sociale. Vi sono solamente tre condizioni definite da leggi nazionali, vale a dire «la disabilità grave», «l'invalidità civile» e «l'avere diritto all'indennità di accompagnamento».

danti». Lo hanno fatto anche grazie all'esistenza di una misura monetaria rivolta al sostegno delle persone gravemente dipendenti introdotta nel nostro ordinamento trenta anni fa eppure ancora cruciale per coloro che si trovano in queste condizioni. L'«indennità di accompagnamento» è stata creata con l'intento di compensare gli individui disabili adulti per i mancati guadagni da lavoro, ma oggi essa è prevalentemente utilizzata da persone non autosufficienti molto anziane e spesso alimenta la capacità finanziaria delle famiglie di rivolgersi a servizi privati di cura. Questo trasferimento economico non è mai stato modificato in maniera incisiva e così, nel corso degli anni, ha cambiato scopo e destinatari, offrendo un tipo di supporto che si è modificato nel tempo. La presenza sempre più massiccia di badanti nelle famiglie italiane non è stata però oggetto di specifici tentativi di regolare le loro modalità di lavoro raccordandole con i servizi esistenti o innalzandone il livello qualitativo e il grado di formalizzazione.
Lo scenario di fondo entro cui gli individui e le famiglie sono chiamati a fare fronte ai bisogni di cura di lunga durata si è trasformato radicalmente negli ultimi anni in Italia, soprattutto per via dell'accelerazione senza precedenti dell'invecchiamento della popolazione e per la rottura definitiva del modello *male breadwinner*. Se si considera anche l'inerzia pubblica nel riformare l'indennità e nell'ampliare e diversificare l'offerta per Ltc (Ranci e Pavolini, 2011) e invece il relativo «attivismo» di famiglie e lavoratrici, si può affermare che, pur in assenza di riforme, si sia comunque prodotta una trasformazione degli assetti di cura. Si tratta di una forma di cambiamento istituzionale graduale, fatta di piccoli mutamenti e dovuta in ogni caso, più ad effetti secondari che non a scelte pilotate (Streeck e Thelen, 2005; Mahoney e Thelen, 2010), ma che è stata in grado di modificare le caratteristiche del tradizionale assetto di cura italiano, basato pressoché esclusivamente sull'utilizzo di risorse familiari, siano esse di tempo, di lavoro o economiche.

*2. Paradossi del «*care regime*» nostrano: trasformazioni e persistenze*

Da quando gli studi comparativi hanno messo in luce il ruolo fondamentale svolto dalle famiglie nell'organizzazione, erogazione e finanziamento delle attività di cura nel nostro paese, il «*care regime*» nostrano è stato, assieme a quello di altri paesi del Sud Europa, definito «famili-

stico» (Saraceno, 1994; Bettio e Plantenga, 2004; Pavolini e Ranci, 2008; Ranci e Pavolini, 2011; Naldini e Saraceno, 2008) o, meglio, «implicitamente familistico» (Saraceno, 2010). Il forte coinvolgimento della famiglia nella cura non è però una prerogativa italiana: come evidenziato da numerosi contributi di ricerca (Österle, 2001; Eurofamcare Consortium, 2006; Fujisawa e Colombo, 2009), curare ed essere curati rimane in Europa «una questione di famiglia» dato che la maggior parte delle attività di cura a favore delle persone dipendenti viene svolta dai loro più stretti familiari. Anche laddove sono disponibili e resi accessibili servizi privati e/o pubblici le famiglie mantengono un ruolo pivot negli assetti di cura. Allora cos'è che contraddistingue l'Italia e altri paesi mediterranei dal resto del continente? È l'assunto, da parte delle politiche (e della politica), che le famiglie siano sempre disposte a prestare cura e che possano redistribuire ogni genere di risorse, incluse quelle di cura, al loro interno (Saraceno, 2002)[3]. Nella «c*are responsibility culture*» (Titmuss, 1973) italiana si assume che le famiglie debbano essere in prima linea nel rispondere ai bisogni di cura delle persone dipendenti[4]. Poiché curare è un'attività costruita normativamente, si tratta di un obbligo sociale da cui risulta difficile sottrarsi per motivi di carattere prettamente culturale (Lewis, 1993; Costa, 2007a) ma che finisce per essere anche il frutto dell'assenza di valide alternative.

Dall'esame degli assetti di cura delle famiglie italiane con almeno una persona anziana (di età uguale o superiore a 65 anni) si evince come la cura sia un compito prevalentemente familiare (tabella 1). Per tutte le classi di età e per tutte le condizioni analizzate, che vanno dall'essere semplicemente anziano al presentare una forma di grave dipendenza, la maggior parte degli aiuti in natura sotto forma di servizi alla persona forniti agli anziani proviene dalle loro famiglie.

[3] Come è stato messo in evidenza da Groppi (2010) questo è un assunto costruito storicamente. L'ideologia del sangue è il risultato di continue negoziazioni tra responsabilità familiari e responsabilità collettive risolte attraverso l'intervento dello Stato o dei tribunali lungo l'intera era moderna.

[4] Si pensi quanto sono estesi gli obblighi alimentari nel sistema normativo italiano (codice civile art. 433 e ss.) se paragonati a quelli di altri paesi (Millar e Warman, 1996, Naldini e Saraceno, 2011).

Tabella 1 - Percentuali di famiglie italiane con anziani per tipi di aiuti ricevuti (anno 2009)

Tipi di famiglia	Famiglie che ricevono aiuti	Familiari	Privati	Pubblici	Plurimi (almeno due tipi)	Famiglie che non ricevono alcun tipo di aiuto
Con 65+	29,2	16,2	14,0	7,9	7,5	70,8
Con 65+ grav. dipend.	49,6	29,6	22,9	22,0	20,1	50,4
Con 65+ dipend.	31,1	17,6	14,6	6,0	6,4	68,9
Con 80+	45,0	26,0	23,6	13,2	14,8	55,0
Con 80+ grav. dipend.	61,5	37,1	31,9	27,6	28,0	38,5
Con 80+ dipend.	43,9	25,4	22,2	9,2	11,2	56,1

Fonte: Istat (2010).

La percentuale delle famiglie con anziani che ricevono aiuti cresce all'aumentare dell'età di questi ultimi nonché dal loro grado di dipendenza. Secondo dati recenti (Istat, 2010), il 61,5% delle famiglie con una persona di età uguale o superiore a 80 anni e gravemente dipendente riceve un qualche tipo di aiuto, sono invece poco meno della metà nel caso di famiglie con anziani di almeno 65 anni. Cambia la composizione degli aiuti: il 37,1% versus il 29,6% dal network informale, il 31,9% versus il 22,9% grazie all'acquisto di prestazioni sul mercato, il 27,6% versus 22% da agenzie pubbliche e il 28% versus 20,1% da una pluralità di fonti (almeno due). La proporzione di coloro che non ricevono aiuti pur in situazioni di grave dipendenza resta elevata per entrambi i gruppi di famiglie, raggiungendo quasi il 40% tra le famiglie con anziani ottantenni (38,5%) e il 50% tra le famiglie con dipendenti anziani più in generale. Se ci si concentra invece sugli individui anziani che percepiscono un sostegno pubblico specificamente rivolto a coloro che presentano forti limitazioni nella propria autonomia, si rileva che soltanto il 5,9% non può fare alcun affidamento su aiuti di tipo familiare. La grande maggioranza è anzi assistita solamente da membri della famiglia o da questi ultimi affiancati da servizi pubblici o privati. Quasi il 30% dei percettori di indennità viene assistito da un familiare congiuntamente a una (più raramente un) badante, ingaggiata direttamente dalla famiglia o dal soggetto bisognoso di assistenza. Questo è il mix che assicura il maggior numero di ore di cura a settimana se si esclude la soluzione ottimale di poter ricevere aiuti da tutte le possibili fonti e soggetti e contemporaneamente (Da Roit, 2008).

Tabella 2 - Gli assetti di cura delle persone anziane che ricevono l'indennità di accompagnamento e che vivono presso il domicilio abituale e numero di ore di cura (anno 2008)

Assetto di cura	% di anziani gravemente dipendenti che risiedono presso il domicilio abituale che ricevono	Numero di ore di cura ricevute/settimana
Solo supporto e cure da caregiver familiari	39,8	90,7
Solo servizi pubblici	0,8	13,9
Solo servizi privati	3,3	66,0
Cure familiari + servizi pubblici	11,3	92,9
Cure familiari + servizi privati	29,6	119,5
Servizi pubblici + servizi privati	1,8	103,3
Cure familiari + servizi privati + servizi pubblici	13,4	121,3
Totale	100,0	102,4

Fonte: Da Roit (2008).

Lo sviluppo di un mercato privato di cura nell'ultimo decennio è certamente uno dei fenomeni che più ha influenzato, modificandole, le strategie adottate dalle famiglie italiane all'insorgere di problemi di cura di carattere continuativo e non facilmente reversibile. L'importanza e la consistenza di tale mercato sono cresciute nel corso degli anni al punto che alcuni autori hanno sostenuto che abbiano modificato la natura del modello di cura italiano, imperniato, come si è brevemente illustrato, sulla famiglia, traghettandolo a ciò che è stato definito «*migrant in the family model*» (Bettio, Simonazzi e Villa, 2006, p. 272). In effetti, il gap che si è creato dall'aumento della domanda di servizi di cura per via dell'allungamento della vita media da una parte e la limitata offerta pubblica di servizi organizzati sull'intero arco della giornata nonché la ridotta capacità delle famiglie di curare in prima persona su base continuativa dall'altra, è stato coperto perlopiù dal ricorso all'acquisto di servizi privati low cost, come quelli resi dalle badanti.
Il mercato del lavoro di cura privato vede la presenza massiccia di donne immigrate provenienti da paesi in via di sviluppo, le cui provenienze prevalenti si sono modificate negli anni. Gran parte di coloro che oggi incominciano a svolgere questo lavoro in Italia provengono dall'Est Europa, con una recente sostituzione delle lavoratrici romene

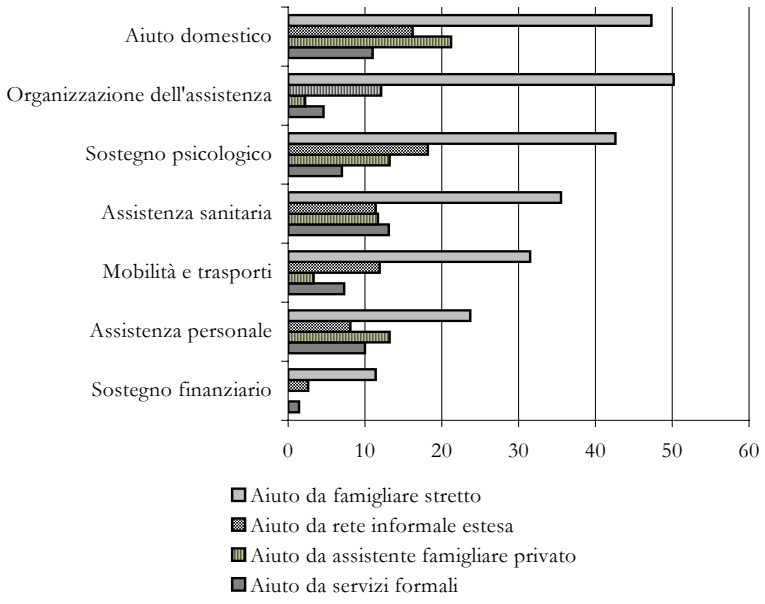
soppiantate da donne ucraine a seguito dell'entrata della Romania nell'Unione europea, evento che ha reso il lavoro domiciliare molto meno attraente per persone ormai in grado di candidarsi a svolgere altre occupazioni. Le nuove leve di badanti sono composte dunque da donne di mezza età, acculturate e disposte a lavorare in regime di convivenza, con elevati carichi orari.

La crescita di questo mercato è dovuta a diversi fattori: la disponibilità nelle grandi città italiane di un'ingente forza lavoro femminile immigrata, la scarsità di servizi pubblici o comunque regolati dal pubblico, l'alta propensione delle famiglie italiane ad agevolare la permanenza delle persone dipendenti nella propria casa, l'aumento dell'occupazione femminile e, da ultimo, i relativamente più alti livelli di reddito a disposizione degli attuali pensionati italiani rispetto a quelli delle generazioni precedenti (Da Roit, 2007b; Rossi, 2006; Spanò, 2006). Cooptare una badante è più conveniente di altre soluzioni di cura e assicura prestazioni più complete, continuative e flessibili rispetto a quelle erogate per tramite di servizi formali, siano essi pubblici o privati. È proprio «l'informalità» a costituire un punto di forza di questa scelta: le cure sono prestate spesso sull'arco delle 24 ore qualora la badante sia convivente, senza una netta distinzione tra tempi personali e tempi di lavoro. Le badanti rispondono anche molto bene ai bisogni di monitoraggio più che di cura, come nel caso, per esempio, di persone anziane ancora fisicamente prestanti e magari compromesse dal punto di vista cognitivo, o viceversa. Facendo esplicito riferimento al caso italiano si è affermato che l'offerta ha creato domanda (Colombo, 2005) e che la disponibilità di lavoro immigrato a relativamente basso costo ha aumentato le aspettative societarie nei confronti di questa soluzione privata sia in termini di affidabilità, sia per quanto riguarderebbe la loro rapida e facile reperibilità. Come si evince dalla tabella 1, la percentuale di famiglie con anziani che impiega almeno una badante arriva a quasi il 32% se si tratta di una persona molto avanti negli anni e gravemente dipendente. Secondo recenti stime, le famiglie italiane spenderebbero circa 9,5 miliardi l'anno per pagare le badanti (Pasquinelli e Rusmini, 2010).

Se si analizza la composizione dell'intero carico di cura nei confronti delle persone anziane completamente non autosufficienti per fonte ricevuta e si escludono i dati relativi all'aiuto familiare da parenti stretti che, come visto, costituisce lo zoccolo duro della cura in Italia, emerge che le badanti si accollano relativamente di più compiti *time consuming* come l'aiuto domestico, l'accompagnamento e l'assistenza psi-

cologica e l'assistenza personale (figura 1). Il caregiving è ancora saldamente erogato da familiari che, oltre ad accollarsi buona parte dei lavori domestici e delle cure personali a favore delle persone non più in grado di farlo in autonomia, si assumono la regia degli interventi altrui, compreso quello della/e badanti. L'evidenza empirica ha infatti messo in evidenza come il ricorso a badanti non si costituisce come alternativa al lavoro di cura familiare, ma piuttosto si configuri come soluzione ad essa complementare (Eurofamcare Consortium, 2006; Istat, 2010).

Figura 1 - Persone con oltre 65 anni completamente non autosufficienti, per fonte di assistenza ricevuta, Italia (anno 2007, in %)



Fonte: Gori e Lamura (2009).

Le famiglie (con loro le badanti) non possono che rappresentare risorse cruciali in un contesto, come quello italiano caratterizzato da livelli di offerta di servizi pubblici molto modesti e da diritti di cura dallo statuto debole. Le politiche di cura infatti, non possono fare leva su diritti garantiti e chiaramente riconosciuti né dalla Carta costituzionale né da altre fonti normative (Costa, 2007b). Essere curati costitui-

sce ancora un «diritto incompleto» (Leira, 1993; Knijn e Kremer, 1997) dato che ottenere un aiuto o un supporto in natura non è un diritto opponibile in via legale. L'unico intervento pubblico esigibile una volta che un soggetto si trova in situazione di grave dipendenza, e comunque a seguito di un processo di valutazione di tale condizione, è l'indennità di accompagnamento, la cui erogazione non è accompagnata da alcun meccanismo in grado di assicurare che lo si riesca ad utilizzare adeguatamente o in forma congruente con i reali bisogni di cura, di accudimento e di assistenza. I tassi di copertura dei servizi pubblici italiani rivolti agli anziani sono particolarmente bassi se paragonati a quelli assicurati dagli altri paesi europei[5] o da quelli assicurati dall'indennità di accompagnamento o dal ricorso a badanti (tabella 3).

Tabella 3 - Tassi di copertura dei diversi sostegni per la Ltc in età anziana (almeno 65 anni)

	2005-2008
Servizi domiciliari*	4,0-5,0
A contenuto sanitario	3,0
A contenuto sociale	1,9
Servizi residenziali	3
Indennità di accompagnamento	9,5
Badanti	6,6

* I dati statistici disponibili non permettono di determinare quali e quante sovrapposizioni ci siano tra gli utenti che fruiscono di servizi di assistenza domiciliare sanitaria e/o sociale, motivo per cui i due tassi non possono essere sommati.

Fonte: Gori e Lamura (2009).

Lo scenario descritto può essere illustrato anche attraverso i dati di spesa per la Ltc. Secondo i dati disponibili (Chiatti e al., 2010), nel 2008 la spesa pubblica per la Ltc ha raggiunto l'1,18% del Pil, circa 18 miliardi di euro: 0,49% per spese sanitarie, 0,56% per le indennità di accompagnamento e 0,13% per gli interventi sociali dei Comuni. La spesa è cresciuta di uno scarso 0,13% tra il 2004 e il 2008, di cui il 61% per le prestazioni economiche, le indennità. La spesa privata per la Ltc rappresentata da ciò che le famiglie spendono per remunerare il lavoro delle badanti è stata stimata in circa 0,59% del Pil (Pasquinelli e Rusmini, 2009), equivalente quindi a circa metà dell'intera spesa pubblica per i bisogni di cura di lunga durata.

[5] Per problemi di spazio si rimanda ai dati europei riportati nel saggio comparativo di Carrera, Pavolini, Ranci e Sabbatini in questo numero.

Tabella 4 - I modelli regionali di Ltc per gli anziani non autosufficienti

Modello		Valori medi	Tasso di copertura	Range
1	Modello residenziale			
	(*Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta)*			
	% di anziani in assistenza domiciliare integrata	0,4	+	[0,4 - 0,5]
	% di anziani in servizi domiciliari sociali	4,3	+ + + + +	[3,8 - 4,9]
	n. di anziani in strutture residenziali (per mille)	57,9	+ + + + +	[51,0 - 64,7]
	% di anziani percettori di indennità di accompag.	9,0	+	[9,0 - 9,1]
2	Modello ad alta intensità assistenziale			
	(Emilia-Romagna, Veneto e Friuli-Venezia Giulia)			
	% di anziani in assistenza domiciliare integrata	6,5	+ + + + +	[6,0 - 7,3]
	% di anziani in servizi domiciliari sociali	2,3	+ + + +	[1,7 - 2,9]
	n. di anziani in strutture residenziali (per mille)	57,4	+ + + + +	[44,0 - 81,2]
	% di anziani percettori di indennità di accompag.	11,2	+ + +	[10,6 - 11,8]
3	Modello cash-for-care			
	(*Abruzzo*, *Calabria*, *Campania*, *Sardegna* e *Umbria*)			
	% di anziani in assistenza domiciliare integrata	3,2	+ + +	[1,8 - 5,1]
	% di anziani in servizi domiciliari sociali	1,7	+ + +	[0,6 - 2,5]
	n. di anziani in strutture residenziali (per mille)	14,0	+	[5,8 - 20,4]
	% di anziani percettori di indennità di accompag.	16,3	+ + + + +	[14,0 - 19,0]
4	Modello a media intensità assistenziale			
a)	…con un orientamento cash-for-care			
	(Basilicata, Lazio, Marche, Puglia e Toscana)			
	% di anziani in assistenza domiciliare integrata	3,0	+ + +	[1,8 - 4,1]
	% di anziani in servizi domiciliari sociali	1,2	+	[0,8 - 1,8]
	n. di anziani in strutture residenziali (per mille)	16,7	++	[5,7 - 30,6]
	% di anziani percettori di indennità di accompag.	12,3	+ + + +	[11,3 - 13,4]
b)	…con un orientamento residenziale			
	(Liguria, Lombardia e Piemonte)			
	% di anziani in assistenza domiciliare integrata	3,0	+ + +	[1,9 - 4,0]
	% di anziani in servizi domiciliari sociali	1,5	+ +	[1,3 - 1,8]
	n. di anziani in strutture residenziali (per mille)	48,2	+ + + +	[38,4 - 54,5]
	% di anziani percettori di indennità di accompag.	10,1	+ +	[9,3 - 11,0]
5	Modello a bassa intensità assistenziale			
	(*Molise* e *Sicilia*)			
	% di anziani in assistenza domiciliare integrata	2,1	+ +	[0,9 - 3,4]
	% di anziani in servizi domiciliari sociali	3,2	+ + + +	[3,1 - 3,4]
	n. di anziani in strutture residenziali (per mille)	16,4	++	[9,6 - 23,2]
	% di anziani percettori di indennità di accompag.	11,5	+ + +	[10,8 - 12,2]

* Le Regioni in corsivo in tabella hanno livelli di dipendenza superiori alla media italiana[6].

Fonte: Chiatti e al. (2010).

[6] Secondo l'unica survey dedicata a questo tema, *Condizioni di salute e utilizzo dei servizi sanitari*, la cui ultima edizione è stata condotta nel 2004-2005 e pubblicata in Istat, 2008.

Anche se in questa sede non ci si sofferma sulla descrizione dell'assetto dei servizi di cura in Italia[7], è opportuno non dimenticare che ad oggi sono riconoscibili diversi modelli regionali per quanto riguarda la risposta ai problemi di cura delle persone anziane non autosufficienti, sia in termini di livelli di copertura dei singoli servizi, sia per quanto riguardanti le scelte di spesa, il livello di medicalizzazione o il mix di interventi maggiormente sostenuti (si veda per esempio Da Roit, 2007a). Mentre alcune Regioni privilegiano le soluzioni residenziali, altre dispiegano uno sforzo maggiore sui servizi domiciliari, altre ancora bilanciano gli investimenti o si affidano quasi esclusivamente al supporto offerto dalla indennità di accompagnamento. La tabella 4 riporta un tentativo di tipizzazione dei modelli regionali costruito su indicatori di copertura (Chiatti e al., 2010), il loro valore medio e il loro range di variazione.

3. I processi che spingerebbero per le riforme

L'invecchiamento della popolazione, la diminuita capacità di cura delle famiglie e la crescita dei costi sociali della dipendenza in età anziana sono tre processi interconnessi che costituirebbero dei potenti fattori di cambiamento istituzionale nell'attuale status delle politiche di Ltc. La popolazione italiana non solo è tra le più vecchie al mondo ma presenta anche un tasso di invecchiamento tra i più elevati d'Europa. Secondo L'Istat la proporzione della popolazione anziana era nel 2009 pari al 20,1% del totale, un valore che è cresciuto del 37% in 20 anni e che è quasi raddoppiato in meno di 50 anni. Gli anziani raggiungevano quota 8,7 milioni all'inizio degli anni '90 e raggiungono oggi 11,9 milioni con un incremento netto di 3,2 milioni di individui (tabella 5). L'accelerazione dell'invecchiamento può essere meglio colta dall'analisi dell'evoluzione di coloro che hanno almeno 75 anni di età. Se essi rappresentavano circa il 3,9% della popolazione nel 1971, sono passati a costituire attualmente il 9,6% del totale (Ranci e Pavolini, 2011). Per quanto la compressione della morbilità (Lafortune e Balestat, 2007; Baltes e Smith, 2003) sia avvenuta e sia in atto in Italia, passando dal

[7] Mentre gli altri contributi in questo numero della rivista si dedicano anche alla descrizione dei servizi rivolti alle persone dipendenti, si è ritenuto di non farlo in questa sede, assumendo che il lettore ne sia a conoscenza e sappia in qualche maniera orientarsi nel dibattito attuale sul tema.

21,7% al 18,8% in età anziana, a crescere sono i numeri assoluti delle persone dipendenti, così come peggiorano le condizioni qualitative di tale dipendenza. Poiché la vita si è allungata per uomini e donne e poiché la probabilità di insorgenza di problemi di cura cresce esponenzialmente al crescere dell'età, è aumentato il numero di individui che hanno bisogno di supporto e assistenza per lo svolgimento delle attività quotidiane.

Tabella 5 - Invecchiamento e dipendenza in Italia

	Gli anni '90	Gli anni 2000	Variazione nel tempo	
	(1993/94)	(2005/08)	Assoluta	Relativa (%)
N. di anziani (in milioni)	8,7	11,9	3,2	+36,7
N. di anziani almeno 75enni (in milioni)	3,7	5,7	2,0	+54,0
N. di anziani dipendenti (in milioni)*	1,8	2,0	0,2	+9,4
N. di anziani dipendenti con severe limitazioni (in milioni)	0,7	1,0	+0,3	+35,6
N. di anziani dipendenti con limitazioni meno severe (in milioni)	1,1	1,1	-0,0	0
Tasso di dipendenza in età anziana (standardizzato)	21,7	18,8	-2,9	-13,4
Tasso di dipendenza severa in età anziana (standardizzato)	8,8	9,3	0,5	+5,7
Tasso di dipendenza meno severa in età anziana (standardizzato)	13,3	10,3	-3,0	-22,6

* Non sono compresi gli anziani istituzionalizzati.

Fonte: Ranci e Pavolini (2011).

È importante sottolineare come vi siano notevoli variazioni dei tassi di dipendenza tra le regioni italiane. Quelle meridionali presentano livelli più alti di dipendenza, spiegati in letteratura dalle peggiori condizioni socio-economiche che le caratterizzano e che finirebbero per determinare peggiori condizioni di salute in età anziana (Costa, Spadea e Cardano, 2004). I dati sopra riportati devono però essere letti congiuntamente a quelli relativi alle dinamiche demografiche in atto e ai cambiamenti strutturali nella partecipazione delle donne al mercato del lavoro. Analizzando il ciclo di vita di tre generazioni di donne italiane quarantenni messe a confronto (tabella 6), appare chiaro come le famiglie stiano diventando più strette e più lunghe dato che si fanno meno figli, li si fa a sempre più tarda età e che diverse generazioni coesistono di più rispetto al passato e soprattutto più a lungo (Istat, 2011).

Tabella 6 - Tre generazioni di quarantenni a confronto (indicatori e proiezioni)

Anno di nascita	N. medio di figli	Età media al primo figlio	% di donne che non hanno o non hanno avuto figli	N. medio di anni di coesistenza con un genitore anziano	% di donne quarantenni nel mercato del lavoro
1940	2,0	25	13	12	30
1960	1,7	27	13	18	50
1970	1,4	30	20	22	62

Fonte: Istat (2011).

Oltre il 60% delle donne quarantenni sono attualmente inserite nel mercato del lavoro, un dato che è più che duplicato nell'arco di 30 anni. Oggi, il 51,9% delle donne tra 40 e 59 anni, coloro che tradizionalmente hanno costituito la riserva di cura del nostro paese, fanno parte della forza lavoro mentre nel 1993 erano il 39,5% (Ranci e Pavolini, 2011). In un contesto in cui non ci sono stati cambiamenti significativi per quanto riguarda la divisione del lavoro familiare tra uomini e donne (Istat, 2011), non è più possibile dare per scontato che sia un'attività non problematica. Le donne italiane sono sempre più presenti nel mercato del lavoro e ci stanno sempre più a lungo visto l'inasprimento delle condizioni di eleggibilità per l'ottenimento di benefici pensionistici e la tarda età di entrata in occupazioni retribuite. Nonostante le famiglie – e soprattutto le donne – siano ancora molto presenti nelle attività di cura, come si è visto sopra, la loro capacità di curare e accudire è diminuita in termini quantitativi. Secondo i dati più recenti (*ibidem*), tra il 1998 e il 2009 il numero di ore dedicate in Italia all'accudimento di persone anziane e adulte dipendenti è diminuito da 759.000 a 730.000, quelle dedicate più strettamente alla cura personale anche di tipo sanitario da 207.000 a 151.000. Curare è diventato più problematico anche in termini qualitativi dato che è diventata sempre di più un'attività che compete per risorse scarse, vale a dire, il tempo delle persone che se ne fanno carico. Lo si continua a fare ma a scapito di sacrifici e mediazioni di non poco conto (Eurofamcare Consortium, 2006; Costa, 2007a).

L'ultimo fenomeno che spingerebbe verso cambiamenti istituzionali più ampi dell'attuale sistema di Ltc italiano riguarda i crescenti impatti socio-economici dei bisogni di cura in età anziana. Fronteggiare tali bisogni risulta da tempo problematico dal punto di vista della tenuta dei bilanci familiari. Recentemente è stata indicata come seconda

fonte di impoverimento delle famiglie italiane dopo la perdita dell'occupazione (Ceis, 2009) e non soltanto per l'aumento dei costi vivi implicato da una condizione di non autosufficienza in famiglia per il pagamento di beni e prestazioni pubbliche e private, ma anche per via delle ri-organizzazioni che attorno ai problemi di cura si avviano (Costa, 2007a). I costi sociali della care aumentano anche per via di uno scarico dei problemi di cura dal sistema sanitario a quello più prettamente assistenziale, visibile in una pluralità di meccanismi insisti nelle politiche pubbliche. Un buon esempio (ed è soltanto uno di tanti) riguarda la velocizzazione delle dimissioni ospedaliere resa necessaria dall'introduzione di formule di finanziamento degli ospedali di tipo forfetario (i Drg, *Diagnose related groups*), che finisce per sovraccaricare le agenzie (soprattutto le famiglie) che stanno più a valle nei processi di cura e di supporto alla cronicità. Ancora, se da un lato, come si vedrà oltre, le risorse destinate all'indennità di accompagnamento stanno crescendo al punto tale da suggerire azioni di controllo da parte dell'Inps, deputato al suo pagamento, va ricordato che esistono comunque delle falle nella misura in grado di determinare ingenti costi sociali. È stato infatti stimato che circa il 2% della popolazione anziana ne rimane esclusa pur avendone un estremo bisogno (Ranci e al., 2008), come, ad esempio, nel caso di coloro che presentano disabilità cognitive o mentali.

4. I tentativi di riforma e l'inerzia connessa all'architettura istituzionale delle politiche sociali

Sono numerosi i progetti di riforma dell'attuale sistema di fronteggiamento pubblico dei bisogni di cura di lunga durata presentati nell'ultimo decennio, da quando cioè nel 1997, il tema della dipendenza è entrato nell'agenda pubblica a seguito delle raccomandazioni licenziate dalla Commissione Onofri. Tale commissione, incaricata dall'allora governo di centro-sinistra di formulare delle proposte di riforma del sistema di protezione italiano, indicò tra altre azioni prioritarie, quella di ridisegnare l'insieme delle prestazioni e benefici per l'invalidità e di istituire un fondo dedicato alla non autosufficienza. Questa indicazione non fu mai seguita e i temi della dipendenza furono accantonati fino all'inizio del nuovo millennio quando, sulla scorta della legge quadro di riforma dell'assistenza 328/2000 che prevedeva all'articolo 15 di riservare una quota delle risorse del Fondo nazionale

per le politiche sociali (Fnps) ad «investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare», si ricominciò a lavorare all'ipotesi di creazione di un fondo dedicato. Tra il 2001 e il 2006 il tema fu oggetto di una relativa grande attenzione politica con la presentazione in Parlamento di numerosi disegni di legge (anche bipartisan) per innovare il sistema di protezione dai rischi connessi alla dipendenza in età anziana associandovi nuovi meccanismi di finanziamento. La maggior parte delle proposte[8] si concentrò sulle seguenti priorità di policy: fornire una copertura universalistica al rischio di non autosufficienza anche con l'adozione su tutto il territorio nazionale di meccanismi comuni di compartecipazione ai costi dei servizi; assicurare un maggior coordinamento tra politiche e interventi sociali e sanitari; aumentare i tassi di copertura dei servizi e ampliare la gamma di interventi di tipo domiciliare, in linea con quanto perseguito da altri paesi europei. Alcune proposte sono state concepite solamente per la popolazione anziana, altre per le persone dipendenti in generale, a prescindere dalla loro età. Mentre alcune pretendevano di modificare, incorporandola al nuovo sistema, l'indennità di accompagnamento, altre non ne contemplavano una sostanziale revisione. Nessuna di queste proposte di legge è avanzata in Parlamento, in parte per via dell'interruzione della legislatura, ma soprattutto perché è mancato un consenso più ampio su come eventualmente finanziarle e perché vi è stata una forte resistenza da parte di molti soggetti a mettere in discussione quelli che venivano individuati essere diritti acquisiti che, in questo caso, erano tutelati dall'esistenza dell'indennità di accompagnamento così come era ed è concepita.

La finestra di opportunità apertasi con la 328/2000 per la realizzazione di un'ampia riforma di carattere istituzionale del sistema pubblico di fronteggiamento della dipendenza si è in realtà ristretta anche a causa della riforma del titolo V della Costituzione del 2001. A distanza di pochi mesi dall'emanazione della legge quadro sull'assistenza, infatti, la riforma costituzionale ha ampliato la potestà legislativa delle Regioni assegnando loro competenza esclusiva in materia di assistenza, lasciando allo Stato il solo compito di «definire dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere

[8] Per una loro disamina dettagliata, si rimanda a Gori, 2008.

garantiti su tutto il territorio nazionale» (art. 117, comma *m*, Titolo V della Costituzione). Le Regioni, erano già enti con ingenti competenze programmatorie in una pluralità di materie ma la loro iniziativa era fortemente limitata dal governo centrale e soffrivano della forte dipendenza indotta da un sistema di finanziamento basato su trasferimenti vincolati (Brosio, 2003; Arlotti, 2009). Con la riforma costituzionale, le Regioni si sono viste investite di un nuovo ruolo in linea con i processi di devoluzione, rescaling e sussidiarizzazione delle politiche sociali in atto in Europa (Kazepov, 2008), assumendo una maggiore centralità quali attori nel campo delle politiche sociali. Tale centralità non è stata però adeguatamente supportata dalla leva impositiva: se in termini generali abbiamo assistito ad un accrescimento dei margini di autonomia finanziaria regionale, in particolare attraverso la leva tributaria, è anche vero che a partire dal 2001 lo Stato centrale è intervenuto sistematicamente a limitare questa autonomia, per esempio «congelando» la possibilità delle Regioni di agire autonomamente sulle aliquote Irap o delle addizionali regionali Irpef. Se si considera poi che i tributi regionali si concentrano quasi esclusivamente sul finanziamento del comparto sanitario e che gli interventi assistenziali rimangono maggiormente dipendenti da trasferimenti centrali, si capisce come il margine di manovra attribuito alle Regioni sia, in sostanza, piuttosto modesto.

La supposta centralità delle Regioni non è stata altresì supportata dalla fissazione di livelli minimi (o essenziali che dir si voglia) di assistenza, utili non solo a tutelare diritti universali di cittadinanza ma a garantire – almeno a copertura di tali livelli minimi – il finanziamento delle politiche sociali da parte del governo centrale. Le risorse del Fnps dedicate al finanziamento dei servizi in drastico calo a partire dal 2011 in poi, sono così trasferite alle Regioni senza vincoli per ciò che riguarda la loro destinazione d'uso[9]. Ogni Regione utilizza le risorse di competenza in base alle proprie normative e alla propria programmazione, aggiungendovi eventualmente delle risorse proprie e attribuendole poi ai Comuni associati in ambiti. Ad oggi, a differenza delle politiche previdenziali e sanitarie, nonché degli interventi assistenziali gestiti a livello centrale che si configurano come diritti individuali soggettivi, garantiti e legittimati, per le politiche assistenziali territoriali non esiste

[9] Fanno eccezione le risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza e quelle relative al Fondo straordinario per gli asili nido, entrambi implementati con la (allora) Legge finanziaria del 2007.

allo stato attuale alcun meccanismo in grado di assicurare la fornitura e l'accesso di prestazioni minime e lo stallo in cui ci si è trovati a livello nazionale non è stato finora colmato dall'iniziativa regionale. Le Regioni, a quasi un decennio dalla riforma illustrata, faticano infatti a diventare protagoniste per quanto riguarda l'intera partita del sociale, e a concentrare i propri sforzi regolativi in campi di policy maggiormente cruciali in termini di risorse[10] e più strutturati dal punto di vista istituzionale[11]. L'inerzia delle Regioni è dovuta ad una pluralità di motivi. Innanzitutto va ricordato che la maggior parte delle risorse finanziarie dedicate alla dipendenza sono di derivazione comunale (70% in media, Istat, 2009) mentre quelle derivanti dai budget regionali o comunque intermediate (perché provenienti dal Fnps) dalle Regioni sono molto più ridotte. La relativa modestia delle risorse regionali messe in campo fa sì che la capacità di condizionare i sistemi di offerta locali sia piuttosto bassa. Inoltre, va rilevato che in assenza di incentivi forti (quali potrebbero per esempio costituire la definizione di livelli essenziali di assistenza con un connesso congruo finanziamento), è molto difficile intercettare e modificare nella sostanza il quadro di forte disomogeneità sia nella dotazione di servizi e di interventi a favore dei cittadini, sia nelle loro logiche di accesso (Costa, 2009), soprattutto in un contesto come quello di molte città italiane, caratterizzato dalla forte pressione da parte della domanda e dalla crescita dei numeri di coloro che si rivolgono ai servizi sociali.

Nel 2007 il Governo (retto da una colazione di centro-sinistra guidata da Romano Prodi) lanciò un disegno di riforma delle politiche di cura ma dopo la sua approvazione in Parlamento, la fine prematura della legislatura fece sì che del disegno originale restasse solamente l'istituzione di un Fondo nazionale per la non autosufficienza presso il Ministero della Solidarietà sociale dotato di 500 milioni di euro (in seguito portati ad 800) su un triennio (dal 2007 al 2009) teso al finan-

[10] In primis nella sanità che rappresenta mediamente il 60% delle spese regionali (Arlotti e Righettini, 2009).

[11] Un'eccezione in questo senso è costituita dalla programmazione sociale della Regione Piemonte che con il nuovo *Piano triennale 2010-2012 degli interventi e dei servizi sociali della Regione Piemonte* ha stabilito che «in attesa della definizione da parte dello Stato dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (Liveas), ed in coerenza con il comma 1 dell'art. 18 della l.r. 1/2004, la Regione Piemonte, ritiene non rimandabile realizzare una prima configurazione di Livelli essenziali e omogenei delle prestazioni (Lep), attraverso la razionalizzazione e la stabilizzazione di servizi già posti in essere» (p. 21).

ziamento di livelli essenziali (non definiti però) per le persone dipendenti. Il finanziamento del Fondo è stato confermato grazie ad un accordo firmato con le Regioni per il 2010 con 400 milioni di euro e poi azzerato a partire dal 2011, in uno scenario, come noto, di taglio generalizzato delle risorse destinate a finanziare l'insieme delle politiche sociali nel nostro paese.

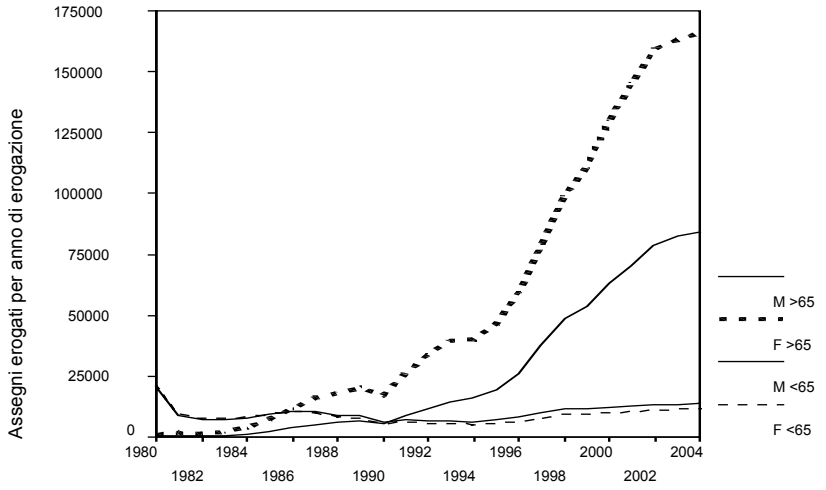
Nonostante non sia stata ancora prodotta sufficiente ricerca empirica circa l'impatto dell'innesto di nuove risorse sui sistemi regionali sappiamo che gli orientamenti nel loro uso sono stati alquanto dissimili (Beltrametti, 2008). Il Fondo ha messo a disposizione delle risorse aggiuntive per la non autosufficienza, per quanto davvero modeste nella loro entità complessiva. Alcune Regioni le hanno utilizzate per sviluppare o abbozzare politiche proprie tese all'aumento dei tassi di copertura dei servizi, all'ampliamento della gamma di offerta o semplicemente all'analisi e revisione della propria normativa per cercare di armonizzarla, almeno parzialmente. Le differenze più evidenti nei comportamenti regionali rimandano alla priorità data agli interventi in natura rispetto a quelli monetari e all'effettivo utilizzo dei fondi per sostituire risorse venute meno da altre fonti, visto il concomitante declino delle risorse finanziarie provenienti dal Fnps (Cembrani e al., 2010), o per ampliare in effetti i finanziamenti per l'Ltc. In ogni caso, senza ulteriori investimenti è difficile che abbia avuto un impatto duraturo sui sistemi regionali di fronteggiamento della dipendenza vista la sua modestia, la sua breve durata e l'esposizione che ha avuto, lungo il suo breve tempo di vita, alle intemperie della politica.

5. Fattori di inerzia connessi a «successi» di nuove e vecchie soluzioni

Verranno ora discussi i principali fenomeni che avrebbero avuto un ruolo inerziale rispetto a possibili riforme nelle politiche di cura rivolte alle persone anziane dipendenti (Ranci e Pavolini, 2011). Essi sono connessi al ruolo che hanno assunto negli anni l'indennità di accompagnamento (d'ora in poi Ida) e il consolidamento di un mercato privato di cura. Dal 1980, quando è stata istituita, i tassi di copertura dell'indennità sono cresciuti esponenzialmente così come l'età media dei suoi beneficiari. Per via dei cambiamenti demografici ed epidemiologici descritti sopra, e in assenza di revisioni sostanziali dei suoi criteri di eleggibilità e nel suo ammontare (che è restato a somma fissa), l'Ida ha cambiato completamente il proprio target di riferimento e

ne è stato modificato l'uso prevalente. Come si evince dalla figura 2, l'aumento nei tassi di copertura è stato consistente a partire dai primi anni '90, con un tasso di nuovi beneficiari pari al 13%, quasi completamente dovuto all'ingresso di anziani nella misura.

Figura 2 - Evoluzione (in serie storica) delle nuove erogazioni annue di indennità di accompagnamento, per genere e età di inizio fruizione



Fonte: Ranci e al. (2008).

Tra il 2006 e il 2010 il tasso di copertura dell'indennità tra gli anziani è passata dall'8,4% al 10,7%[12]. A che cosa è dovuto questo aumento del 20% in soli 5 anni? Benché vi siano più possibili fattori alla base di questa esplosione dei numeri relativi alla misura, appare evidente come sia riconducibile innanzitutto all'invecchiamento relativo della popolazione anziana visto che la proporzione di ultra 75enni sul totale della popolazione anziana è progressivamente aumentata. Poiché sappiamo che l'attuale distribuzione dei beneficiari dell'indennità per classe di età vede che oltre il 50% di loro ha più di 80 anni (*ibidem*), appare chiaro come questa sia una misura che sempre di più si concentra su soggetti gravemente dipendenti molto anziani. Gli altri

[12] Dati dal sito www.inps.it

aspetti che potrebbero in qualche maniera spiegare l'espansione dell'indennità riguardano il crescente *welfare consumerism*, collegato in questo caso, alla sempre maggiore visibilità sociale della dipendenza e all'aumento della consapevolezza da parte dei cittadini dei propri – seppur limitati – diritti, l'assenza di altri interventi continuativi ed esigibili, la mancanza di misure universalistiche di sostegno al reddito, la disponibilità sul mercato di persone disposte a lavorare come *caregiver* (il che incentiverebbe i soggetti e le loro famiglie a chiedere l'indennità) e la separazione attualmente vigente tra chi finanzia la misura (lo Stato centrale) e chi verifica la pertinenza delle domande, valutando le condizioni psico-fisiche di coloro che ne fanno richiesta (le Asl) (Gori, 2010). Dal 2011, proprio per ridurre le distorsioni che potrebbero sorgere nel processo di valutazione e poi attribuzione della misura, le commissioni sanitarie delle Asl deputate alla valutazione delle domande sono composte anche da un medico dell'Inps.

Ancora, nonostante l'indennità sia una misura universalistica destinata a coloro che sono giudicati essere dipendenti sulla base di criteri almeno teoricamente definiti a livello nazionale, il suo tasso di copertura della popolazione anziana nelle diverse regioni italiane è molto dissimile e, in ogni caso, non spiegabile da differenze epidemiologiche. Calabria (15,6%), Campania (15,0%), Sardegna (13,9%) e Umbria (18,2%) sono le Regioni con un numero relativamente più alto di beneficiari. Tra il 2006 e il 2010 la popolazione anziana è cresciuta del 4,3% mentre i percettori dell'indennità sono aumentati del 32,8% (del 25,1% tra i 65-79enni e del 36,4% tra gli 80+). Gli scarti tra l'aumento della popolazione e l'aumento del tasso di copertura dell'indennità variano da Regione a Regione. Secondo alcuni osservatori saremmo di fronte a comportamenti chiaramente opportunistici[13] nell'uso di questa indennità a livello locale che necessitano di essere in qualche modo messi a fuoco. Non a caso l'Inps ha avviato una massiccia campagna di verifiche nel corso del 2010 su una misura che sembra essere fuori controllo.

L'Italia spende oltre 12 miliardi di euro l'anno per l'Ida (come si è visto, perlopiù per le persone anziane). Recenti stime mostrano che le risorse economiche dedicate assicurano livelli di copertura che non distano molto da quelle raggiunte da paesi, come la Francia e la Germania, che hanno riformato radicalmente il proprio sistema di protezione dei rischi di dipendenza (Ranci e al., 2008). Queste ingenti risorse non possono quindi essere ignorate in qualunque ipotesi di riforma si rie-

[13] L'Italia ha una lunga «tradizione» in questo senso: si veda Paci e Ascoli, 1984.

sca avviare nel nostro paese. In un contesto di ristrettezze finanziarie per le politiche sociali come quello attuale, di alta pressione fiscale e di «austerità permanente» (Pierson, 2001) risulta arduo finanziare una riforma ampia per la Ltc senza intaccare ciò che già oggi viene (in modo crescente peraltro) dedicato all'indennità. È però allo stesso tempo molto difficile «toccare», una parola che ricorre spesso nel dibattito sul tema, questa misura. La ricerca empirica mostra come la maggior parte degli attuali beneficiari dell'indennità la spendano per procurarsi qualche forma di supporto (Da Roit, 2008) e come, tra gli aspetti maggiormente apprezzati, vi sia proprio la libertà con cui lo si può fare. Vista la scarsità di risposte pubbliche alternative per la Ltc, l'alta frammentazione e la discrezionalità con cui vengono messe a disposizione nelle diverse zone del paese, l'Ida costituisca l'unica reale misura per sostenere l'«*ageing in place*» (Oecd, 2003). Questo è anche il motivo per cui le organizzazioni di disabili e di persone anziane non autosufficienti hanno dato vita a ciò che in letteratura vengono definite «*advocacy coalition*» (Sabatier e Weible, 2007; Sabatier e Jenkins-Smith, 1993), bloccando i tentativi di revisione dell'indennità quand'anche fosse per conglobarla entro schemi più ampi e integrati di intervento. Tale resistenza non ha peraltro impedito di continuare a fare pressione per far sì che si trovino soluzioni adeguate ai problemi di Ltc. Anche i sindacati di pensionati e le organizzazioni dei disabili di secondo e terzo livello (la Fish, Federazione italiana superamento handicap e la Fand, Federazione associazioni nazionali disabili) hanno operato nella stessa direzione in questo ultimo decennio, anche se con obiettivi interni e strategie non sempre congruenti tra loro. In ogni caso, l'azione di tutti questi soggetti ha rappresentato un risultato eccezionale in un contesto, come quello italiano, da sempre caratterizzato da un forte particolarismo categoriale nell'uso delle risorse di welfare. Come è stato confermato da gran parte dei policy maker, osservatori e attivisti intervistati per la ricerca qui illustrata nei suoi aspetti più salienti, nessuno vuole rischiare il certo per l'incerto anche se i limiti dell'indennità in quanto tale sono evidenti a tutti. Questa misura infatti è costituita da una somma in cifra fissa (*flat rate*) non commisurata al livello di bisogni individuali e rappresenta quindi una discreta compensazione economica per coloro che presentano livelli di dipendenza relativamente più modesti e possono contare su forme di supporto informale, ma appare completamente inadeguata per coloro che hanno bisogno di assistenza 24 ore su 24 e che non possono contare sull'aiuto fattivo di familiari. Un altro suo limite riguarda l'assenza di

forme di accompagnamento all'uso della misura e di case management. Le famiglie si trovano a dover organizzare l'assistenza molto spesso in totale autonomia. In ogni caso, va ricordato, la misura sembra essere stata in grado di contenere almeno in parte i bisogni più pressanti, il che spiega la resistenza offerta ad una sua riorganizzazione.

Il secondo fattore inerziale per la riforma delle politiche di cura riguarda il «successo» ottenuto dalle badanti, perno di un «welfare nascosto» (Gori, 2002) che ha funzionato relativamente bene senza alcun intervento e sforzo regolativo pubblico. Questa soluzione tutta privata non è stata oggetto di interventi pubblici espliciti e specifici per la Ltc o per le politiche familiari e solo molto tardivamente lo è stata per le politiche migratorie, tradizionalmente non connesse al campo di policy di cui qui ci si occupa. Le politiche migratorie non hanno messo a fuoco lo specifico delle badanti nonostante la loro crescita numerica in un paese che ha assunto un ruolo attrattore nei confronti di cittadini extracomunitari, proprio a ridosso dell'esplosione del fenomeno badanti. Il «tema badanti» è entrato nel dibattito pubblico molto lentamente, quando erano già massicciamente presenti nelle case degli italiani e in un momento storico in cui l'accelerazione dell'invecchiamento e i rischi sociali ad esso connesso hanno assunto un'importanza inedita nella scena pubblica. All'inizio degli anni 2000, il governo italiano è stato obbligato in qualche modo a prendere atto di ciò che stava accadendo e della centralità che le badanti stavano assumendo nelle strategie per fare fronte ai bisogni di cura a lungo termine, grazie anche alla pressione esercitata in questo senso da organizzazioni di varia natura, in primis quelle cattoliche come la Caritas e quelle ad orientamento politico di sinistra (Van Hooren, 2008). Tale presa d'atto ha però mostrato i suoi effetti solamente nell'alveo delle politiche migratorie attraverso l'introduzione di condizioni preferenziali per l'ottenimento dei documenti di soggiorno ai lavoratori di cura mentre nessun altro supporto è stato attivato a livello nazionale per accompagnare questo passaggio.

Per comprendere appieno le implicazioni di questo riorientamento nelle politiche migratorie in termini di cambiamento istituzionale graduale delle politiche di Ltc, come affermato fin dall'introduzione dell'articolo, è importante illustrare brevemente come si sono evolute tali politiche per quanto riguarda le badanti. Le politiche migratorie, come è noto, si sono finora basate in Italia su due strumenti principali. Il primo e più importante in termini di numero di persone che ne hanno usufruito, sono le sanatorie. Queste hanno avuto l'obiettivo di

regolarizzare la presenza sul territorio italiano di coloro che già vi erano presenti al momento del loro annuncio e avvio. Sono state realizzate negli anni 1986, 1990, 1995, 1998, 2002 e, come si chiarirà appena oltre, nel 2009. Il secondo strumento sono stati i decreti-flusso. Secondo la normativa attuale, tali decreti vengono definiti annualmente (numeri e composizione interna) ma sulla base di una programmazione triennale che coinvolge governo e parti sociali sulla base dei bisogni di mano d'opera rilevati nel mercato del lavoro. Prima della Riforma Turco-Napolitano del 1998 non vi era nella normativa per l'immigrazione alcun riferimento ai lavoratori domestici. È stato nella Legge Bossi-Fini del 2002, approvata dal governo di centro-destra, che è stata per la prima volta inserita una clausola di vantaggio per i lavoratori domestici, accettando la regolarizzazione di coloro che potessero provare di essere impiegati presso una famiglia italiana da almeno tre mesi prima. Sono stati altresì aumentati i flussi per coloro che avessero fatto domanda di entrare regolarmente nel nostro paese come tali. Fino ad allora, la cura e il lavoro domestico venivano equiparate nella normativa. La consapevolezza del fatto che il lavoro di cura necessitasse di un trattamento differenziato è andata crescendo nel corso degli anni anche sulla scorta di campagne mediatiche in cui si evidenziava la crescente importanza delle badanti nel sorreggere un sistema di welfare deficitario e carente per le persone dipendenti e le loro famiglie. Nel 2009 il governo ha dovuto fare marcia indietro rispetto alle proprie dichiarazioni programmatiche e lanciare quella che è stata da più parti definita come «sanatoria badanti» anche se riguardava anche altre tipologie di lavoratori domestici. In quella occasione i problemi di cura vennero alla ribalta per via di una norma – il «Pacchetto sicurezza» – licenziata in quegli stessi mesi che avrebbe fatto sì che le famiglie che impiegavano badanti straniere senza regolare permesso di soggiorno per sopperire ai propri bisogni di cura fossero perseguibili legalmente. Ci si aspettavano circa 500.000 domande di regolarizzazione, ma ne sono state presentate nell'ambito della sanatoria 2009 solamente 295.000 e di queste appena 114.000 da badanti e famiglie (Pasquinelli e Rusmini, 2010). È stato stimato che a seguito della sanatoria ci siano circa 754.000 badanti impiegate presso le famiglie italiane, di cui il 46% con regolare permesso di soggiorno e contratto, il 28% con permesso di soggiorno ma senza contratto di lavoro e il 26% completamente irregolari, sia sul fronte della permanenza sul territorio italiano, sia su quello contrattuale. Nonostante l'ultima sanatoria dunque, circa metà del mercato opera in un contesto di illegalità.

Nonostante si sia sostenuto che il 2002 è stato un punto di svolta per quanto riguarda l'orientamento politico verso i «migranti che curano« (Van Hooren, 2008), le politiche di immigrazione hanno continuato a basarsi su sanatorie *ex post* per regolarizzare coloro già presenti che non su strumenti *ex ante* (Bettio, Simonazzi e Villa, 2006; Costa e Pavolini, 2007), contribuendo a perpetuare un mercato del lavoro irregolare e poco costoso vista l'oggettiva difficoltà di impiegare personale in forma regolare perché in assenza di documenti validi di soggiorno quindi anche di contratti formali. Infatti, le famiglie hanno continuato ad aspettare eventuali sanatorie per regolarizzare la loro posizione e quella delle persone che lavoravano presso di loro, alimentando una forma di «abuso per necessità» che spinge gli attori sociali ad infrangere le leggi (Ambrosini, 2007). Il canale alternativo per regolarizzare la permanenza sul nostro territorio di un individuo extracomunitario attraverso la chiamata resa possibile dai decreti-flusso, non si è rivelato efficace in un mercato che necessita di interazioni faccia a faccia come quello della cura, in cui le parti in causa si devono conoscere e «testare» prima di prendere delle decisioni anche temporaneamente definitive come quella di assumere qualcuno o di lavorare per qualcuno. Il meccanismo dei decreti-flusso prevede che se una persona è già in Italia deve rientrare nel proprio paese di origine per essere successivamente chiamato nell'ambito delle procedure previste. Problemi connessi allo scarto sistematico tra il numero di domande presentate e il numero di lavoratori ammessi per tramite dei decreti-flusso[14], nonché problemi legati alla continuità assistenziale (che verrebbe meno nel caso una badante debba tornare in patria per poi essere richiamata) hanno fatto sì che la maggior parte delle famiglie italiane non seguisse questa via.

Nessuno sforzo è stato poi fatto per connettere l'erogazione dell'indennità di accompagnamento a questo mercato privato anche se l'evidenza empirica ha da tempo mostrato come risorse pubbliche vadano ad alimentare anche pratiche irregolari (per quanto comprensibili). L'unico tentativo di regolare e qualificare questo mercato è stato la creazione del «Contratto nazionale collettivo di lavoro sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico», di cura o meno, istituito per

[14] Sono state presentate alcune proposte in Conferenza Stato-Regioni per scorporare i flussi relativi alle badanti da quelli relativi ad altre tipologie di lavoratori. Queste potrebbero essere considerate un altro tentativo di privilegiare una componente ormai essenziale e irrinunciabile del sistema di welfare all'italiana.

fissare livelli salariali e contributivi minimi e per definire tutele e condizioni lavorative di base. Nonostante ciò, come si è visto, solamente il 46% delle assistenti familiari sono impiegate attraverso questo contratto, anche per via del fatto che esso ha aumentato notevolmente i costi del ricorso a badanti, soprattutto nel caso di lavoro reso in regime di coabitazione. Il tentativo di far emergere del lavoro nero attraverso l'introduzione di uno specifico contratto di lavoro non è stato coronato da pieno successo: se da un lato è ancora difficile regolarizzare la posizione di chi non ha documenti di soggiorno, sono davvero pochi gli incentivi a farlo quando ciò invece sarebbe possibile: i controlli sono scarsi e non vi sono attualmente benefici fiscali (deduzioni/detrazioni) tali da compensare le famiglie per i maggiori costi che emergono da applicare correttamente il contratto.

Sul fronte delle badanti, a differenza di quanto affermato precedentemente, l'inerzia nazionale è stata in qualche modo superata da iniziative locali e regionali che hanno sviluppato politiche locali per supportare le famiglie, per qualificare il lavoro di cura e migliorare le relazioni tra chi chiede e chi offre lavoro di cura (Costa e Pavolini, 2007). Tali politiche hanno previsto a livello comunale o di ambito, la creazione di registri pubblici e albi badanti (in cui si iscrivono persone che rispondono ai criteri qualitativi per lo svolgimento di lavoro di cura cui possono fare riferimento le famiglie che ne avessero bisogno e da cui attingono in taluni casi le agenzie locali per il lavoro), lo sviluppo di corsi di formazione per badanti, il lancio di campagne che promuovono il lavoro regolare e l'integrazione dei servizi di cura pubblici con quello reso da badanti. A livello regionale invece, le politiche hanno previsto il sostegno di iniziative di formazione valide su tutto il territorio e l'erogazione di assegni di cura sottoposti alla prova dei mezzi, destinati a coloro che impiegano badanti con un contratto regolare in modo da pagare almeno in parte i loro costi contributivi. Le Regioni che al 2010 avevano attivato tali assegni sono l'Abruzzo, l'Emilia-Romagna, il Friuli-Venezia Giulia, il Veneto, la Sardegna e la Valle d'Aosta, con criteri di accesso, durata e ammontare molto diversificati (Pasquinelli e Rusmini, 2010). Questi tentativi di sostenere il mercato di cura sono sì innovativi (se lo si giudica poi dal numero di pubblicazioni ad essi dedicate in questi anni, soprattutto sugli assegni di cura si potrebbe essere portati a pensare che abbiano rappresentato addirittura una rivoluzione radicale del nostro sistema di sostegno ai bisogni di cura) ma se si analizzano i numeri cui si riferiscono però, si evince come essi siano stati dotati di risorse estremamente modeste e come

in realtà abbiano potuto intercettare un numero molto ridotto di famiglie e di badanti.

In conclusione, ciò che emerge da questa breve analisi è che le scelte pubbliche rispetto alla regolazione di questo mercato in questi ultimi dieci anni sono state funzionali sia alla crescente domanda di cura (a buon mercato) da parte delle famiglie italiane, sia alle casse pubbliche che non hanno dovuto così sopportare i costi di rispondere a tale domanda, evitando di accrescere le risorse dedicate ai servizi e interventi pubblici. L'assenza di azioni di indirizzo incisive rispetto all'emergere di un mercato privato non regolato può essere, almeno in parte, interpretata come un effetto intenzionale? I dati raccolti non permettono di fornire una risposta sufficientemente circostanziata e supportata dall'evidenza empirica. Più convincente è l'idea che il «successo» del lavoro delle badanti possa essere considerato un fattore di inerzia rispetto all'avvio di riforme più impegnative (quanto meno per le finanze pubbliche) della Ltc.

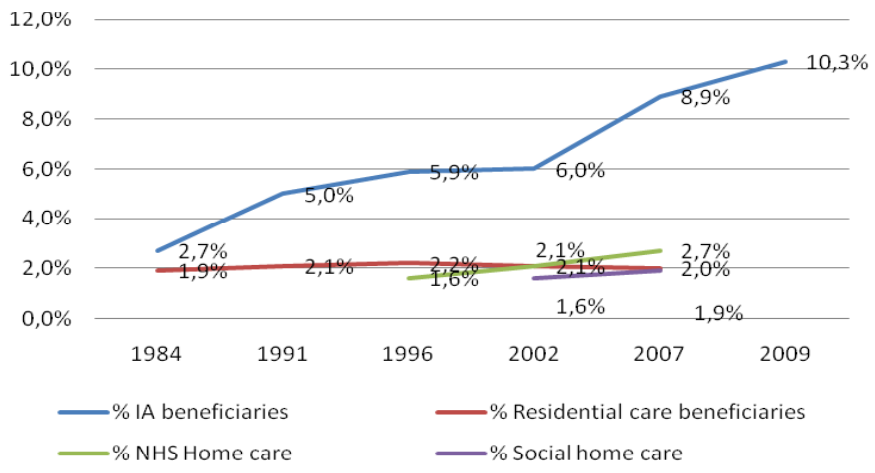
Molti sono però gli osservatori che mettono in discussione la sostenibilità di lungo periodo di siffatta via privata alla soluzione (parziale e spesso problematica, non va dimenticato) di problemi di dipendenza. Nei prossimi venti anni assisteremo a carenze di persone disposte a curare a domicilio soprattutto su base continuativa e in regime di coabitazione, come mettono in luce anche alcune ricerche sul campo (ad esempio Pasquinelli e Rusmini, 2009); i benefici pensionistici saranno rispetto ad oggi decurtati per via dell'andata a regime delle riforme degli ultimi anni, il che, visto che la domanda di badanti si è dimostrata essere elastica rispetto ai livelli di reddito (Ranci e al., 2008), implicherà che le disuguaglianze nel ricorso alle badanti saranno più manifeste rispetto ad oggi (non va dimenticato infatti che la proporzione di persone non assistite è ancora molto elevata) e forse dunque non più eludibili.

6. Conclusioni: mancate riforme, inerzia e cambiamento nelle politiche di Ltc in Italia

Come si ha avuto occasione di illustrare, si sono verificate massicce riorganizzazioni sociali attorno ai bisogni di cura di lungo periodo negli ultimi due decenni in Italia. Esse sono però avvenute in un contesto di sostanziale inerzia istituzionale: non solo i tassi di copertura dei servizi pubblici in natura sono oggi quasi pari a quelli di dieci anni fa

(figura 3) ma l'unica misura che ha dimostrato di riuscire ad accompagnare i processi demografici di invecchiamento e i bisogni di cura ad essi connessi è stata l'indennità di accompagnamento, un supporto che non ha subìto alcune forma di manutenzione e aggiornamento regolativo da quando è stata istituita. Il regime di cura italiano è stato però profondamente modificato dall'ingresso sulla scena delle badanti e dallo sviluppo e successivo consolidamento di un mercato privato di cura. Non a caso c'è chi si riferisce al caso italiano non più come a un modello di cura basato sulla famiglia o familistico, ma come a un modello basato sul lavoro immigrato dentro alla famiglia (Bettio, Simonazzi e Villa, 2006).

Figura 3 - Evoluzione dei servizi e interventi per le persone anziane dipendenti in Italia (anni 1984-2009)



Fonte: Ranci e Pavolini (2011).

Usando la letteratura sul cambiamento istituzionale, l'evoluzione delle politiche di Ltc a livello nazionale può essere interpretata in termini di parziale «trasformazione graduale» (Streeck e Thelen, 2005; Mahoney e Thelen, 2010). Le istituzioni infatti, per mantenere il loro carattere originario, hanno bisogno di un mantenimento attivo. Necessitano di essere ridefinite e rimesse a fuoco e in particolari contesti, anche di

essere più profondamente ricalibrate e rinegoziate in risposta ai cambiamenti sociali, economici, demografici e politici degli ambienti in cui sono incardinate. Lo scarto tra programmi sociali e cambiamenti nei profili di rischio cui si rivolgono può essere il risultato di processi naturali o di deliberate scelte politiche. Quale è il modo più opportuno di interpretare il caso italiano? Fino a che punto la mancanza di azioni incisive nei confronti delle politiche di Ltc può essere intesa come non intenzionale e fino a che punto viceversa va letta come il risultato di un approccio razionalmente perseguito visti gli elementi di contesto? Qualunque sia la risposta a queste domande appare evidente come l'esistenza e il successo dell'indennità di accompagnamento e delle badanti in questo momento storico (che perdura) abbiano portato ad un'inerzia apparente delle politiche pubbliche di Ltc e a – quanto meno – ritardare ulteriori investimenti su di loro. Da quando sono entrati nell'agenda pubblica, i bisogni di cura a lungo termine sono stati oggetto di numerose proposte di riforma che hanno avuto l'intento di rivedere il sistema per fare fronte ai rischi da essi derivati. Alcuni di loro hanno previsto di collegare l'indennità di accompagnamento, la misura che assorbe gran parte delle risorse pubbliche in questo campo, al sistema dei servizi, includendo quelli privati resi dalle badanti. L'instabilità politica associata ai vincoli di bilancio e alle resistenze di gruppi di interesse consolidati hanno minato qualunque tentativo di cambiare la regolazione dell'indennità dando però vita a soluzioni originali (ma non scevre di problematicità) come quella dell'ampio ricorso al lavoro di cura delle donne immigrate, in grado di fornire prestazioni flessibili e poco costose, per quanto non sempre ottimali. Nel caso italiano si può dunque concludere che l'universalismo abbia paradossalmente reso più difficili cambiamenti radicali nelle politiche di Ltc. Nella logica – razionale visto lo scenario di contesto – di «non rischiare il certo per l'incerto» e di non mettere a repentaglio diritti acquisiti, si è reso difficile allargare e differenziare gli interventi pubblici per i bisogni di cura di lunga durata e ci si è focalizzati – attori privati e pubblici – nell'alimentare risposte private.

Riferimenti bibliografici

Ambrosini M., 2007, *Una persona in famiglia? Oltre la privatizzazione dei rapporti di lavoro*, «www.qualificare.info», n. 8.

Arlotti M., 2009, *Regionalism Italian style? Reflections on the Financial Dimension of Regional Social Policy*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 259-268.

Arlotti M. e Righettini M.S., 2009, *Livelli di governo e processi di governance*, in Kazepov Y. (a cura di), *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma, pp. 81-88.

Ascoli U. e Paci M., 2004, *Il sistema di welfare italiano tra tradizione clientelare e prospettive di riforma*, in Ascoli U. (a cura di), *Welfare State all'Italiana*, Laterza, Bari.

Baltes P.B. e Smith J., 2003, *New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age*, «Gerontology», n. 49, pp. 123-135.

Beltrametti L., 2008, *Le strategie di finanziamento*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma.

Bettio F. e Plantenga J., 2004, *Comparing Care Regimes in Europe*, «Feminist Economics», vol. 10 (1), pp. 85-113.

Bettio F., Simonazzi A. e Villa P., 2006, *Change in Care Regimes and Female Migration: The Care Drain in the Mediterranean*, «Journal of European Social Policy», vol. 16 pp. 271-285.

Brosio P., 2003, *Intergovernmental Relations in Italy*, disponibile sul sito Iref: http://www.irefeurope.org/col_docs/doc_20_fr.pdf.

Ceis, 2009, *VI Health Report*, Fondazione Economia Tor Vergata, Università di Roma Tor Vergata.

Cembrani F., Cogno R., Gori C., Pesaresi F. e Ragaini F., 2010, *Le politiche nazionali*, in Gori C. e Nna - Network non autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo rapporto*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, pp. 41-76.

Chiatti C., Barbabella F., Lamura G. e Gori C., 2010, *La «bussola» di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in Gori C. e Nna - Network non autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo rapporto*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, pp. 13-40.

Colombo A., 2005, *Evoluzione del lavoro domestico in Italia*, in «Polis», vol. 19, n. 3, pp. 435-464.

Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, 1997, *La spesa per l'assistenza*, documento base n. 3, Roma.

Costa G., 2007a, *Quando qualcuno dipende da te. Per una sociologia della cura*, Carocci, Roma.

Costa G., 2007b, *Sistemi locali di welfare per la non autosufficienza a confronto*, in Costa G. (a cura di), *Politiche per la non autosufficienza in età anziana*, Carocci, Roma, pp. 49-72.

Costa G., 2009, *Prove di welfare locale. La costruzione di livelli di assistenza in Provincia di Cremona*, Franco Angeli, Milano.

Costa G. e Pavolini E., 2007, *Lavoratori immigrati nel welfare regionale: politiche e nodi regolativi*, in «Mondi migranti», n. 3, pp. 131-156.

Costa G., Spadea T. e Cardano M., 2004, *Disuguaglianze di salute in Italia*, «Epidemiologia e Prevenzione», n. 28, pp. 1-161.

Da Roit B., 2007a, *Politiche regionali a confronto: Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto*, in Costa G. (a cura di), *Politiche per la non autosufficienza in età anziana. Attori, risorse e logiche a partire dal caso lombardo*, Carocci, Roma.

Da Roit B., 2007b, *Changing Intergenerational Solidarities within Families in a Mediterranean Welfare State*, «Current Sociology», vol. 55 (2), pp. 251-269.

Da Roit B., 2008, *Gli anziani beneficiari dell'indennità di accompagnamento. Risultati di un'indagine esplorativa*, in Gori C. (a cura di) *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma.

Eurofamcare Consortium, 2006, *Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*, reperibile sul sito del programma Eurofamcare: http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare.

Ferlie E., Lynn L.E. e Pollitt C. (a cura di), 2005 *The Oxford Handbook of Public Management*, Oxford University Press, Oxford.

Fujisawa R. e Colombo F., 2009, *The Long-term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand*, Oecd Health Working Paper n. 44, Oecd Publishing, Parigi.

Gori C., 2002, *Il welfare nascosto*, Carocci, Roma.

Gori C., 2008, *Il dibattito sulla riforma nazionale*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme nazionali per i non autosufficienti: Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Carocci, Roma.

Gori C., 2010, *La corsa all'indennità di accompagnamento: cosa c'è dietro?*, «I luoghi della cura», vol. 8 (3), pp. 5-10.

Gori C. e Lamura G., 2009, *Lo scenario complessivo*, in Gori C. e Nna - Network non autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, pp. 17-34.

Groppi A., 2010, *Il welfare prima del welfare. Assistenza alla vecchiaia e solidarietà tra generazioni a Roma in età moderna*, Viella, Roma.

Istat, 2008, *Condizioni di Salute e ricorso ai servizi sanitari - Anno 2005*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma, disponibile sul sito: www.istat.it.

Istat, 2009, *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni - Anno 2006*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma.

Istat, 2011, *Rapporto Annuale 2010*, disponibile sul sito www.istat.it.

Kazepov Y. (a cura di), 2009, *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma.

Knijn T. e Kremer M., 1997, *Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Toward Inclusive Citizenship*, in «Social Politics», vol. 4(3), pp. 328-361.

Lafortune G. e Balestat G., 2007, *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 Oecd Countries and the Future Implications*, Oecd Health Working Paper n. 26, Oecd Publishing, Parigi.

Lamura G., Chiatti C., Di Rosa M., Mechiorre M.G., Barbabella F., Greco C., Principi A. e Santin S., 2010, *Migrant Workers in the Long-term Care Sector: Lessons from Italy*, «Health and Ageing Newsletter», n. 22, aprile.

Leira A., 1993, *Concepts of Care: Loving, Thinking and Doing*, in Twigg J. (a cura di), *Informal Care in Europe*, The University of York, York.

Lewis J., 1993, *Women and Social Policies in Europe. Work, Family and the State*, Edward Elgar, Londra.

Mahoney J. e Thelen K., 2010, *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency and Planning*, Cambridge University Press, Cambridge.

Mesini D. e Gambino A., 2006, *La spesa per l'assistenza continuativa in Italia*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Il Mulino, Bologna.

Millar J. e Warman A., 1996, *Family Obligations in Europe*, Family Policy Studies Center, Londra.

Naldini M. e Saraceno C., 2008, *Social and Family Policies in Italy: Not Totally Frozen but Far from Structural Reforms*, «Social Policy & Administration», vol. 42 (7), pp. 733-748.

Naldini M. e Saraceno C., 2011, *Conciliare famiglia e lavoro*, Il Mulino, Bologna.

Oecd, 2003, *Policies for an Ageing Society: Recent Measures and Areas for Further Reform*, disponibile sul sito: www.oecd.org.

Oecd, 2011, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*, disponibile sul sito: www.oecd.org.

Österle A., 2001, *Equity Choices and Long-Term Policies in Europe*, Aldershot, Ashgate.

Paci M. e Ascoli U., 1984, *Il sistema di welfare italiano tra tradizione clientelare e prospettive di riforma*, in Ascoli U. (a cura di), *Welfare State all'italiana*, Laterza, Bari.

Pasquinelli S. e Rusmini G., 2009, *I sostegni al lavoro privato di cura*, in Gori C. e Nna - Network non autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, pp. 83-99.

Pasquinelli S. e Rusmini G., 2010, *La regolarizzazione delle badanti*, in Gori C. e Nna - Network non autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo rapporto*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, pp. 77-90.

Pavolini E. e Ranci C., 2008, *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries*, «Journal of European Social Policy», vol. 18, p. 246.

Pesaresi F., 2003, *Regioni e livelli essenziali delle prestazioni sociali*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 15-17, pp. 1-8.

Pierson P., 2001, *Coping with Permanent Austerity: Welfare State Restructuring in Affluent Democracies*, in Pierson P. (a cura di), *The New Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford, pp. 410-456.

Ranci C., 2008, *Tutelare la non autosufficienza. Una proposta di riforma dell'indennità di accompagnamento*, Carocci, Roma.

Ranci C. e Pavolini E., 2011, *A (Weak) Universalism by Default? The Inertial Path towards the Transformation of the Italian Long-Term Care Model and its Consequences*, mimeo.

Ranci C., Pavolini E. e Da Roit B., 2008, *Partire dall'esistente: le caratteristiche dell'Indennità di accompagnamento e alcune proposte di riforma*, Carocci, Roma.

Rossi A., 2006, *Lavoro di cura*, in *IV Rapporto IRES*, Ediesse, Roma, pp. 193-216.

Sabatier P.A. e Jenkins-Smith H.C., 1993, *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*, Westview Press, Boulder Co.

Sabatier P.A. e Weible C.M., 2007, *The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarifications*, in Sabatier P. (a cura di), *Theories of the Policy Process*, Westview Press, Boulder (Co).

Saraceno C., 1994, *The Ambivalent Familism of the Italian Welfare State*, «Social Politics», vol. 1 (1), pp. 60-82.

Saraceno C., 2002, *Prefazione*, in Ranci C., *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.

Saraceno C., 2010, *Social Inequalities in Facing Old-Age Dependency: A Bi-Generational Perspective*, «Journal of European Social Policy», vol. 20 (1), pp. 32-44.

Spanò P., 2006, *Le convenienze nascoste. Il fenomeno badanti e le risposte di welfare*, Nuova Dimensione, Venezia.

Streeck W. e Thelen A.K., 2005, *Institutional Changes in Advanced Political Economies*, Oxford University Press, Oxford.

Titmuss R.M., 1973, *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*, Penguin, Harmondsworth.

Van Hooren F., 2008, *Welfare Provision beyond National Boundaries. The Politics of Migration and Elderly Care in Italy*, «Rivista Italiana di Politiche Pubbliche», n. 3, pp. 87-113.

Le politiche per la non autosufficienza in Spagna: un sistema ibrido tra cura familiare e istituzionalizzazione del rischio

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

La legge spagnola n. 39 del 14 dicembre 2006 sulla promozione dell'autonomia personale e della cura alle persone non autosufficienti ha rappresentato un ulteriore passo nel solco delle riforme intraprese negli anni ottanta nei paesi scandinavi e proseguite a metà anni novanta negli altri paesi europei. Anche se l'attuale crisi economica potrebbe aver ridotto le risorse e limitato il raggio d'azione di queste riforme, certamente provvedere a queste necessità sta gradualmente divenendo un diritto soggettivo in un numero crescente di paesi europei. La Spagna è un esempio tipico in tal senso, in quanto condivide alcuni dei tratti distintivi di un modello presente nell'Unione europea (alta percentuale di lavoro di cura informale, prevalentemente a carico delle donne, pluralità e decentramento nell'erogazione dei servizi, ecc.); tratti che sono a loro volta parte integrante del sistema tradizionale di cura: un sistema finanziato nel quadro della sicurezza sociale, incentrato sulla famiglia, nonché erogato da una molteplicità di soggetti (pubblici, privati, non-profit) secondo uno schema multilivello (amministrazione centrale, regioni autonome, enti locali).

1. Introduzione

Obiettivo di questo saggio è fornire risposte, da una prospettiva istituzionale, alle domande chiave che riguardano la transizione spagnola da un sistema residuale di servizi per la non autosufficienza, a carico quasi esclusivo delle famiglie, ad uno pubblico basato sulla copertura universale, istituito nel gennaio del 2007. Quanto segue è una sintesi di queste domande e un tentativo di fornire alcune risposte.

Perché la riforma era necessaria?

La risposta a questa domanda richiede un'analisi multicontestuale (culturale, sociale e istituzionale). Tale analisi evidenzia: 1) le trasformazioni culturali legate alla responsabilità della cura (*cultura della responsabilità della cura*), a loro volta determinate da altre trasformazioni so-

cio-demografiche (invecchiamento, mutate dinamiche familiari, ecc.); 2) la struttura plurale, incentrata sulla famiglia e multilivello dell'organizzazione e dell'erogazione del lavoro di cura nella sfera pubblica e in quella privata (l'assetto sociale del lavoro di cura, o *social caring setting*), una struttura che si è rivelata troppo sbilanciata sulla cura da parte della famiglia ma carente e disomogenea quanto all'erogazione e alla copertura dei servizi pubblici e privati di competenza pubblica; 3) le trasformazioni politiche e le inerzie istituzionali in questa sfera (*eredità delle politiche passate e riforme istituzionali*), influenzate dalla crescente attenzione a livello europeo verso questo tipo di esigenze e fondate su una serie di svolte e riforme di notevole entità a livello di politiche, considerato lo stato attuale degli interventi per la non autosufficienza.

Chi ha partecipato alla riforma?

Le diverse parti interessate dalla nuova legge (sindacati, organizzazioni datoriali, organizzazioni sociali non-profit, partiti politici, regioni autonome) non si sono mai spinte fino al punto di siglare accordi ad hoc o sancire mutue alleanze. Tuttavia, le opinioni, gli interessi e le risorse dei diversi soggetti coinvolti hanno finito per convergere per inerzia, tanto da portare alla nascita, più o meno spontanea, di un certo numero di gruppi di pressione attivi su questioni quali il modello di protezione sociale e la ripartizione delle competenze in questa sfera. In particolar modo, la richiesta delle organizzazioni del terzo settore e dei sindacati è stata che i diritti e le prestazioni in materia di non autosufficienza afferissero alla sfera della sicurezza sociale, nonché che lo Stato centrale svolgesse un ruolo più attivo nel campo dei servizi alla persona. Tuttavia, le associazioni dei datori di lavoro, le Regioni a maggiore autonomia e i partiti politici più nazionalisti – che premevano perché questo tipo di servizi venissero finanziati per vie fiscali – si sono invece opposti a tali proposte sostenendo che una simile scelta avrebbe costituito un attacco frontale al sistema di competenze, giacché avrebbe accordato al governo centrale piena facoltà di invadere una sfera di competenza delle Regioni. Le organizzazioni datoriali si sono infatti dette contrarie all'inclusione dei servizi per la non autosufficienza nel sistema di sicurezza sociale, perché ciò avrebbe comportato un aumento dei contributi a carico delle imprese. Mentre la posizione su cui si sono attestate le comunità autonome è stata che, a fronte dei processi di riforma e nel loro corso, le politiche per la non autosufficienza restano esclusiva competenza dei sistemi regionali di

servizio sociale, e che pertanto devono essere finanziate tramite il gettito fiscale statale e regionale – come è infine avvenuto.

Come è stata portata avanti la riforma?

Potremmo concludere che le riforme sono state graduali a causa dell'accumularsi e della confluenza dei fattori sopra indicati, ma anche in conseguenza di una serie di processi e di «equilibri interrotti» prodotti dal rifiuto del governo (il Partito popolare conservatore, al governo dal 2000 al 2004) di sviluppare un sistema di protezione sociale per le persone non autosufficienti. Il processo di riforma delle politiche per la non autosufficienza avvenuto in Spagna potrebbe anche essere definito di riforma graduale, eppure contiene in sé anche un cambiamento radicale. È graduale nella misura in cui le politiche in materia di servizi sociali a livello regionale e locale sono state indirizzate in maniera progressiva, tra il 1992 e il 2006, dando priorità ai servizi sociali per le persone non autosufficienti. Eppure, tale processo ha indubbiamente visto verificarsi un cambiamento radicale nel 2006, con il passaggio da un generico diritto alla cura ad un diritto universale e soggettivo per tutti i cittadini non autosufficienti.

Quale modello di politiche per la non autosufficienza è stato adottato dallo stato sociale spagnolo?

Il modello di politiche per la non autosufficienza adottato in Spagna è di tipo complesso e risponde alla nuova generazione di diritti sociali che va affermandosi nell'Unione europea, la copertura dei rischi è distribuita tra diversi attori istituzionali (multi-livello) e *stakeholders* sociali (individui, famiglie). Il modello garantisce una copertura ampia, ma un grado relativamente basso di protezione. Il modello gestionale è decentrato e i servizi sono erogati in forma mista: oltre l'80% dei fornitori opera in un contesto di crescente concorrenza tra imprese private con finalità di lucro e organizzazioni non-profit. Le rivendicazioni e le richieste sul piano sociale vengono incanalate in un sistema di partecipazione degli attori sociali ed economici ad ampio raggio. In breve, si tratta di un sistema di protezione sociale universale, limitato sul piano delle risorse finanziarie e soggetto a rigide regole di cooperazione, nonché ad un certo livello di razionalizzazione e coordinamento istituzionale. Tutto ciò ha significato che l'introduzione del nuovo sistema è stata accompagnata da forti tensioni di natura politica ed economica; tensioni che, a tre anni di distanza, restano irrisolte e

condizionano l'efficacia della cooperazione istituzionale in materia, così come quella del sistema di protezione stesso.

Quali sono i primi effetti riscontrabili a distanza di tre anni dall'entrata in vigore del sistema per la non autosufficienza?

Sebbene la valutazione istituzionale prevista a tre anni di distanza dall'approvazione della legge non sia ancora stata pubblicata, possiamo già riscontrare diversi effetti prodotti dal nuovo sistema di protezione sociale: l'estensione della copertura pubblica; la creazione di occupazione nel settore dei servizi sociali; l'ampliamento della rete integrata di servizi pubblici di natura sociale; avanzamenti e tensioni nella cooperazione tra le Regioni; un utilizzo innovativo dei servizi sociali e un tentativo di sviluppare una cooperazione tra i servizi sociali e quelli sanitari. Tutto ciò è avvenuto in un contesto di risorse finanziarie limitate, di tensioni tra il governo centrale e le Regioni autonome, e di una estrema disomogeneità tra Regioni e Comuni nelle modalità di attuazione del modello.

2. Fattori principali relativi alla riforma delle politiche per la non autosufficienza (1985-2006)

La riforma spagnola del dicembre 2006, che ha istituito un nuovo sistema di protezione sociale per le persone non autosufficienti, è stata il risultato di una serie di trasformazioni istituzionali, sociologiche e ideologiche che si sono sviluppate progressivamente nel corso di quasi quindici anni (1992-2006), anche se in modo disomogeneo e con accentuazioni differenti.

La legge spagnola n. 39/2006 sulla promozione dell'autonomia personale e sull'assistenza delle persone non autosufficienti (Lapad, anche nota come la *Ley de dependencia*, o Legge per la non autosufficienza) è entrata in vigore il 1° gennaio 2007. Questa legge ha istituito un nuovo sistema di protezione sociale, detto Saad (*Sistema de autonomía y atención a la dependencia*, Sistema di autonomia e cura per la non autosufficienza).

La legge è il risultato di un lungo dibattito iniziato attorno al 1992, con la formulazione del primo Piano gerontologico statale, e proseguito attraverso il cosiddetto «Patto di Toledo per le pensioni» (1995), il *Libro Bianco sulla non autosufficienza* (2005), sfociando infine in un profondo processo di riforma volto al passaggio da un sistema basato

sulla cura della persona attraverso forme di assistenza e di sicurezza sociale finanziate pubblicamente, a un nuovo sistema di natura universalistica. Mentre nella prima fase del dibattito il modello ideale di servizi per la non autosufficienza era considerato il sistema bismarckiano di sicurezza sociale, con la sua lunga tradizione istituzionale, nella proposta di legge e nel testo definitivamente licenziato il sistema di Ltc è stato trattato in una prospettiva universalistica o socialdemocratica *sui generis*, che non rinuncia tuttavia a mantenere il legame con il sistema di sicurezza sociale o piuttosto con quello di assistenza sociale a carico delle Regioni autonome. Il nuovo sistema è infatti una riedizione ottimizzata del modello precedente, trasformato però in un sistema a copertura universale basato sul diritto individuale (in maniera analoga al caso della sanità e dell'istruzione) e sulla cooperazione tra governo centrale e Regioni, nonché finanziato tramite la fiscalità generale, i contributi di sicurezza sociale e le tariffe a carico degli utenti.

Per comprendere la portata della nuova riforma spagnola delle politiche per la non autosufficienza, è necessario prendere in considerazione i suoi elementi di fondo sul piano sociale, storico e soprattutto istituzionale. Più precisamente, occorre tenere conto di due ordini di questioni. Ci sono in primo luogo i fattori storico-istituzionali – o l'effetto di dipendenza dal percorso (*path-dependency*) – sottostanti la riforma del sistema. In secondo luogo, vanno considerati i fattori associati a un cambiamento che potremmo definire di «europeizzazione delle politiche spagnole per la non autosufficienza», nel senso tanto dell'adozione di nuove politiche per far fronte a nuovi rischi, quanto dell'introduzione di forme miste di erogazione dei servizi capaci di adattarsi a modelli di cura tradizionali e culturalmente determinati.

Qualsiasi tentativo di comprendere la natura sociale e istituzionale del nuovo modello di Ltc, entrato in vigore il 5 gennaio 2007, deve partire da un'analisi delle radici storiche del modello precedente; un modello che, come vedremo nel paragrafo 6, è ancora in debito, sia verso il sistema di sicurezza sociale che, soprattutto, verso il sistema dei servizi sociali. Fino alla fine del 2006, prima della riforma, tale sistema di servizi per la non autosufficienza era organizzato su due livelli di assistenza formale:

- il *sistema di sicurezza sociale* che, in quanto sistema contributivo, garantiva un beneficio economico ai soggetti terzi che svolgevano un lavoro di cura nei confronti di lavoratori divenuti incapaci di svolgere le proprie mansioni a seguito di un infortunio sul lavoro

verificatosi prima del compimento dei 65 anni di età. Qualsiasi grave forma di incapacità funzionale sviluppata dopo i 65 anni non veniva riconosciuta a tal fine. Il sistema era, all'epoca, molto restrittivo nonché vincolato a rigorosi controlli medici e amministrativi. Al contempo, in seguito alla legge sulle prestazioni non contributive e le pensioni del 1990, il sistema di sicurezza sociale garantiva un'indennità anche ai soggetti terzi che svolgevano un lavoro di cura nei confronti di persone non autosufficienti con una disabilità superiore al 75% e impossibilitati a lavorare;

- il *sistema dei servizi sociali alla persona*, che tutelava coloro che si trovano in condizioni di non autosufficienza, soprattutto gli anziani privi di mezzi o di un'assistenza informale di qualsiasi tipo. Le condizioni di reddito e la verifica dell'assenza di ogni forma di sostegno informale erano i criteri in base ai quali si poteva ottenere l'accesso a un'assistenza di tipo sostanzialmente residenziale, e il cui finanziamento ed erogazione erano responsabilità delle regioni autonome.

A partire dal 1985, due processi di trasformazione diversi ma contemporanei hanno iniziato a spingere verso il progressivo passaggio da un sistema di servizi sociali residuale e assistenzialistico ad un altro sistema, a vocazione universalistica e incentrato sulla dimensione territoriale. In primo luogo, si è avviato un processo progressivo di decentramento, che ha portato all'attribuzione di poteri esclusivi alle Regioni e ai Comuni in materia di erogazione dei servizi sociali. Le disposizioni di legge sui servizi sociali regionali e la legge sui fondamenti dell'ordinamento locale del 1985 hanno incentivato l'erogazione di servizi sociali, soprattutto di natura territoriale (centri diurni, assistenza domiciliare e teleassistenza). In secondo luogo, si sono verificati rapidi e profondi mutamenti a livello di domanda sociale, dovuti all'ingresso delle donne nel mercato del lavoro e alle trasformazioni sociodemografiche della famiglia spagnola. Nel loro insieme, questi due fenomeni hanno spinto verso la creazione di nuove combinazioni di cura formale e informale che hanno visto il settore pubblico prendere velocemente il sopravvento, inizialmente per esercitare le proprie competenze in materia di regolamentazione, finanziamento ed erogazione dei servizi (nella fase tra il 1985 e il 1995 circa), e in un secondo momento (dal 1996 in poi) per introdurre un meccanismo di regolamentazione e finanziamento di una rete pubblica che vedesse il mercato sociale svolgere un ruolo predominante, prima nella forma delle organizzazioni non-profit e poi in quella delle imprese private (Fantova, 2008).

Dunque, grazie al sostegno finanziario del governo centrale, tramite l'approvazione di Piani a copertura nazionale (Piano concertato per i servizi comunali di base) e il trasferimento integrale agli enti locali della rete di servizi erogati dal sistema di sicurezza sociale, tra il 1985 e il 1995 il settore pubblico regionale e locale si è dotato, in ciascun territorio, di un proprio sistema di servizi sociali, nonostante l'assenza di una legge o di un sistema istituito a livello nazionale. Ciò ha conferito una certa coerenza ai singoli modelli di servizi sociali, uno per ciascuna regione autonoma, oltre a produrre una considerevole diversificazione a livello comunale.

Tuttavia, oltre alle questioni inerenti all'erogazione dei servizi (la creazione di una rete pubblica di servizi sociali) e la domanda (l'invecchiamento della popolazione e le trasformazioni in seno alla struttura familiare), un peso di pari importanza è stato rivestito dalle specifiche articolazioni delineatesi proprio a partire da tali questioni. Nello specifico, è opportuno evidenziare due aspetti che sono andati emergendo quali pilastri concreti e istituzionali della riforma del 2006:

- il progressivo passaggio da un sistema di assistenza sociale per le persone prive di mezzi o al di sotto della soglia di povertà, ad un sistema di servizi per la non autosufficienza destinati all'intera popolazione e, in particolare, alla classe media urbana che chiedeva servizi sociali di qualità (nonché un'assistenza sanitaria universale);
- a discapito del modello di cura incentrato sulle strutture residenziali, una maggiore attenzione alle esigenze presenti nel territorio per quanto riguardava la domanda di servizi sociali da parte della popolazione anziana, desiderosa di continuare a vivere in casa propria, da parte degli operatori professionali nonché da parte delle famiglie, che chiedevano alle istituzioni maggiore sostegno senza voler tuttavia rinunciare al proprio ruolo nella sfera della cura informale.

Dall'altra parte, negli anni immediatamente precedenti alla riforma del 2006, il processo di ridefinizione del welfare spagnolo ha subìto un'accelerazione che rispondeva tanto a esigenze interne (il consolidamento del processo di decentramento e la diffusione dei fornitori privati) quanto esterne (l'influenza del modello sociale europeo sulle politiche per la non autosufficienza, nonché l'influenza dell'ideologia neoliberista sulle politiche pubbliche).

È possibile individuare quattro fattori fondamentali sottostanti all'introduzione di questo ramo della protezione sociale:

- l'influenza del processo di europeizzazione cognitiva delle politiche sociali[1];
- la necessità di razionalizzare e organizzare i programmi di assistenza preesistenti all'interno del regime di sicurezza sociale, delle regioni autonome e dei consigli locali, e anche di migliorare il coordinamento con il servizio sanitario;
- la domanda sociale crescente da parte delle famiglie e delle lavoratrici che svolgono anche un ruolo di cura, alla quale hanno dato voce le organizzazioni di anziani e disabili;
- l'importanza del dialogo sociale attraverso il quale sono state veicolate le rivendicazioni dei sindacati (per la creazione di nuovi spazi occupazionali) e delle organizzazioni datoriali (per dare maggiore opportunità alla gestione privata dei servizi sociali).

Nell'insieme, l'introduzione della legge spagnola per la non autosufficienza è scaturita dalle richieste dei gruppi professionali (operatori sociali e professionisti in ambito geriatrico e gerontologico) e dalla pressione esercitata dalle organizzazioni dei disabili e dei pensionati nonché dai sindacati (sempre nel quadro dei negoziati e del dialogo sociale), come anche dal ruolo predominante svolto dalle Regioni nella stesura di programmi ad hoc di varia natura.

In conseguenza di questi fattori storici e istituzionali, la configurazione del sistema di Ltc spagnolo ha assunto alcune caratteristiche specifiche, come si vedrà nel paragrafo 5 (dedicato agli elementi fondanti della riforma). Tali specificità tengono insieme la persistenza di tendenze passate (la preferenza per gli aiuti in denaro rispetto ai servizi e per l'assistenza informale rispetto a quella erogata da soggetti istituzionali, o piuttosto per forme combinate in cui il lavoro di cura informale continua a svolgere un ruolo centrale) con le trasformazioni attualmente in corso (universalizzazione della cura, peso crescente dell'assistenza socio-sanitaria, creazione di un mercato dei servizi sociali).

Come abbiamo già avuto modo di affermare, il sistema di Ltc spagnolo non costituisce una novità radicale, bensì un importante passo verso l'allontanamento dalla tradizione assistenzialista di gestione della non autosufficienza. Il nuovo meccanismo universalizza efficacemente un sistema di prestazioni sociali per l'intera popolazione non

[1] Per europeizzazione delle politiche sociali intendiamo la sempre maggiore influenza delle politiche europee di protezione e inclusione sociale e di Ltc nella loro elaborazione, come dimostrano l'inclusione dei Piani di azione nazionali e della relazione congiunta dalla Strategia di Lisbona 2000 in poi.

autosufficiente. Tale sistema è governato da un Consiglio regionale (*Consejo territorial*), che stabilisce le condizioni basilari e il contenuto generale del diritto alla tutela sancito a livello nazionale. Si tratta di un sistema in cui lo Stato garantisce un beneficio minimo, che assicura a sua volta lo stesso livello minimo di prestazioni a livello nazionale. Queste prestazioni minime sono poi completate da altri due livelli aggiuntivi, uno dei quali è stabilito in maniera paritetica da Stato e Regioni, mentre l'altro rappresenta il contributo delle Regioni al nuovo sistema. In altre parole, lo Stato non garantisce il diritto soggettivo, ma solo le condizioni di base per il suo conseguente esercizio in termini omogenei su tutto il territorio nazionale.

Se la tendenza all'europeizzazione delle politiche sociali e la crescente domanda sociale sono nodi essenziali per comprendere il nuovo modello spagnolo per la non autosufficienza, un ruolo non inferiore è stato svolto da questioni inerenti le esigenze economiche (la razionalizzazione dei servizi esistenti), di coordinamento (tra le amministrazioni e tra servizi sanitari e sociali), nonché il bisogno di controbilanciare le tendenze centrifughe. In altri termini, il sistema di Ltc spagnolo rappresenta un tentativo di dare risposta a due fonti simultanee di pressione: l'espansione del welfare (sul fronte della domanda: famiglie, sindacati, imprese private e organizzazioni non-profit) e i tagli e la razionalizzazione della spesa (sul fronte dell'offerta: il settore pubblico e quello finanziario). La pressione subita dal settore pubblico affinché ponesse un freno alla spesa sociale per la non autosufficienza è venuta dal sistema sanitario, con il trasferimento di alcuni rami dei servizi alla persona verso la sfera dei servizi sociali, perché meno costosi. Le imprese private non si sono opposte alla creazione di un sistema di servizi per la non autosufficienza, a condizione che questo garantisse la possibilità di esternalizzare i servizi sociali di cui sono un fornitore importante. Un sistema pubblico non offre soltanto garanzie quanto agli appalti sui servizi, ma assicura anche una cornice all'interno della quale definire gli aspetti legati all'erogazione di servizi da parte dei privati.

Queste fonti di pressione stanno causando una tensione finanziaria e istituzionale, nel pieno della crisi economica e finanziaria.

3. Attori, coalizioni e meccanismi di trasformazione istituzionale

La definizione degli obiettivi fondamentali della legge, della sua natura istituzionale e del tipo di prestazioni e di forme di finanziamento è il

risultato di un processo lungo e disomogeneo di negoziati tra gli *attori istituzionali* (il sistema di sicurezza sociale e il servizio sanitario), il *livello territoriale di governo* (governo centrale, Regioni autonome e, in misura minore, Comuni e Province), gli *attori sociali* (organizzazioni del terzo settore che si occupano di pensionati e di disabili), gli *attori economici* (sindacati e organizzazioni degli imprenditori), e gli *attori professionali* (organizzazioni professionali degli operatori sociali e di gerontologi e geriatri). Si è trattato dell'esito di una serie di coalizioni in difesa di interessi comuni (*advocacy coalition*) (Sabatier e Jenkins-Smith, 1999; Weible, Sabatier e MacQueen, 2009) che si sono formate attorno a diverse combinazioni di opinioni, interessi e risorse dei diversi attori coinvolti. La tabella 1 fornisce una sintesi schematica di questo processo (Marbán Gallego, 2009).

Tuttavia, è doveroso notare che queste sarebbero delle coalizioni *sui generis* se non fosse che, nella pratica, quello che si è verificato è stata la confluenza per inerzia degli interessi dei diversi attori sociali e istituzionali, piuttosto che una creazione intenzionale di alleanze.

In qualsiasi caso, come la tabella 1 illustra, sono due le circostanze che hanno principalmente condizionato il raggiungimento di un accordo tra gli attori coinvolti. La prima riguarda alcuni aspetti fondamentali della riforma, sui quali c'è stato un consenso quasi unanime: la parità e universalità dell'accesso, il diritto a usufruire della sicurezza sociale per i carer, il valore della prevenzione, il ruolo della formazione, la qualità dei servizi erogati, e l'importanza del sostegno familiare. La seconda riguarda aspetti relativi al quadro delle tutele: la popolazione coperta dai servizi, le condizioni e il tipo di prestazioni sociali, nonché gli ambiti di competenza costituzionale (competenza in materia di regolamentazione, finanziamento, pianificazione e valutazione dei servizi per la non autosufficienza); tematiche che sono state al centro di un dibattito acceso, dal quale sono scaturite diverse forme di «coalizione» tra i diversi attori coinvolti.

Per quanto riguarda il quadro delle tutele sociali e la sfera di competenza costituzionale, il dibattito si è fondamentalmente focalizzato sull'inclusione della Lapad[2] nel quadro delle misure di sicurezza sociale; misura che, qualora fosse stata approvata, avrebbe conferito maggiori poteri nell'ambito dei servizi sociali al governo centrale, con fondi reperiti attraverso la fiscalità generale, come avviene nel sistema

[2] Lapad: legge 39/2006, del 14 dicembre, sulla promozione dell'autonomia personale e l'assistenza per le persone non autosufficienti.

Qui tab 1

scandinavo. A questo proposito, le organizzazioni del terzo settore e i sindacati erano propensi a includere diritti e prestazioni nella cornice della sicurezza sociale e a conferire al governo centrale un ruolo più attivo nei servizi sociali. Questa posizione era dovuta prevalentemente al fatto che una simile scelta quadrava molto meglio con i loro interessi e rivendicazioni, soprattutto quelli relativi al riconoscimento di alcuni diritti, quali la parità di accesso ai servizi a livello nazionale, e alla diffusione del servizio pubblico e di un privato non-profit soggetto al controllo pubblico. Eppure, nonostante questi punti in comune, non c'è stata nessuna autentica coalizione tra le organizzazioni del terzo settore e i sindacati, per un insieme di motivi, tra cui alcune differenze relative alle tematiche sindacali, una mancanza di comunicazione, e un conflitto strisciante per occupare spazi comuni di iniziativa sociale.

Nel frattempo, il privato a scopo di lucro, la maggioranza delle Regioni autonome e i partiti più nazionalisti si opponevano all'inclusione della Lapad nel quadro della sicurezza sociale e sostenevano che essa andava finanziata tramite il sistema fiscale. Per queste Regioni e partiti politici, la sua inclusione nel sistema di sicurezza sociale sarebbe entrata in rotta di collisione frontale con la sfera di competenza delle Regioni, perché avrebbe dato al governo centrale la capacità di invadere i poteri delle Regioni in materia di servizi sociali e di eroderne la legittimità nell'intervento pratico. Per il settore privato, la sua inclusione avrebbe comportato un costo del lavoro più alto (dal punto di vista degli oneri sociali a carico dell'azienda), bloccando di conseguenza la crescita.

Infine, la decisione di porre il nuovo sistema al di fuori del regime di sicurezza sociale è attribuibile all'opposizione delle organizzazioni degli imprenditori, delle Regioni, e dei partiti politici nazionalisti, la cui presenza in Parlamento era maggiore durante la legislatura che ha approvato la legge.

Detto ciò, almeno alcune delle decisioni prese sono scaturite in origine dall'accordo siglato a dicembre del 2005 tra il governo, i sindacati Ugt (*Union general de trabajadores*) e Ccoo (*Confederación sindical de comisiones obreras*) e le organizzazioni degli imprenditori Ceoe (*Confederación española de organizaciones empresariales*) e Cepyme (*Confederación española de la pequeña y mediana empresa*). Nel raggiungere quell'accordo, è stata decisiva la pressione degli imprenditori contro un aumento dei contributi sociali e perché l'integrazione dei servizi per la non autosufficienza nel regime di sicurezza sociale avrebbe comportato una riforma del Patto di Toledo (1995), il cui motore generale era la rimozione dal sistema contributivo di tutto ciò che non fosse una pura tutela econo-

mica (pensioni, indennità di disoccupazione e assegni familiari), dato che la legge per la non autosufficienza attribuisce priorità ai servizi rispetto alle prestazioni monetarie.

Nel fare un bilancio dei risultati conseguiti dai diversi attori sociali, la conclusione cui siamo giunti è che l'influenza delle imprese locali nella Lapad è stata irrisoria, nonostante la loro crescente visibilità durante il processo di graduale implementazione della proposta di legge. Discorso contrario per il ruolo delle Regioni autonome, le quali hanno raggiunto il proprio scopo, che era quello di preservare i loro poteri in materia di diritti sociali rispetto al governo centrale.

Per quanto riguarda le organizzazioni imprenditoriali, nell'insieme esse non sono riuscite ad ottenere che venisse attribuito alcun rilievo particolare all'iniziativa privata all'interno della legge, anche se sono riuscite ad evitarne l'inclusione nel regime di sicurezza sociale e ad innalzare il profilo di alcuni prodotti finanziari (ad esempio i prestiti vitalizi ipotecari).

Le organizzazioni del terzo settore, le cui rivendicazioni sono state avanzate prevalentemente dalle organizzazioni di anziani, pensionati e disabili, quali Cermi (*Comité español de representantes de personas con discapacidad*), Feaps (*Confederación española de organizaciones en favor de las personas con discapacidad intelectual*), Ceoma (*Confederación española de organizaciones de mayores*), Udp (*Unión democrática de pensionistas y jubilados de españa*), e dalla Piattaforma delle organizzazioni di azione sociale, sono riuscite ad ottenere l'inserimento nella legge di alcuni cambiamenti sostanziali, quali l'attenzione «particolare» al terzo settore (art. 16.2) o l'inclusione delle persone con disabilità intellettive o con malattie mentali, che si riflette in maniera adeguata nei criteri di valutazione.

4. La riforma del 2006: un diritto soggettivo universale

4.1 Caratteristiche fondamentali e obiettivi principali della legge 39/2006

In vigore dal gennaio del 2007, la legge per la non autosufficienza sancisce un diritto soggettivo universale per tutti coloro che, a prescindere dall'età, possono dimostrare una residenza stabile da almeno cinque anni e un determinato grado di non autosufficienza (moderato, grave, molto grave), in base a quanto stabilito dalla legge. Questi gradi di non autosufficienza vengono stabiliti in base alla frequenza e all'intensità dell'assistenza necessaria (un sostegno intermittente almeno

una volta al giorno: moderato; un sostegno intensivo almeno due o tre volte al giorno: grave; un sostegno indispensabile e continuativo molte volte al giorno: molto grave). Il grado di non autosufficienza viene valutato tramite una serie di criteri applicati dopo che un professionista qualificato ha effettuato alcune interviste e un'osservazione diretta, all'interno del suo ambiente quotidiano, della persona coinvolta.

Per quanto riguarda il tipo di prestazioni, la legge attribuisce priorità ai servizi rispetto alle erogazioni monetarie: se i servizi pubblici o convenzionati non sono una via percorribile, viene assegnata una prestazione economica legata all'erogazione del servizio (art. 17). Altre erogazioni monetarie una tantum comprendono le prestazioni economiche per gli operatori addetti all'assistenza (per le persone con un livello molto grave di non autosufficienza) (art. 19), e le prestazioni per familiari e badanti non professionisti che svolgono un lavoro di cura (art. 18), in questo caso l'assistenza fornita dalla famiglia deve essere registrata presso il sistema di sicurezza sociale (r.d. 615/2007, 11 maggio).

Il finanziamento dei servizi avviene tramite la fiscalità generale, con il governo centrale che finanzia la copertura di base comune e le Regioni che contribuiscono per una somma di pari entità. Il resto viene finanziato tramite le tariffe a carico degli utenti che vengono calcolate in base al reddito e al livello di benessere economico di questi ultimi.

La cornice temporale definita per la messa a regime della legge va dal 2007 al 2015. In questo arco di tempo, il riconoscimento del diritto all'accesso alle diverse prestazioni è stato scaglionato progressivamente, dai livelli più gravi a quelli meno gravi di non autosufficienza. Si è stabilito che il III grado di non autosufficienza fosse riconosciuto entro il 2007, il II grado nel 2008 e 2009, e il I grado dal 2011 in poi.

La riforma spagnola delle politiche per la non autosufficienza è di tipo complesso, data la sua ambizione di affrontare contemporaneamente diversi obiettivi:

- gli obiettivi di protezione sociale e assistenza volti a garantire un livello minimo di tutela a livello nazionale; il sostegno alle famiglie che si fanno carico del lavoro di cura, il miglioramento della qualità dei servizi e della rete di servizi sociali a livello nazionale; la promozione dell'autonomia personale;
- gli obiettivi istituzionali: cooperazione tra gli enti pubblici; partecipazione degli attori sociali ed economici; parità di condizioni sul territorio nazionale; riconciliare vita familiare, cura informale e lavoro;

- obiettivi economici: creazione di posti di lavoro; cooperazione finanziaria tra il governo nazionale e le Regioni; partecipazione degli utenti al finanziamento dei servizi compatibilmente con il livello di reddito e di benessere economico; creazione di un mercato sociale.

Questa molteplicità di obiettivi ha generato notevoli conflitti sia istituzionali che di natura economica: tra i diversi livelli di governo; tra prestazioni economiche e servizi (con una maggioranza favorevole alle prestazioni economiche piuttosto che ai servizi); nonché tra erogatori privati e pubblici (sul costo dei servizi e sullo scarso impulso dato allo sviluppo dei servizi sociali).

4.2 La riforma delle politiche sociali in materia di non autosufficienza è stata brusca o graduale?

Negli ultimi decenni, il dibattito relativo alle ragioni soggiacenti i cambiamenti istituzionali e le politiche pubbliche è stato molto produttivo. Secondo Pavolini e Ranci (2008) questi cambiamenti possono intervenire bruscamente; come risultato sia di una successione di processi che di «equilibri interrotti»; o avvenire a seguito dell'accumularsi di una serie di effetti che conducono ad una graduale trasformazione delle politiche pubbliche.

La politica sociale spagnola per la non autosufficienza consiste in una combinazione squilibrata di alcuni cambiamenti cruciali. Da una parte, si ha l'accumularsi e la convergenza di cambiamenti politici (un nuovo governo socialista dal 2004) e socio-demografici (l'emergere del contesto europeo, la varietà delle riforme menzionate, una maggiore consapevolezza dei professionisti e degli esperti del settore, degli attori sociali e della società), fattori che hanno favorito il passaggio da programmi e riforme graduali delle politiche sociali in materia di non autosufficienza al profondo cambiamento subentrato nel 2006. D'altro canto, essa è anche la reazione al susseguirsi di processi ed «equilibri interrotti» generati dalla tendenza del governo (il Partito popolare conservatore in carica dal 2000 al 2004) a procrastinare il momento in cui la non autosufficienza sarebbe stata trattata come una priorità emergente. Fino al 2001, l'unica priorità dei movimenti sociali e dei sindacati era la creazione di posti di lavoro e il miglioramento del sistema pensionistico pubblico.

Nel caso della Spagna, la nuova politica per la non autosufficienza rappresenta una combinazione di due fattori: l'accumularsi all'interno

del sistema stesso di *long-term care* di pratiche e riforme istituzionali, e l'evoluzione dell'agenda politica del governo nazionale. Fondamentalmente, si tratta della conseguenza dell'accumularsi di programmi nazionali e soprattutto regionali, di cui molti prevalentemente a carattere sperimentale e sporadico, realizzati tra il 1992 e il 2001; inoltre, e soprattutto, dal 2001 in poi le politiche per la non autosufficienza sono entrate a pieno titolo nell'agenda del dialogo tra governo e parti sociali e infine, dal 2003, nell'agenda politica per il rinnovo del Patto di Toledo.

5. Gli elementi fondanti del sistema spagnolo di long-term care*: accessibilità, prestazioni sociali, governance, gestione delle finanze e assistenza di qualità*

Il sistema spagnolo per la non autosufficienza si basa su cinque capisaldi fondamentali i quali, in un certo senso, rappresentano le diverse forze sottostanti alla riforma (Rodríguez Cabrero, 2007):

- il diritto universale all'assistenza per le persone non autosufficienti;
- un sistema di prestazioni che investe maggiormente nei servizi piuttosto che nei sostegni economici;
- un sistema di governance in cui il decentramento e la cooperazione degli enti pubblici si combinano con alcune forme di partecipazione istituzionale degli attori sociali ed economici;
- un sistema a finanziamento misto che riceve risorse dalla fiscalità generale, dai contributi sociali e dalle tariffe a carico degli utenti;
- un sistema di controllo della qualità dell'assistenza.

La tabella 2 sintetizza i cinque pilastri fondamentali del sistema spagnolo per la non autosufficienza: accesso al sistema, tipologie di prestazioni, governance, modalità di finanziamento e informazioni e qualità. Questi elementi fondanti possono essere caratterizzati come segue:

1. L'accesso al sistema di tutele si basa sul diritto sociale soggettivo ad una tutela minima o di base (non illimitata) che prende la forma di un pacchetto di servizi sociali e prestazioni economiche. Il carico di lavoro è condiviso tra le Regioni autonome (che effettuano la valutazione del grado di non autosufficienza) e i Comuni o gli enti locali (che assegnano le prestazioni tramite un programma di assistenza individuale). Mentre il processo di valutazione è definito chiaramente, la decisione di erogare prestazioni economiche piuttosto che servizi viene presa dagli operatori sociali insieme alla persona non autosufficiente e alla sua fa-

miglia. La pressione dovuta ad una spesa pubblica limitata, le scelte delle persone non autosufficienti e le differenze a livello di politiche regionali e locali determinano l'esistenza di un'ampia varietà di modelli di assistenza, come si vedrà nell'analisi dell'impatto del sistema spagnolo.

2. Una seconda caratteristica formale del sistema spagnolo è la preminenza dei servizi rispetto alle prestazioni economiche, in cui le seconde vengono trattate alla stregua di «eccezioni». Uno degli obiettivi strategici del sistema è l'espansione dei servizi sociali in generale e soprattutto dei servizi di assistenza per i non autosufficienti. La pressione dei sindacati verso la creazione di posti di lavoro nei servizi sociali e le aspettative degli erogatori privati e non-profit hanno favorito un modello di servizi assistenziali che è entrato in conflitto con il fatto che la maggior parte dei cittadini preferisce ricevere prestazioni di natura economica. Al contempo, il sistema ha una preferenza per gli erogatori non-profit rispetto al privato a scopo di lucro, anche se quest'affermazione è più retorica che reale, non solo perché va contro la libertà d'impresa, ma perché il dato nudo e crudo ci dice che il settore privato a scopo di lucro sta guadagnando terreno, soprattutto nelle aree urbane in cui è possibile generare un'economia di scala.

3. La governance del sistema spagnolo è altamente complessa e richiede, ai fini di un funzionamento efficiente, alti livelli di cooperazione tra le istituzioni e correttezza reciproca tra Stato e Regioni. Ciò dipende dal fatto che il sistema di Ltc in Spagna si basa sulla «condivisione» delle competenze tra Stato e Regioni. Lo Stato ha il potere di regolamentare le condizioni basilari che garantiscono l'esercizio paritario del diritto a livello nazionale e, a questo scopo, finanzia una prestazione minima per ciascun beneficiario, in base al grado e al tipo di non autosufficienza. Dal canto loro, le Regioni autonome hanno poteri esclusivi in materia di servizi sociali e in base a questo garantiscono un finanziamento che deve essere almeno pari a quello statale. Ciò non copre il costo totale delle prestazioni erogate, che viene ulteriormente finanziato dalle Regioni tramite le tariffe a carico degli utenti, in base ai livelli di reddito. Questo tipo di governance causa tensioni dal punto di vista pratico, giacché è una forma *sui generis* di federalismo sociale, che richiede che si trovi un accordo su ciascun singolo tassello del nuovo sistema.
In questo nuovo sistema di governance, le amministrazioni locali hanno voce in capitolo ma non hanno diritto di voto, essendo subordinate alle Regioni autonome, anche se i Comuni sono il punto di accesso

Qui tab 2

Tabella 3 - Cambiamenti nel sistema spagnolo di long-term care *(anni 2005-2011)*

Data	Riforma
Gennaio 2005	*Libro Bianco sulla non autosufficienza*
14 dicembre 2006	Legge sulla promozione dell'autonomia personale e dell'assistenza per le persone non autosufficienti
1° gennaio 2007	Introduzione del Saad (Sistema per l'autonomia e l'assistenza per le persone non autosufficienti)
20 aprile 2007	Regio decreto (r.d.) 504/2007 sulla scala di valutazione della situazione di non autosufficienza
11 maggio 2007	r.d. 614/2007 sul livello minimo di tutela
8 giugno 2007	r.d. 727/2007 sulle prestazioni monetarie e l'intensità dei servizi. Aggiornamento annuale
11 maggio 2007	r.d. 615/2007 che regolamenta l'affiliazione, l'iscrizione e i contributi alla sicurezza sociale dei non professionisti erogatori di cure
11 febbraio 2011	r.d. 174/2011 sulla nuova scala di valutazione della non autosufficienza
	Calendario di attuazione della legge per la non autosufficienza
1° gennaio 2007	Diritto ad usufruire delle prestazioni per il III grado di non autosufficienza (molto grave), livelli 1 e 2
1° gennaio 2008	Diritto alle prestazioni per il II grado di non autosufficienza (grave), livello 2
1° gennaio 2010	Diritto alle prestazioni per il II grado di non autosufficienza (grave) livello 1
1° gennaio 2011	Diritto alle prestazioni per il I grado di non autosufficienza (lieve), livello 2
1° gennaio 2013	Diritto alle prestazioni per il I grado di non autosufficienza (lieve), livello 1

Fonte: gli autori.

ai servizi e svolgono un ruolo fondamentale nel finanziare i servizi sul territorio. Sin dall'inizio, l'integrazione delle amministrazioni locali – che sono subordinate dal punto di vista istituzionale – con il potere delle Regioni è stato fonte di dibattito, per la richiesta degli enti locali di ottenere la visibilità istituzionale che gli spetta all'interno del Saad. Il sistema di governance è completato dalla collaborazione degli organismi consultivi, come il Comitato consultivo misto, con un'articolazione tripartita, e di organizzazioni sociali quali le consulte statali degli anziani e dei disabili, e le organizzazioni di azione sociale.

4. Il quarto pilastro del sistema riguarda le modalità di finanziamento, il cui scopo è di garantire l'autosufficienza e la sostenibilità del Saad (Montserrat Codorniu, 2009). Come già menzionato, lo Stato garantisce fondi alle Regioni autonome per sviluppare un livello minimo di protezione sociale, al quale Stato e Regioni contribuiscono in eguale misura, mentre il costo rimanente viene finanziato da Stato e Regioni tramite un accordo annuale (*convenio*) tra le Regioni stesse per quanto riguarda la parte aggiuntiva o complementare, e dagli utenti tramite le tariffe a loro carico. Nel contesto dell'attuale crisi economica e finanziaria, i fondi garantiti al Saad sono inevitabilmente oggetto di discussione. L'accordo nazionale tra il governo centrale e le comunità autonome del settembre 2009 ha incluso i servizi per la non autosufficienza all'interno di un sistema di welfare garantito a tutti gli spagnoli, al pari della sanità e dell'istruzione.
5. L'ultimo elemento chiave del sistema di cura è rappresentato dalla qualità dei servizi. Questa prende la forma di un sistema di accreditamento dei centri e dei servizi di assistenza e di formazione dei professionisti, in un regime che è altamente intensivo dal punto di vista della manodopera, e in cui la qualità dell'assistenza dipende in gran parte da un'occupazione di qualità.
La tabella 3 illustra le tappe successive della riforma della Ltc in Spagna, dal 2005 a oggi. Ricordiamo che le prestazioni sociali, sia di natura economica, che in forma di servizi, sono state aggiornate annualmente in base al tasso di inflazione dell'anno precedente.

6. Impatto socio-economico del sistema spagnolo di Ltc

Nel 2010 si è dato corso al processo di valutazione della riforma previsto dalla legge del 2006. Sebbene i suoi risultati siano ancora in via di elaborazione, si possono già rilevare molteplici conseguenze dell'attuazione della legge.
L'impatto del sistema spagnolo per la non autosufficienza può essere valutato a diversi livelli, compatibilmente con i cinque pilastri della legge sopra descritti: copertura, prestazioni sociali, governance, modalità di finanziamento e qualità dei servizi. Con appena quattro anni di attività – il nuovo sistema ha iniziato a fornire una copertura a partire dall'estate del 2007 – qualsiasi forma di valutazione del suo impatto è provvisoria, giacché il sistema deve ancora raggiungere il pieno livello di attuazione, dato che i tempi di realizzazione vanno dal 2007

al 2015[3]. Dal punto di vista della *copertura*, non c'è dubbio che il nuovo sistema sia stato un successo se analizzato in termini di aumento dei beneficiari del sistema, tenendo a mente il fatto che entro il primo settembre del 2010 si era proceduto a valutare il grado e il livello di non autosufficienza di 1.476.694 persone, erano state stabilite le prestazioni esigibili da 1.031.676 persone, mentre 622.056 persone già usufruivano di prestazioni sociali. Lo scarto tra il totale degli effettivi beneficiari e il numero di aventi diritto è dovuto a questioni di ordine burocratico, nonché al fatto che solo le persone con un III e un II grado di non autosufficienza possono effettivamente godere delle prestazioni; a partire dal 2011, anche i soggetti non autosufficienti di I grado (di cui alcuni rientrano nella cifra di 1.031.767 di aventi diritto) inizieranno a loro volta a ricevere le prestazioni sociali. Di conseguenza, la copertura offerta dal nuovo sistema sta crescendo rapidamente. Il profilo socio-demografico è molto simile a quello dei diversi modelli europei in materia di non autosufficienza: il 67% dei beneficiari sono donne e il 57% ha più di 80 anni.

Tabella 4 - Percentuale di copertura dei servizi per la non autosufficienza tra il 1999 e il 2010 e graduatoria delle prestazioni economiche

	Servizi (1)				Prestazioni economiche (2)
	Centri residenziali	Centri diurni	Assistenza domiciliare	Teleassistenza	
1999	2,99	–	1,67	0,72	73.000
2002	3,34	0,26	2,75	1,45	74.600
2004	3,66	0,54	3,14	2,05	78.100
2006	4,00	0,64	4,05	3,50	78.300
2008	4,44	0,83	4,69	4,72	151.000
2010					311.000

(1) La copertura dei servizi si riferisce alle persone di oltre 65 anni.
(2) La scala dei beneficiari delle prestazioni economiche del 2006 è riconducibile ai contributi sociali e del sistema assistenziale. Dal 2007, i beneficiari rientrano nel nuovo sistema. In entrambi i casi, i dati si riferiscono a tutte le fasce d'età.

Fonte: Rielaborazione degli autori su dati Imserso e Ministero degli Affari Sociali.

[3] In rete è possibile reperire diverse valutazioni del sistema spagnolo per la non autosufficienza: Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2009); Grupo de Expertos (2009); e anche Rodríguez Cabrero (2009).

Analizzando il sistema in termini di copertura dei servizi e delle prestazioni vediamo – come illustrato nella tabella 4 – che tra il 1999 e il 2008 i posti disponibili, espressi come percentuale della popolazione di età superiore ai 65 anni, sono aumentati come segue: dal 2,95% al 4,44% nei centri residenziali; dallo 0,26% allo 0,3% nei centri diurni; dall'1,67% al 4,69% nell'assistenza domiciliare; e dallo 0,72% al 4,72% nella teleassistenza. Non ci sono dati sufficienti sui contributi sociali e le indennità versate alle persone non autosufficienti prima del 2007.

Alla luce di ciò, se analizziamo la *tipologia di prestazioni sociali*, i risultati mostrano una divergenza tra le disposizioni previste dalla legge – in cui le prestazioni economiche sono «un'eccezione», e la realtà. Come dimostrato dal grafico in figura 1, le prestazioni economiche rappresentano circa il 50% del totale delle prestazioni erogate. In un certo senso, questo dato può essere solo spiegabile da ragioni quali: a) la predominanza culturale dell'assistenza di tipo informale, un punto questo talmente cruciale da far sì che il modello di cura incentrato sulla famiglia sia andato adattandosi alle trasformazioni socio-economiche arrivando, all'oggi, a una situazione che vede le donne immigrate, provenienti prevalentemente dall'America latina, prendere il posto delle lavoratrici della classe media che tradizionalmente si occupavano della cura informale; b) al contempo, abbiamo un vasto gruppo di donne ultracinquantenni che svolge lavoro di cura perché non ha alcuna prospettiva occupazionale nel mercato del lavoro formale, soprattutto nelle zone rurali e semi-urbane; c) altrettanto importante è poi la scarsa disponibilità di servizi per la non autosufficienza, ancora inadeguati a rispondere alla domanda della società nonostante il rapido aumento dei servizi sociali pubblici e privati avvenuto nel corso degli ultimi vent'anni, con il risultato che le prestazioni monetarie vengono spesso privilegiate in virtù della scarsa disponibilità dei servizi, come evidenziato nella tabella 4; d) infine, l'universalizzazione del sistema per la non autosufficienza ha aperto le porte ad una classe media urbana che chiede un'ampia e libera scelta di tipologie di prestazioni e che, nell'insieme, preferisce riscuotere un sussidio monetario. Le statistiche disponibili confermano che, a quattro anni dall'entrata in vigore del sistema, la preferenza per le prestazioni economiche si è consolidata, anche se la crisi finanziaria ed economica ha certamente lasciato il segno, avendo trovato una possibilità di ridurre i costi del sistema per la non autosufficienza in questo ambito.

Oltre a queste spiegazioni strutturali, è opportuno menzionare altri processi di natura economica e politica che hanno colpito le Regioni

autonome, favorendo il prevalere delle prestazioni economiche: esse sono più facili da gestire e meno dispendiose rispetto ai servizi, mentre l'impatto della crisi economica e finanziaria ha portato ad un aumento delle limitazioni alla spesa pubblica, con la conseguente decisione di rimandare gli investimenti nei servizi. In ogni caso, il contributo del sistema spagnolo per la non autosufficienza alla creazione di posti di lavoro è stato considerevole, con una media di 63.021 lavoratori tra il 2007 e il 2009 (per un totale di 189.063 posti di lavoro direttamente creati) (Sosvilla Rivero, 2010).

In termini generali, possiamo affermare che il sistema spagnolo di cura è un mix dei vari modelli europei in materia di non autosufficienza[4], che vede le donne prestatrici di cura assumere un ruolo centrale nelle reti assistenziali, sebbene gli uomini stiano lentamente iniziando ad apportare il proprio contributo. C'è anche una certa tendenza a sostituire i servizi pubblici con le prestazioni economiche, così che il beneficiario possa decidere in che maniera soddisfare i propri bisogni (bilancio personale) e, quando necessario, a chi affidare l'erogazione di un dato servizio. Infine, c'è una tendenza generale che vede l'assistenza di tipo residenziale essere sostituita dall'assistenza diurna sul territorio. Tutti questi cambiamenti stanno avendo luogo in un contesto di contenimento della spesa pubblica e di riequilibrio dei rispettivi poteri degli attori istituzionali e sociali ascrivibili al sistema spagnolo di welfare. Nel caso della Spagna, la percentuale di cura informale per le persone al di sopra dei 65 anni di età ha subito delle alterazioni minime tra il 1993 e il 2010, mentre le donne continuano a dover sostenere il peso del lavoro di cura informale. Al contempo, la società spagnola sta gradualmente facendo i conti con la necessità di socializzare i rischi, ma non al costo di erodere la centralità dell'assistenza erogata informalmente e, soprattutto, del controllo esercitato dalle famiglie.

Per quanto riguarda i processi di *governance*, occorre sottolineare che il nuovo modello si basa su una struttura di potere condivisa tra lo Stato e le Regioni autonome, di cui le ultime rappresentano il livello territoriale di potere realmente incaricato di gestire il sistema. Tenendo conto del fatto che, oltre alla struttura istituzionale basata su un de-

[4] Per modello sociale europeo di Ltc intendiamo una combinazione della tendenza verso la copertura universale del rischio di non autosufficienza, il decentramento della gestione, la combinazione di prestazioni monetarie e servizi e la partecipazione degli utenti alla copertura dei costi, tramite le tariffe a carico degli utenti.

Qui fig 1

centramento ampio e profondo, non c'è una legislazione nazionale in materia di servizi sociali (come invece avviene per la sanità e l'istruzione) che possa emanare le disposizioni fondamentali per il sistema dei servizi sociali e che, dall'altra parte, esistono differenze ideologiche sempre più ampie tra i diversi governi regionali, non c'è da stupirsi se ad oggi tutto ciò ha portato a forme disparate di cooperazione tra Stato e Regioni, con il risultato che l'attuazione del nuovo sistema procede a velocità differenti, che sono state corrette solo in parte.

Eppure la governance asimmetrica del Saad non è esclusivamente imputabile a fattori finanziari e politici legati al contesto odierno. Le sue radici possono piuttosto essere rintracciate nell'evoluzione storica dei diversi sistemi di servizi sociali, che ha prodotto un'ampia varietà di sottosistemi regionali, ciascuno avente la propria tradizione in materia di erogazione dei servizi, il proprio modo di intendere il nuovo sistema e le proprie modalità di gestione. La predominanza istituzionale che ha storicamente caratterizzato i servizi sociali è, in molti sensi, un fattore più decisivo del tipo di governo o dell'orientamento ideologico, quando si tratta di decidere come attuare il sistema di Ltc. Amministrazioni regionali di diverso colore politico possono così trovarsi ad attuare il nuovo sistema adottando lo stesso approccio, perché i loro servizi sociali sono organizzati in maniera piuttosto simile, e ciò influenza l'attuazione del nuovo sistema di copertura universale.

Oltre alle differenze politiche e alle infrastrutture dei servizi, vi sono altre due problematiche parimenti importanti in relazione alla governance del sistema: il flusso di informazioni dal governo regionale a quello centrale su come la popolazione tutelata dalla legge viene assistita e sulle prestazioni che riceve, e l'opacità del processo di partecipazione e finanziamento dei Comuni nel quadro del sistema di assistenza.

La grande eterogeneità del Saad in termini di accesso, tipologia e qualità delle prestazioni è influenzata anche dalle *modalità di finanziamento*. Nella sfera della non autosufficienza tali modalità sono estremamente complesse, poiché lo Stato finanzia il 50% delle «nuove» prestazioni sociali istituite a partire dal 1° gennaio 2007, ma non copre quelle precedentemente previste dal sistema assistenziale. Ciò significa che, nella pratica, i costi totali ricadono sulle Comunità o Regioni autonome nella misura di oltre due terzi. Inoltre, i finanziamenti statali per il nuovo sistema non vengono sempre utilizzati dalle Regioni per coprire i costi del sistema stesso, bensì per finanziare le prestazioni preesi-

stenti (quali le strutture residenziali), e ciò rallenta l'espansione del nuovo sistema di assistenza sul territorio, che dovrebbe teoricamente essere la forza motrice del Saad, nella sua filosofia.

Lo Stato garantisce un certo grado di equità tramite un livello minimo pro capite di prestazioni a livello nazionale, nonché tramite forme di redistribuzione territoriale in base alle prestazioni stabilite dalle Regioni, compatibilmente con criteri legati al tasso di dispersione nazionale, alla popolazione, al numero di persone assistite, e alla condizione di insularità. Ma l'ultima parola sui destinatari delle prestazioni spetta alle Regioni, che hanno competenze esclusive in materia, come dimostrato, ad esempio, dai diversi parametri di valutazione per assegnare le prestazioni e dalle diverse forme di tariffazione a carico degli utenti.

Le limitazioni finanziarie e la preferenza sociale e istituzionale per le prestazioni a carattere economico hanno portato ad un aumento della concorrenza tra fornitori privati e organizzazioni del terzo settore per assicurarsi gli appalti dei servizi, e ciò sta cambiando il volto dei servizi sociali tradizionalmente erogati.

Infine, lo sviluppo del Saad non sta migliorando il *coordinamento tra i servizi sociali e quelli sanitari*. Tale mancanza di coordinamento significa che la legge è stata relegata alla sfera dei servizi sociali: un dato che può essere imputato alle differenze tra i servizi sanitari e sociali in termini di portata dei servizi stessi, della loro organizzazione nonché delle pratiche professionali vigenti, come anche al fatto che non vi è stata da parte dei Ministeri coinvolti la capacità collettiva di amministrare la forte contraddizione rappresentata dalla legge sulla coesione e la qualità del servizio sanitario nazionale del 2003, una legge che prevedeva prestazioni sociosanitarie che, arrivati al 2006, non erano ancora neanche messe a punto nel catalogo delle prestazioni sanitarie esigibili.

7. Conclusioni

Il sistema per la non autosufficienza spagnolo (Saad) ha appena tre anni. In base a quanto fin qui esaminato, possiamo azzardare alcune conclusioni.

In primo luogo, come per la maggior parte dei modelli adottati nell'ambito dei regimi europei di welfare, il modello spagnolo per la non autosufficienza è all'insegna della condivisione delle responsabilità tra la persona non autosufficiente, la famiglia e il settore pubblico,

al fine di promuovere la qualità della vita della persona assistita e di chi ne ha cura. Si tratta di un modello che favorisce la libertà di scelta tra diversi sistemi di assistenza, nel quadro di un'offerta ben limitata di servizi sul territorio, e che sembra voler favorire una nuova etica fondata sulla condivisione delle responsabilità tra Stato e famiglia, così come tra uomini e donne.

In secondo luogo, il Saad nasce dalla convergenza di profonde trasformazioni sociali e demografiche, a partire innanzitutto dalla posizione conquistata dalle lavoratrici nella società, dalla crescente europeizzazione delle politiche sociali, nonché dalla mobilitazione di attori sociali e istituzionali favorevoli alla riforma (soprattutto il terzo settore e l'importanza assunta dal dialogo sociale).

In terzo luogo, si tratta anche di un modello di cura che sostituisce la vecchia logica assistenziale con una concezione di natura universalistica incentrata su un ben preciso assetto istituzionale, che obbliga lo Stato e le Regioni autonome a cooperare nel quadro di vincoli che interessano le competenze, i processi decisionali e le modalità di finanziamento del sistema. Una situazione spesso foriera di tensioni che produce asimmetrie dal punto di vista della copertura, della tipologia di prestazioni e dell'impatto sociale. Non bisogna neanche dimenticare il peso storico e istituzionale della natura socio-assistenziale (soggetta a condizioni di reddito) dei servizi sociali, che condiziona la natura delle politiche regionali ben più delle prese di posizione ideologiche.

Infine, una conseguenza di questo modello di assistenza misto e complesso è che l'impatto sociale del nuovo sistema si riflette in un'ampia copertura della popolazione non autosufficiente, che opta per i benefici economici anche se la legge non contiene disposizioni in questo senso. Una situazione criticata in una certa misura da sindacati, associazioni professionali e soggetti erogatori, e che deriva dall'esistenza protratta nel tempo di una struttura sociale basata sul lavoro di cura informale (che la crisi economica attuale ha in parte rafforzato), dalla disponibilità limitata di servizi sociali, nonché dal conservatorismo in materia di spesa pubblica che ha portato alla riduzione degli investimenti infrastrutturali per i servizi sociali. La preferenza degli utenti per le prestazioni di natura economica è anche rafforzata dall'offerta di manodopera migrante di cui le persone non autosufficienti e le loro famiglie spesso si avvalgono.

Infine il modello spagnolo, che è in corso di valutazione al momento in cui scriviamo, si troverà ad affrontare sfide importanti in futuro, quali la necessità di una governance efficiente del sistema nell'ottica di

una maggiore equità sull'insieme del territorio nazionale, la necessità di finanziamenti sufficienti a incrementare i servizi erogati, la spinta al coordinamento tra servizi sociali e sanitari, nonché la necessità di conferire maggior peso istituzionale agli enti locali in quanto responsabili dell'erogazione dei servizi sul territorio. Ciò detto, la nostra analisi dell'impatto del sistema di *long-term care* spagnolo ci porta a ipotizzare che l'evoluzione futura del sistema stesso dipenda dalla costruzione di un modello misto, che faccia della correlazione tra la responsabilità familiare e individuale, da una parte, e della socializzazione del rischio dall'altra, gli elementi chiave di un sistema caratterizzato da un modello altamente decentrato di regolamentazione ed erogazione dei servizi.

Riferimenti bibliografici

Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales, 2009, *Desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia - III Dictamen*, disponibile sul sito internet: http://www.directoressociales.com/.

Fantova F., 2008, *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*, Instituto de Derechos Humanos, Universidad de Deusto, Bilbao.

Grupo de Expertos, 2009, *Informe final del grupo de expertos pata la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la autonomía personal y Atención a las situaciones de dependencia*, Msyps (Imserso) y Congreso de los Diputados, Madrid.

Imserso - Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005, *Libro Blanco de atención a las personas dependientes en situación de dependencia en España*, Imserso, Madrid.

Imserso - Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2009, *Las personas mayores en España. Informe 2008*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Marbán Gallego V., 2009, *La atención a la Dependencia*, in Moreno L. (a cura di), *Reformas de las políticas del bienestar en España*, Ed. Siglo XXI, Madrid, pp. 207-238.

Montserrat Codorniu J., 2009, *Evolución y perspectivas de la financiación del sistema para la autonomía y atención a la dependencia*, «Documentación Administrativa», n. 276/277, pp. 411-442.

Oecd, 2005, *Ensuring quality long-term care for older people*, «Policy Brief», marzo, Oecd, Parigi.

Pavolini E. e Ranci C., 2008, *Restructuring the Welfare State: Reforms in Long-term Care in Western European Countries*, «Journal of European Social Policy», vol. 18 (3), pp. 246-259.

Rodríguez Cabrero G., 2007, *El marco institucional de la protección social de la dependencia en España*, «Estudios de Economía Aplicada», vol. 25 (2), pp. 343-372.

Rodríguez Cabrero G., 2009, *El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia en España (2007-2009)*, «Gestión y Análisis de Políticas Públicas», n. 2, pp. 33-58.

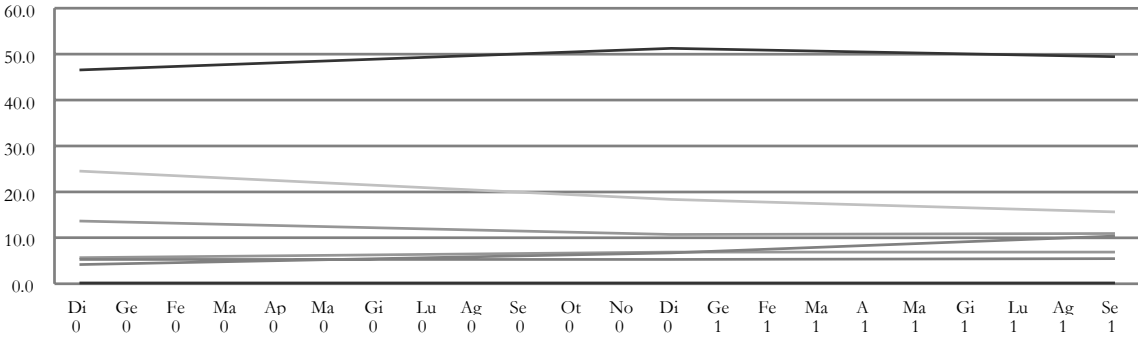
Sabatier P.A. e Jenkins-Smith H., 1999, *The Advocacy Coalition Framework: An Assessment*, in Sabatier P.A. (a cura di), *Theories of the Policy Process*, Westview Press, Boulder, Co., pp. 117-168.

Sosvilla Rivero S.J., 2010, *Estimación del efecto del establecimiento del sistema de autonomía y atención a la dependencia sobre el empleo en España*, Ucm, Madrid, mimeo.

Weible C.M., Sabatier P.A e McQueen K., 2009, *Themes and Variations: Taking Stocks of the Advocacy Coalition Framework*, «The Policy Studies Journal», vol. 37 (1), pp. 121-140.

Traduzione dall'inglese a cura di Marta Gilmore

Figura 1 - Evoluzione della percentuale di prestazioni economiche e servizi rispetto al totale delle prestazioni riconosciute e identificate (anni 2008-2010, %)



	Dic.	Dic.	Set.
Prestazioni economiche per le famiglie	46,5	51,2	49,4
Prestazioni economiche legate ad un servizio	5,6	6,9	6,9
Prestazioni economiche per assistenza personale	0,1	0,1	0,1
Servizi: assistenza domiciliare	13,7	10,8	11,0
Servizi: centri diurni	5,2	5,3	5,5
Teleassistenza	4,2	6,8	10,3
Assistenza residenziale	24,6	18,4	15,7

Fonte: Rielaborazione degli autori su dati Saad-Imserso.

Tabella 1 - Opinioni, interessi e risorse dei principali attori sociali coinvolti nella riforma delle politiche sociali per la non autosufficienza

Opinioni	Sindacati	Imprenditori, settore privato	Terzo settore	Regioni autonome (Ra)
Copertura	Erogazione universale da parte del servizio pubblico	Erogazione universale da parte dei privati	Erogazione universale mista (pubblico e privato non-profit)	Erogazione universale (misto: pubblico e privato convenzionato)
Ambiti di competenza	Governo centrale (Gc)	Gc, Ra, enti locali (El)	Gc	Ra
Quadro delle tutele	Sicurezza sociale	Finanziamento tramite meccanismi generali di tassazione	Sicurezza sociale	Finanziamento tramite meccanismi generali di tassazione
Sostegno delle famiglie	Complementarità, servizi di sostegno e di sollievo, riconoscimento del diritto alla sicurezza sociale per chi svolge il lavoro di cura (carer)	Servizi di sostegno e di sollievo, libertà di scegliere il fornitore	Complementarità, servizi di sostegno e di sollievo, libertà di scegliere il fornitore, riconoscimento del diritto alla sicurezza sociale per chi svolge il lavoro di cura (carer)	Complementarità, servizi di sostegno e di sollievo

segue *Tabella 1 - Opinioni, interessi e risorse dei principali attori sociali coinvolti nella riforma delle politiche sociali per la non autosufficienza*

Opinioni	Sindacati	Imprenditori, settore privato	Terzo settore	Regioni autonome (Ra)
Altro…	Importanza della prevenzione, formazione, qualità dei servizi erogati, coordinamento tra servizi sociali e sanitari	Importanza della prevenzione, formazione, qualità dei servizi erogati	Importanza della prevenzione, formazione, qualità dei servizi erogati, coordinamento tra servizi sociali e sanitari	Importanza della prevenzione, formazione, qualità dei servizi erogati, coordinamento tra servizi sociali e sanitari
Interessi	Creazione di posti di lavoro, de-femminilizzazione del lavoro di cura, parità di accesso, espansione del servizio pubblico	Espansione della rete di servizi, crescita organizzativa, diversificazione dei «prodotti» finanziari privati (ad es. i prestiti vitalizi ipotecari) Profitto, contenimento degli oneri sociali a carico delle imprese per finanziare la Saad	Creazione di posti di lavoro, espansione della rete di servizi, crescita organizzativa, ampliamento dei diritti degli anziani, delle persone affette da disabilità intellettive e malattie mentali	Autonomia e mantenimento delle competenze in materia di sicurezza sociale
Peso politico	Legittimazione sociale	Legittimazione economica e potere di pressione per quanto riguarda i contributi degli imprenditori alla sicurezza sociale	Legittimazione sociale, competenze specifiche	Legittimazione economica, competenze specifiche, diritto di veto

Fonte: gli autori.

Tabella 2 - Livelli di protezione, sistema di prestazioni e sostegno all'autonomia, finanziamento, organismi consultivi e sistema di qualità, informazioni e formazione nella legge 39/2006 per la non autosufficienza

Livelli di protezione (art. 7)	Sistema di prestazioni (capitolo II)	Finanziamento del sistema (capitolo V)	Organismi gestionali e consultivi	Qualità, informazione e formazione
1. Tutela minima garantita dallo Stato	1. Servizi sociali previsti dal catalogo delle prestazioni (art. 15)	1. Fiscalità generale (art. 32). Lo Stato finanzierà il sistema dal 17/01/007 al 31/12/2015	1. Governance del Saad: i Consigli territoriali come strumento di cooperazione tra il governo centrale e le Regioni autonome. Questo consiglio definisce i criteri di valutazione, l'intensità delle tutele, l'ammontare delle prestazioni, i programmi e la valutazione portati avanti congiuntamente. Le amministrazioni locali possono prendere parte al consiglio (art. 8 e 12)	1. Criteri di accreditamento comuni per i centri e programmi di qualità del Saad progettati dal Consiglio territoriale (art. 34)
2. Tutela concordata tra lo Stato e le Regioni autonome	2. Prestazioni economiche legate ai servizi (art. 17)	2. Co-finanziamento compatibile con le capacità finanziarie dei beneficiari (art. 33); distinzione tra servizi assistenziali, per il mantenimento e residenziali	1. Organismi consultivi: a) Comitato misto di consulenza di Stato, Regioni autonome, enti locali, sindacati e organizzazioni degli imprenditori b) Consulta statale degli anziani, consiglio nazionale dei disabili e Ong di azione sociale	2. Sistema informativo del Saad (art. 37)

segue *Tabella 2 - Livelli di protezione, sistema di prestazioni e sostegno all'autonomia, finanziamento, organismi consultivi e sistema di qualità, informazioni e formazione nella legge 39/2006 per la non autosufficienza*

Livelli di protezione (art. 7)	Sistema di prestazioni (capitolo II)	Finanziamento del sistema (capitolo V)	Organismi gestionali e consultivi	Qualità, informazione e formazione
3. Tutela aggiuntiva su iniziativa delle Regioni autonome	3. Prestazioni economiche eccezionali per i carer non professionisti (art. 18)	3. Incentivi fiscali a strumenti privati per consentire il co-finanziamento dei servizi (Settima disposizione aggiuntiva)		3. Formazione e qualifiche per professionisti e carer (art. 36)
	4. Prestazioni economiche per la cura personale (art. 19)			

Fonte: gli autori, in base alla legge 39/2006.

RPS

Trasformazioni e processi di ricalibratura nei regimi ad orientamento universalistico

Le politiche per la non autosufficienza in Svezia: tendenze, attori e conseguenze

Gabrielle Meagher, Marta Szebehely

La Svezia si è dotata di un sistema ben sviluppato per la non autosufficienza, fondato su servizi a carico della fiscalità generale e in larga misura a erogazione pubblica. Nel corso degli ultimi decenni il sistema ha subìto trasformazioni significative. Ripercorrendo la strutturazione delle politiche svedesi in materia, il presente saggio si concentra sulla dimensione dell'assistenza alle persone anziane, prendendo comunque anche in esame alcune delle principali interazioni tra i servizi per i disabili e quelli per gli anziani non autosufficienti, nonché i confini tra questi ultimi e il sistema sanitario. Diversamente dalla maggior parte degli altri paesi europei, la tendenza principale in materia di erogazione di prestazioni assistenziali agli anziani è stata quella di una riduzione della spesa e della copertura sul versante dei servizi, ma anche quella di un accesso molto ridotto, nonché in calo, alle prestazioni di sostegno economico per la funzione di cura assolta dai familiari. Tale tendenza ha portato a scaricare il peso del lavoro di cura sulle famiglie in modalità non retribuite (informalizzazione), nonché sul mercato dei servizi finanziati in forma privata ed erogati da soggetti privati (mercatizzazione).

1. Introduzione

Negli anni '70 e '80, la Svezia aveva un sistema ben sviluppato di servizi per le persone anziane, finanziati attraverso la fiscalità generale ed erogati prevalentemente attraverso una rete pubblica, e un sistema relativamente sviluppato di servizi destinati alle persone con disabilità di età inferiore ai 65 anni. Questi sistemi sono cambiati significativamente nel corso degli ultimi decenni. C'è stato un certo *ridimensionamento* dei servizi per gli anziani non autosufficienti, palesatosi in una riduzione della spesa pubblica, in una minore copertura dei servizi di assistenza e in una maggiore concentrazione di questi ultimi verso le fasce maggiormente bisognose. Questo sviluppo ha condotto ad una *informalizzazione* del lavoro di cura per alcuni gruppi di anziani, in quanto sono i familiari a dover fornire quell'assistenza di cui le gene-

razioni precedenti avevano usufruito all'interno del servizio pubblico. Nell'assistenza ai disabili, si è verificata una notevole *espansione* dei servizi forniti, di cui l'aspetto forse più significativo è l'introduzione dei programmi di assistenza individuale alle persone con gravi disabilità. Queste tendenze divergenti nei servizi per le persone anziane e con disabilità hanno coinciso con uno sviluppo convergente che interessa entrambi gli ambiti: la *mercatizzazione* dei servizi e l'emergere di grandi imprese private a scopo di lucro per l'erogazione di questi servizi.
Il punto nodale di questo saggio è spiegare come e perché si siano verificati tali cambiamenti, e discutere le loro conseguenze per gli utenti dei servizi e per i possibili sviluppi futuri dell'assistenza sociale in Svezia. Esploreremo il ruolo dei diversi attori sociali, politici ed economici in questo processo di cambiamento, e individueremo quali trasformazioni siano state volute intenzionalmente dai decisori politici, e quali no. Oltre all'interazione dinamica tra le direttive statali e la risposta delle amministrazioni locali – fattore esplicativo sempre importante nell'analisi dei cambiamenti dell'impianto di servizi sociali nei paesi con un sistema di governo multilivello – riteniamo che la «sostituzione invasiva» (*invasive displacement*) e la «stratificazione» (*layering*) costituiscano processi di trasformazione delle istituzioni che direttamente e indirettamente organizzano l'erogazione dei servizi assistenziali.

2. I servizi alla persona in Svezia: strutture istituzionali e processi di governance

In un'ottica comparativa, in Svezia i servizi per gli anziani non autosufficienti e i disabili vengono forniti nel contesto di un regime assistenziale di tipo universalistico, supportato da una «cultura della responsabilità» del lavoro di cura, a carico del pubblico o della collettività. Questo sistema è organizzato all'interno di una struttura politica fortemente decentrata che è stata dominata a livello nazionale dal Partito socialdemocratico, intervallata da periodi più brevi di governo della destra. In questa cornice più ampia, i ruoli che la famiglia e i settori pubblico e privato svolgono nell'erogare e finanziare l'assistenza sono ben definiti e si sono evoluti. Si tenterà nelle conclusioni di capire se la traiettoria lungo la quale sembra svilupparsi l'erogazione dei servizi alla persona stia minacciando o meno il regime tradizionale di tipo universalistico. Questo paragrafo delinea le strutture istituzio-

nali formali e i processi di governance, tramite i quali vengono distribuiti e previsti i compiti di finanziamento ed erogazione dei servizi di assistenza.

Un elemento caratterizzante del sistema svedese di servizi alla persona è il fatto che le famiglie non hanno la responsabilità legale di rispondere ai bisogni di cura dei propri membri adulti, anche se nella pratica le famiglie svolgono un ruolo considerevole (e di importanza crescente) nel lavoro di cura degli anziani. Inoltre, nota importante per i lettori di questo volume, il termine inglese «*long-term care*», o assistenza a lungo termine, non è un concetto utilizzato in Svezia nell'elaborazione delle politiche o nel dibattito in materia. Al contrario, l'assistenza alle persone anziane fragili, comprese le strutture residenziali, e l'assistenza alle persone con disabilità vengono considerate come due ambiti distinti che attengono al settore più generale dell'*assistenza sociale* (piuttosto che dell'assistenza sanitaria).

Un'altra caratteristica del sistema svedese è la forte tradizione di autonomia comunale: le amministrazioni locali hanno la responsabilità primaria di organizzare i servizi alla persona finanziati pubblicamente, sia quelli domiciliari che quelli residenziali. I Comuni hanno anche i poteri impositivi sostanziali necessari per coprire la maggior parte dei costi dell'assistenza fornita agli anziani (85%) e ai disabili (70% circa). I Comuni sono anche liberi di decidere la distribuzione dei diversi tipi di assistenza (ad esempio tra l'assistenza domiciliare e quella di tipo residenziale nei servizi per gli anziani) e dei servizi che rispondono ai bisogni di diversi gruppi sociali (ad esempio i servizi per gli anziani, per l'infanzia e per i disabili).

Tuttavia, il ruolo principale che gli enti locali svolgono nel fornire ed erogare i servizi alla persona non significa che lo Stato sia ininfluente: attualmente il governo nazionale potrà anche finanziare solo il 10% dei costi dell'assistenza agli anziani (il rimanente 5% è coperto dalle tariffe a carico degli utenti), ma ha un impatto considerevole sulle pratiche per la non autosufficienza attuate dagli enti locali, grazie a tre canali d'intervento: legislazione e regolamentazione; misure di incentivazione economica e attività di supervisione e indirizzo. A volte le azioni dello Stato sono finalizzate specificamente a riformare un ramo dei servizi alla persona (come la *Legge sulle disabilità* del 1993); altre volte si tratta di decisioni di portata più generale, che interessano una gamma più ampia di attività, finanche l'attività dei Comuni nella loro interezza (come la *Legge sui Comuni* del 1991).

Tramite i meccanismi legislativi e regolamentari, lo Stato svedese sta-

bilisce a quali fasce della popolazione i Comuni siano tenuti a fornire assistenza, quanto possano farsi pagare per questi servizi, e che tipo di organizzazioni siano autorizzate ad erogare i servizi. Sia le persone anziane che le persone con disabilità sono coperte dalla *Legge sui servizi sociali* (*Social services act*, Ssa) approvata nel 1982, che regolamenta i servizi di assistenza domiciliare e quelli di tipo residenziale, incluse le case di riposo. La Ssa è una legislazione finalizzata specificamente a garantire il diritto generale a richiedere un sostegno «qualora non sia possibile soddisfare in altra maniera i propri bisogni», in maniera tale da garantire un «livello di vita ragionevole». La legislazione non specifica quali siano questi «bisogni», ma è previsto il diritto a fare ricorso in tribunale se il singolo individuo non si ritiene soddisfatto da una decisione presa in tal senso.

Oltre ai diritti sanciti dalla Ssa, le persone con disabilità si vedono garantiti altri diritti tramite la legge sulle disabilità del 1993 (che consiste nella «Legge relativa alle misure di sostegno e ai servizi per le persone con alcune incapacità funzionali», Lss, e nella «Legge sulle prestazioni assistenziali», Lass – quest'ultima fa parte del Codice sulle assicurazioni sociali a partire da gennaio del 2011). In contrasto con la Ssa, questa legge conferisce diritti specifici e assoluti alle persone affette da alcune incapacità funzionali significative[1] (non causate dal normale invecchiamento), e stabilisce le misure che le autorità locali sono obbligate ad adottare per garantire a queste persone «condizioni di vita buone» (un obiettivo più ambizioso rispetto alla Ssa). Gli aventi diritto ad usufruire dei servizi previsti dalla legge sulle disabilità, e che necessitano di un'assistenza personale intensiva per i propri bisogni primari, possono accedere ad un programma di assistenza individuale, nel qual caso lo Stato copre i costi sostenuti dai Comuni per il lavoro di cura che eccede le 20 ore settimanali. Dunque, una differenza importante tra la Ssa, da una parte, e la legge sulle disabilità, dall'altra, è che la Ssa lascia ai Comuni il compito di definire o interpretare chi abbia diritto ad usufruire dei servizi e a cosa abbia diritto, mentre la legge sulle di-

[1] Nella legge sulle disabilità si specificano tre gruppi: 1) persone affette da disabilità intellettive, autismo, o da condizioni di tipo autistico; 2) persone con una disabilità intellettiva significativa e permanente a seguito di un danno cerebrale intervenuto durante la vita adulta e 3) persone affette da altre forme di disabilità fisica o intellettiva duratura (non dovuta al normale invecchiamento), qualora tali disabilità causino difficoltà significative nella vita quotidiana, che necessitano di un sostegno intensivo.

sabilità prescrive in maniera piuttosto specifica chi abbia diritto a determinati servizi e che tipo di sostegno debba ricevere, limitando di conseguenza la discrezionalità degli enti locali.
Inoltre lo Stato orienta l'attività dei Comuni tramite misure di incentivazione economica, che definiscono sia *l'entità* che la *struttura* dei contributi statali erogati. Nel corso degli ultimi decenni, le misure di indirizzo economico con conseguenze sui servizi alla persona sono cambiate molte volte, compreso il passaggio, nel 1993, dai sussidi mirati per alcuni ambiti di particolare importanza nel settore dei servizi, alle «sovvenzioni globali» (*block grants*); e la successiva introduzione, oltre a questi ultimi, dei fondi speciali finalizzati, per incentivare i Comuni a cambiare le proprie modalità gestionali o attività in linea con gli obiettivi stabiliti dal governo nazionale. Un esempio di fondi finalizzati a progetti specifici, particolarmente rilevante ai fini di questo resoconto, è stato il loro utilizzo per incentivare i Comuni a introdurre modelli basati sulla libera scelta del fornitore da parte dell'utente (*customer choice* – in vigore sin dal 2009); tra gli altri esempi ricordiamo gli incentivi per introdurre meccanismi di sostegno al lavoro di cura familiare sin dal 1999, e i fondi per la formazione sulla dignità degli anziani nel lavoro di cura, a partire dal 2011.
La supervisione e l'indirizzo costituiscono la terza categoria fondamentale tra i meccanismi di intervento governativo, e in Svezia queste attività vengono ampiamente delegate all'Ente nazionale per la salute e il welfare (*Socialstyrelsen*, Nbhw nell'acronimo ufficiale inglese). La tendenza principale in questo caso è la diffusione crescente dei meccanismi di *soft regulation* tramite misure quali la definizione di traguardi specifici, la comparazione aperta dei dati sulla spesa e sulla qualità dei servizi alla persona, e lo sviluppo di strumenti di valutazione e di linee guida sulle pratiche.

3. Tendenze nei servizi per la non autosufficienza: le trasformazioni nella copertura, nella spesa e nelle forme gestionali

All'inizio del saggio si è osservato che in Svezia nel corso degli ultimi decenni c'è stato un cambiamento significativo nella copertura e nell'organizzazione dei servizi per anziani e disabili. Questo paragrafo descrive brevemente questi cambiamenti, al fine di dimostrare le tendenze – tra cui la minor copertura e la riduzione della spesa pubblica per quanto riguarda i servizi agli anziani, l'emergere e la crescita di

nuovi programmi di assistenza per le persone con disabilità, e diverse forme di mercatizzazione che hanno attraversato entrambi i settori di assistenza – che questo saggio intende indagare.

A differenza della maggior parte degli altri paesi europei, in Svezia l'erogazione dei servizi per gli anziani non autosufficienti è diminuita in relazione alla percentuale di persone anziane nella popolazione. Trent'anni fa, il 16% delle persone dai 65 anni in su riceveva un'assistenza domiciliare pubblica, e l'8% circa era ricoverato in residenze assistite (Szebehely, 2005). Entro il 2000, la quota di persone che ricevevano un'assistenza domiciliare era crollata all'8% mentre la percentuale di persone nelle strutture residenziali è rimasta più o meno stabile. Nel corso dell'ultimo decennio, c'è stato un calo significativo dell'assistenza di tipo residenziale, che è stato compensato solo in parte da un aumento dei servizi domiciliari. Di conseguenza, in base alle statistiche più recenti, nel 2008, il 9% della popolazione anziana (dai 65 anni in su) riceveva un'assistenza domiciliare, mentre il 6% si trovava in strutture residenziali, compresi i rifugi di accoglienza (Nbhw, 2010). Il calo della copertura può essere spiegato solo parzialmente da un miglioramento della salute tra le persone anziane; ne deriva che la probabilità di ricevere un'assistenza domiciliare pubblica sia ora nettamente più bassa rispetto a trent'anni fa (Larsson, 2006; Szebehely e Trydegård, 2007).

Le tendenze nell'erogazione dei servizi alle persone con disabilità al di sotto dei 65 anni di età sono state piuttosto differenti, rispetto a quelli per gli anziani non autosufficienti. La percentuale di persone con disabilità coperte dai servizi non può essere calcolata in maniera analoga a quella relativa agli anziani, dunque in questo caso dobbiamo fare riferimento ai numeri assoluti di utenti. I dati disponibili indicano che il numero di persone disabili che ha ricevuto una qualche forma di assistenza sociale pubblica è aumentato del 29%, tra il 2000 e il 2009 (Szebehely, 2011). Eppure, il lavoro informale di cura resta importante anche per le persone con disabilità, soprattutto per coloro che non rientrano nei parametri stabiliti dalla legge sulle disabilità. Come nel caso delle persone anziane, la maggior parte dell'assistenza alle persone disabili è fornita dalla famiglia, anche se, in termini comparativi, la Svezia è un paese dotato di un sistema formale di servizi per la non autosufficienza di alto livello. Infatti, sin dalla fine degli anni '80, c'è stato un aumento del lavoro di cura a carico delle famiglie, per quanto riguarda le persone disabili che necessitano di un livello basso di assistenza, e anche le persone anziane con ogni livello di bisogni.

Solo tra le persone con disabilità gravi, soprattutto quelle coperte dai programmi di assistenza individuale, c'è stato un aumento dei servizi alla persona formalmente istituiti e una diminuzione del numero di persone che usufruivano solamente del lavoro informale di cura (Szebehely e Trydegård, 2007; vedi anche Jeppsson-Grassman e al., 2009). L'andamento della spesa riflette prevalentemente questo cambiamento di profilo nell'erogazione dei servizi per la non autosufficienza. La spesa pubblica per l'assistenza agli anziani è aumentata nel corso degli anni '80 (da 55 a 64 miliardi di corone svedesi tra il 1985 e il 1990), nonostante una diminuzione della copertura, per ragioni che saranno spiegate nel prossimo paragrafo. Tra il 1990 e il 2000, la spesa è aumentata solamente del 5% – in relazione al numero di persone dagli 80 anni in su nella popolazione questo corrisponde ad un calo del 14% (Sou 2004/68, p. 147). Tra il 2000 e il 2009, la spesa è diminuita del 6% in termini assoluti, da 95 a 90 miliardi di corone, ai prezzi 2009 (Szebehely, 2011, tabella 1). Al contrario, tra il 1993 e il 1999, la spesa pubblica destinata alle persone disabili è aumentata del 68%, con l'aumento principale che si è verificato tra il 1993 e il 1995, grazie all'introduzione delle riforme sulla disabilità, le sopramenzionate Lss e Lass (Palme e al., 2002, p. 57). Tra il 2000 e il 2009, la spesa pubblica destinata ai servizi per la disabilità è aumentata di un ulteriore 66%, da 37 a 61 miliardi di corone, ai prezzi 2009 (Szebehely, 2011, tabella 1)[2]. Nel 2000, la spesa per i servizi ai disabili, in quanto percentuale della spesa pubblica per la non autosufficienza, era del 28%; entro il 2009 raggiungeva il 41%.

Nonostante questi cambiamenti di profilo nelle politiche per la non autosufficienza, le risorse pubbliche destinate ai servizi per gli anziani restano considerevoli in Svezia, se lette in un'ottica comparativa. Anche se è difficile ottenere dati comparabili sulla spesa relativa ai servizi sociali, i dati disponibili sembrerebbero suggerire che la Svezia rimanga uno dei paesi più generosi all'interno dell'Ocse, quando si tratta dei servizi per gli anziani. Alla metà degli anni 2000, la spesa pubblica in

[2] I servizi per l'infanzia sono un altro ambito per il quale le maggiori ambizioni del governo hanno ridotto le risorse a disposizione dei Comuni per l'assistenza agli anziani: con l'attuazione della legge sulla scuola del 1995, è stato introdotto l'obbligo per i Comuni di offrire servizi per l'infanzia a tutti i bambini tra il primo e il dodicesimo anno di età. Di conseguenza, tra il 2000 e il 2009, le risorse pubbliche destinate ai servizi per l'infanzia sono aumentate del 67% (National Agency for Education, 2011, p. 7).

materia ammontava al 2,4% circa del Pil in Svezia, in confronto all'1,7% della Danimarca, all'1,1% dell'Italia, e allo 0,9% degli Stati Uniti. Dei quattordici paesi per i quali sono disponibili dati, solo i Paesi Bassi spendono una percentuale maggiore (2,5%) (Huber e al., 2009, p. 99). Stando alla stessa fonte, la spesa destinata ai servizi di *long-term care* (compresa l'assistenza sia alle persone disabili che alle persone anziane) in Svezia rappresenta il 3,9% del Pil, una percentuale superiore a quella di qualsiasi altro paese, tra le 24 nazioni europee e nordamericane incluse nel rapporto di Huber e colleghi.

Se i bisogni di cura degli anziani svedesi sono cambiati meno dell'offerta di servizi pubblici, la domanda che sorge è: chi li aiuta adesso? I dati suggeriscono che siano i familiari a farlo, soprattutto le figlie (Johansson e al., 2003; Szebehely e Trydegård, 2007) ed è stato stimato che, tra il 1994 e il 2000, la quota di lavoro di cura a carico delle famiglie rispetto all'intera comunità, sia aumentata dal 60 al 70% (Sundström e al., 2002). I servizi finanziati ed erogati privatamente, oggetto di una compravendita sul libero mercato, che non rientrano nei processi di valutazione dei bisogni e di supervisione attuati dal sistema istituzionale di servizi alla persona, hanno assunto anch'essi un ruolo sempre maggiore nell'organizzazione complessiva della cura delle persone anziane. (A partire dal 2007, lo Stato ha tentato di promuovere questo scambio privato tramite sgravi fiscali; rendendo conseguentemente meno definiti i confini tra il mercato privato e i servizi alla persona finanziati con fondi pubblici). Mentre le persone con un livello di istruzione più basso hanno maggiori probabilità di fare affidamento sul lavoro di cura svolto dai familiari, coloro che hanno un'istruzione più alta si rivolgono spesso al mercato per acquistare questi servizi (Szebehely e Trydegård, 2007). Dunque, il calo dei servizi a carico della fiscalità generale ha avuto conseguenze diverse per le persone anziane provenienti da gruppi sociali diversi, e anche per le loro famiglie.

L'informalizzazione e la privatizzazione, nella forma di un maggiore ricorso ai servizi acquistati privatamente, non costituiscono l'unico sviluppo degno di nota nel sistema svedese dei servizi alla persona. Anche il ruolo dei *fornitori* privati di servizi ha assunto un'importanza crescente, *all'interno* oltre che all'esterno del sistema di servizi alla persona finanziati e organizzati dal pubblico, come conseguenza di un insieme di cambiamenti nelle politiche che si sono verificati sin dai primi anni '90. Nel 1993, solo il 2% delle ore di assistenza domiciliare finanziate dal servizio pubblico veniva fornito da soggetti privati (Nbhw, 2003); entro il 2010, questa percentuale era aumentata fino al

19%; nel 2010, una percentuale simile, il 19%, degli anziani ospitati dai servizi residenziali, viveva in strutture gestite privatamente (Nbhw, 2011a). Tra le persone con disabilità al di sotto dei 65 anni che usufruiscono di questi servizi, il tasso di prestazioni erogate da soggetti privati è più alto: il 23% delle ore di assistenza domiciliare e il 28% dei posti letto in strutture residenziali sono forniti da privati (Nbhw, 2011a) mentre, tra coloro che hanno diritto ad un programma di assistenza individuale, poco più della metà (55%) ha usufruito di un servizio erogato da un fornitore privato (Swedish social insurance agency, 2011). Significativamente, questo aumento nell'erogazione dei servizi da parte di soggetti privati è attribuibile per intero a imprese *a scopo di lucro*: la percentuale di cooperative e altri soggetti senza scopo di lucro è rimasta stabile dai primi anni '90 a oggi. Inoltre, le grandi imprese private sono dominanti tra i fornitori privati a scopo di lucro. Nel 2008, le due aziende più grandi, Carema e Attendo, entrambe di proprietà di imprese internazionali di *private equity*, detenevano metà del mercato dell'assistenza agli anziani (Meagher e Szebehely, 2010).

4. Spiegare le trasformazioni del profilo delle politiche per la non autosufficienza in Svezia

La combinazione tra il calo della copertura dei servizi pubblici per gli anziani non autosufficienti in Svezia e l'emergere di nuove misure, ben finanziate, per sostenere alcuni gruppi di persone con disabilità significa che in Svezia il profilo degli utenti dei servizi per la non autosufficienza è cambiato notevolmente nel corso degli ultimi decenni. Anche se conseguenti alla diffusione di un orientamento favorevole al mercato e delle idee del *New public management* (nel senso generale di un atteggiamento sempre più sospettoso verso il settore pubblico e verso le sue modalità tradizionali di funzionamento da parte dell'élite politica), i cambiamenti spiegati in questo paragrafo sono in qualche misura separati dalle politiche di mercatizzazione che affronteremo più avanti. Molte di queste tendenze si possono spiegare in termini delle normali strategie con cui i governi di un sistema multi-livello spostano la destinazione dei fondi. Un altro fattore significativo è stato l'emergere di un forte movimento per i diritti dei disabili in Svezia durante gli anni '80, e il suo conseguente impatto. Riteniamo che la legge sulle disabilità, che ha trasformato in maniera fondamentale sia l'entità che la portata dei servizi disponibili per le persone che rientra-

no nei suoi parametri, costituisca un esempio di ciò che Streeck e Thelen (2005) chiamano «stratificazione».

4.1 Razionalizzare i servizi per gli anziani non autosufficienti

Dopo gli shock petroliferi degli anni '70, la Svezia è entrata negli anni '80 con la percentuale di persone anziane più alta del mondo, rispetto al totale della popolazione, e un deficit di bilancio che peggiorava invece di migliorare. All'epoca, gli economisti critici nei confronti delle dimensioni e del dominio del settore pubblico iniziarono a svolgere un ruolo molto più centrale nel confronto pubblico e politico, facendo aumentare la pressione sui conti pubblici. Tuttavia, come abbiamo osservato nel paragrafo precedente, le risorse destinate ai servizi per gli anziani non autosufficienti non diminuirono, piuttosto aumentarono; infatti, il numero di ore lavorate nei servizi di assistenza domiciliare è raddoppiato nel corso degli anni '80. Quello che è cambiato, nel nuovo clima economico e politico, è il tipo di bisogni che il sistema riconosceva, il tipo di servizi erogati alle persone anziane, e l'organizzazione del lavoro di cura e della forza lavoro in esso impiegata, come ricerche precedenti hanno dimostrato con chiarezza (Thorslund, 1991; Szebehely, 1995; Sundström e Malmberg, 1996). Nell'assistenza domiciliare, i servizi sono stati finalizzati in maniera più specifica verso le persone che avevano bisogni di cura maggiori, così che una percentuale inferiore di persone anziane riceveva un'assistenza più intensiva. Inoltre, è aumentata la percentuale di tempo che i lavoratori impiegati nello spazio domestico dedicavano al lavoro di cura della persona rispetto al lavoro domestico vero e proprio (Sundström e Malmberg, 1996, p. 73). Anche la priorità politica di «de-istituzionalizzare» ha contribuito al cambiamento del profilo dei bisogni tra gli utenti dell'assistenza domiciliare.

Non tutto l'aumento nelle ore calcolate dedicate ai servizi domiciliari è stato impiegato nel lavoro di cura rivolto a questa coorte di dimensioni più ridotte e decisamente più fragile. Con il sostegno del Sindacato dei lavoratori comunali, i servizi di assistenza domiciliare hanno acquisito professionalità, giacché i lavoratori di questo settore hanno conquistato diritti simili a quelli di cui altri professionisti godevano già da tempo (Liljeström e Özgalda, 1980). Tra la metà degli anni '70 e la metà degli anni '80, il personale a tariffa oraria era già stato sostituito in gran parte da lavoratori dipendenti (prevalentemente in un regime di part-time) (Thorslund, 1991, p. 257). Questi dipendenti erano pa-

gati anche per il tempo impiegato a spostarsi dal domicilio di un utente all'altro, invece che essere pagati solamente per il tempo passato con gli utenti, e gli assistenti domiciliari hanno iniziato a partecipare ad incontri e corsi di formazione e supervisione, anche durante l'orario retribuito. Nell'insieme le ore di lavoro «indiretto» (ore di lavoro non trascorse con l'utente) sono aumentate dal 3 al 34% tra il 1970 e il 1987 (Szebehely, 1995, p. 61). Per quanto riguarda le modalità di finanziamento, è stato ridotto l'incentivo che obbligava i Comuni a contenere le ore di lavoro indiretto: tra il 1964 e il 1993, lo Stato finanziava il 35% dei salari degli assistenti domiciliari, tramite un sussidio statale finalizzato, e dal 1984 le ore di formazione potevano essere incluse. Sotto l'influenza delle idee del *New public management*, si è verificato il passaggio da un modello organizzativo maggiormente centrato sulla persona, in base al quale ciascun operatore era responsabile di un piccolo numero di utenti, ad una sorta di «catena di montaggio» di tipo tayloristico, in base alla quale un certo numero di lavoratori forniva congiuntamente servizi specifici ad un numero più ampio di utenti. Una conseguenza inaspettata di questa razionalizzazione del lavoro di cura è stato l'aumento del numero di ore da dedicare a compiti diversi dall'assistenza, quali la pianificazione e il coordinamento del lavoro (Szebehely, 1995, p. 61).

Nel corso degli anni '90, i servizi per gli anziani non autosufficienti hanno subìto un'ulteriore pressione in conseguenza degli sviluppi generali delle finanze comunali e degli sviluppi specifici delle politiche in materia di sanità e assistenza sociale. La crisi economica dei primi anni '90 ha compresso le risorse per l'assistenza agli anziani, a causa della diminuzione del gettito fiscale dei Comuni e della maggiore richiesta di sussidi sociali, in conseguenza dell'aumento della disoccupazione, passata dall'1,7% nel 1990 all'8,3% nel 1993. Ma sono stati anche gli interventi attivi sulle politiche a trasformare le finanze delle amministrazioni locali in generale, e le modalità di finanziamento e di regolamentazione dei servizi per gli anziani non autosufficienti in particolare. Come parte della sua strategia di riduzione del deficit, nel 1991, il neoeletto governo di centrodestra approvò una legislazione che tagliava i finanziamenti alle amministrazioni locali e impediva ai Comuni di imporre le proprie tasse per compensare la perdita di contributi statali (Loughlin e al., 2005 p. 357). Questo efficace congelamento delle imposte non è stato abrogato fino al 1993[3].

[3] Inoltre, dopo il vero e proprio congelamento delle imposte, diverse iniziative

Inoltre, nel 1993, lo stesso governo ha cambiato la struttura dei finanziamenti statali ai Comuni, unificando i fondi finalizzati, destinati ad attività specifiche (come i salari per i lavoratori dell'assistenza domiciliare), in un singolo fondo globale per ciascun ente locale. Il «principio del pareggio finanziario», adottato anch'esso nel 1993, obbligava lo Stato a garantire che i Comuni avessero i mezzi (senza aumentare le tasse) per realizzare qualsiasi nuovo compito venisse delegato loro. Per dirla con le parole di Loughlin e colleghi (2005, p. 357) «questo principio non sempre è stato rispettato, almeno secondo quanto affermano i Comuni». Questi cambiamenti hanno assunto un particolare rilievo per l'assistenza agli anziani, giacché l'ambiziosa legge sulle disabilità sarebbe stata approvata l'anno seguente.

Nel 1993, il governo di centrodestra ha anche approvato la rimozione dei meccanismi di regolamentazione, da parte del governo centrale, delle tariffe a carico degli utenti anziani riscosse dai Comuni. I socialdemocratici si sono opposti alla deregolamentazione delle tariffe, e alla fine hanno invertito questa decisione nel 2002 con la riforma che istituiva un «tetto massimo» alle tariffe, come risposta alle richieste che le organizzazioni dei pensionati hanno ripetutamente avanzato nel corso degli anni (Feltenius, 2007, pp. 464-465). Nel frattempo, tuttavia, la deregolamentazione delle tariffe ha dato ai Comuni uno strumento per scoraggiare gli anziani con i redditi più alti ad utilizzare il servizio pubblico. La riforma, che metteva un tetto alle tariffe, era finalizzata a rendere i servizi per gli anziani non autosufficienti più accessibili alle fasce di reddito più basse (tramite un accantonamento di risorse) ma anche più attraenti per le fasce più alte (imponendo un tetto di spesa, attualmente fissato a 1.696 corone – 187 euro – al mese). Tuttavia, è improbabile che questa riforma sia riuscita ad impedire ai Comuni di utilizzare le tariffe a carico degli utenti come meccanismo di razionamento, soprattutto per indirizzare altrove gruppi più numerosi di anziani che necessitavano di una minore assistenza (Szebehely, 2005).

Le misure finalizzate a diverse forme di regolamentazione finanziaria hanno certamente esercitato un'ulteriore pressione sui servizi per gli anziani non autosufficienti erogati dai Comuni, come hanno fatto an-

del governo hanno imposto restrizioni all'entità degli aumenti delle tasse che i Comuni potevano attuare. Ad esempio, tra il 1997 e il 1999, i Comuni che avevano aumentato le proprie imposte dovevano pagare al governo una penale pari a metà dell'aumento delle entrate (Palme et al., 2003).

che le politiche specificamente orientate all'organizzazione dei servizi alla persona. Approvata da un Parlamento a maggioranza socialdemocratica nel 1990, e in vigore dal 1992, la Riforma Ädel ha trasferito la responsabilità delle strutture residenziali per anziani dal settore dell'assistenza sanitaria, amministrato e finanziato a livello di Contea, al settore dell'assistenza sociale, amministrato e finanziato a livello comunale. Questa riforma è stata il risultato di una lunga contesa tra gli schieramenti politici di destra e di sinistra e interna a essi, e di un «palese conflitto istituzionale» tra le Contee e i Comuni, che è durato più di un decennio (Lakomaa, 2009, pp. 139-150). In ultimo, ha coinvolto il lavoro di due commissioni per più di dieci anni. In base alla riforma, ai Comuni viene chiesto di pagare il ricovero delle persone anziane considerate dimettibili sul piano medico. Dato il costo relativo di un letto d'ospedale o di una casa di riposo, ciò crea un forte incentivo alla deospedalizzazione degli anziani. Lo scopo principale affermato dalla riforma è migliorare la qualità della vita della persone anziane tramite la «de-medicalizzazione» della loro assistenza. Tuttavia, la riforma è stata attuata proprio quando la Svezia precipitava in una recessione profonda, e l'attenzione si è spostata sulle sue potenzialità di risparmio dei costi, in un momento in cui si irrigidivano le misure di austerità di bilancio. Certamente, il numero di cosiddetti «*bed-blockers*», i pazienti cronici difficilmente dimettibili è diminuito nettamente (e anche il numero di posti letto). Tuttavia, questo cambiamento significava anche aumentare la probabilità che le persone che necessitavano di un'assistenza intensiva lasciassero l'ospedale, e queste persone si trovarono ad utilizzare una percentuale più alta delle già ridotte risorse comunali. Questo è un altro fattore che ha spinto all'esterno del sistema gruppi di persone anziane con un bisogno di assistenza inferiore (ma esistente).

4.2 Sostegno alle disabilità: creare un meccanismo di riequilibrio?

Uno dei cambiamenti legislativi più importanti sia per le persone anziane che per i disabili in Svezia, è stata l'introduzione della legge sulle disabilità nel 1993. La necessità di una riforma che garantisse la piena partecipazione delle persone disabili alla vita sociale, culturale ed economica, era stata riconosciuta sin dalla metà degli anni '60 (*National insurance board*, 2002, p. 20). Tuttavia, durante gli anni '70 e '80, una vasta gamma di soggetti, all'interno e all'esterno del sistema dei servizi sociali, sosteneva che lo standard di welfare per le persone disabili,

soprattutto per le persone con disabilità gravi, era rimasto indietro rispetto allo sviluppo della popolazione in generale. Diversi gruppi di attori rappresentavano diversi gruppi di disabili, in particolar modo quelli affetti da disturbi specifici di apprendimento da una parte, e i portatori di gravi disabilità fisiche dall'altra.

L'Associazione nazionale delle persone con disabilità intellettive (Fub), prevalentemente un'associazione di genitori, ha svolto un ruolo primario nell'ottenere che il sostegno alle persone con disturbi specifici di apprendimento ricevesse una priorità (Nbhw, 2009). Anche se la normalizzazione è sempre stata un obiettivo centrale dell'ideologia della Fub, in base al racconto della propria storia fatto dall'associazione stessa, la Fub si è battuta per ottenere il riconoscimento specifico delle persone con disturbi di apprendimento all'interno della legge sulle disabilità, contro la posizione opposta (anche interna al movimento dei disabili) che considerava discriminatorio il riconoscimento di gruppi specifici (Fub, 2007). All'interno del sistema dei servizi sociali, Karl Grunewald è stato un importante sostenitore della riforma dei servizi per le persone con disturbi specifici di apprendimento. Grunewald rivestiva diversi incarichi di rilievo nell'Ente nazionale per la salute e il welfare (*National board of health and welfare*), tra i quali era Direttore dei servizi di assistenza alle persone con ritardo mentale (come si chiamavano allora) negli anni '70. Come il Fub, egli era fortemente favorevole al fatto di riconoscere alle persone con disturbi specifici di apprendimento l'opportunità di vivere una «vita normale», e la de-istituzionalizzazione era un obiettivo specifico del suo attivismo (Grunewald, 1974). Grazie al lavoro di *advocacy* svolto dal Fub, insieme a quello di Grunewald, fu possibile ottenere che le persone con disturbi specifici di apprendimento venissero specificamente riconosciute all'interno della legge sulle disabilità.

Un'altra organizzazione che ha esercitato un'influenza notevole, dotata di forti connessioni all'interno del sistema politico, era il movimento per la vita indipendente (*Independent living movement*, Ilm), che promuoveva prevalentemente i diritti di persone adulte con disabilità fisiche notevoli. Il suo fondatore, Adolf Ratzka, uno svedese nato in Germania e reso gravemente disabile dalla polio in gioventù, aveva vissuto a lungo negli Stati Uniti durante gli anni '60, quando entrò in contatto con l'*Independent living movement*, facendo l'esperienza in prima persona dei servizi di assistenza personale gestiti autonomamente dalle persone disabili. Ratzka portò le idee dell'Ilm in Svezia dove, nel 1983 organizzò la prima conferenza svedese sulla vita indipendente e,

nello stesso anno, istituì un programma pilota di assistenza personale auto-organizzato a Stoccolma. In un manifesto, pubblicato nel 1984, Ratzka affermava che l'Ilm era legato ad altre lotte per i pari diritti, ed era influenzato dall'ideologia del movimento per la tutela dei consumatori, che «applicava alla disabilità il postulato per cui noi, disabili, siamo esperti della nostra vita [e] che abbiamo il diritto e la responsabilità di assumere il controllo sulla nostra vita» (Ratzka, 1984, p. 3). È significativo osservare che il manifesto di Ratzka afferma anche che «il movimento per la vita indipendente è favorevole alla de-professionalizzazione», e il suo racconto della storia dell'Ilm in Svezia critica direttamente i tentativi del Sindacato dei lavoratori comunali di professionalizzare i servizi alle persone con disabilità (Ratzka, 1986).

Nel 1986, quando era leader del Partito liberale in Svezia, Bengt Westerberg incontrò Ratzka per la prima volta. In un intervento alla conferenza per il venticinquesimo anniversario dell'Ilm in Svezia, nel 2008, Westerberg ha riferito di essere stato «profondamente ispirato da quell'incontro» (Westerberg, 2008). Nel corso degli anni successivi a quell'incontro Westerberg divenne un importante difensore dei programmi di assistenza personale per i disabili. Nel 1988, presentò una mozione in Parlamento che proponeva l'istituzione dei programmi di assistenza personale, ma poi fu sopraffatto dagli eventi. Bengt Lindqvist, ministro della Salute e degli Affari sociali nel governo socialdemocratico dell'epoca, aveva da poco nominato una commissione per esaminare la legislazione in materia di disabilità, con l'obiettivo di produrre delle raccomandazioni su come migliorare l'assistenza a queste persone (dir. 1988/53)[4]. Poiché le politiche sulla disabilità erano già in via di revisione, la mozione di Westerberg fu respinta.

Le indicazioni originali di Lindqvist alla commissione sottolineavano la necessità di individuare le possibilità di aumentare l'efficienza, nonostante la dichiarata ambizione di voler aumentare il sostegno alle persone disabili: con i rigidi regimi di bilancio imposti durante gli anni '80 tutte le nuove proposte dovevano essere finanziate entro le risorse pubbliche esistenti. Tuttavia, nel 1990, Lindqvist diede nuove istruzioni alla commissione, consentendole di proporre riforme che potevano costare più dei programmi preesistenti di assistenza ai disabili. Il nuovo indirizzo era il frutto di tre mozioni presentate da parlamentari

[4] In Svezia, una commissione parlamentare viene nominata solitamente per approfondire un tema prima che un disegno di legge governativo venga presentato al Parlamento.

di centro, della sinistra comunista, e del Partito liberale, di cui l'ultima portava la firma di Bengt Westerberg, e tutte chiedevano che il lavoro della commissione non fosse sottoposto a restrizioni. La commissione presentò il suo rapporto all'inizio degli anni '90, quando era al potere un governo di centrodestra, con Bengt Westerberg come ministro della Salute e degli Affari sociali. Nel 1993, mentre il paese era ancora in una grave crisi economica, questo governo approvò la legge sulle disabilità, in cui i programmi di assistenza personale venivano a costituire l'elemento centrale delle nuove misure rivolte ad alcune persone con disabilità.

4.3 Competizione per le risorse? La stratificazione nelle politiche per la non autosufficienza

Una possibilità logica di cui il governo disponeva, per rispondere all'emergere di un forte movimento per i diritti dei disabili in Svezia, sarebbe stata quella di riformare la legge sui servizi sociali, specificando il diritto al sostegno per tutte le persone, di ogni età, con disabilità significative, sia congenite che acquisite. Eppure, questo non è stato l'approccio scelto dal governo. Invece di riformare una politica che includesse tutti i cittadini che avrebbero potuto trarre beneficio da un sostegno più esteso, il governo scelse di approvare misure separate che riguardavano solamente gruppi specifici di persone disabili non anziane, in quello che può essere letto come un nuovo «strato» nel sistema di assistenza sociale.

Streeck e Thelen (2005) definiscono «stratificazione» una forma di trasformazione istituzionale che si verifica quando le politiche adottate creano nuove strutture e pratiche organizzative (o «strati») che si aggiungono alle istituzioni esistenti, le quali sono più difficili da trasformare. Essi sostengono che, giacché il processo di «stratificazione» non attacca direttamente le istituzioni esistenti, esso ha minori probabilità di «provocare una mobilitazione di protesta da parte dei difensori dello status quo», anche se le nuove forme possono, tramite l'offerta di alternative a sotto-gruppi specifici, minare la fiducia nei confronti del sistema tradizionale. Dunque, sostengono Streeck e Thelen, nella misura in cui le nuove istituzioni possono «operare in base ad una logica differente e crescere più in fretta del sistema tradizionale, nel corso del tempo esse possono alterare in maniera sostanziale la traiettoria complessiva di sviluppo, mentre le vecchie istituzioni restano stagnanti o perdono terreno e le nuove

assumono un ruolo ancora più predominante nel governare i comportamenti individuali».

La legge sulle disabilità consentiva ai decisori politici di rispondere ai bisogni di un gruppo sociale specifico (le persone al di sotto dei 65 anni con disabilità specifiche e gravi). Giacché i servizi coperti dalla legge sono rivolti esplicitamente alle persone al di sotto dei 65 anni[5], in un contesto di crescita della popolazione anziana, questo approccio consentiva anche al governo di contenere la domanda di servizi costosi proveniente da un altro gruppo di persone con bisogni presumibilmente simili (le persone con disabilità significative acquisite dopo il sessantacinquesimo anno di età). Le nuove strutture e pratiche istituite da questa legge sono governate da logiche differenti da quelle riscontrabili nella Ssa (gli obiettivi della legge sulle disabilità sono più ambiziosi di quelli previsti dalla Ssa, inoltre la legge sulle disabilità conferisce diritti ai servizi, mentre la Ssa riconosce solamente il diritto alla valutazione dei bisogni e a fare ricorso), e i due sistemi si sono evoluti in maniera divergente (l'entità dei provvedimenti adottati in base alla legge sulle disabilità è aumentata, mentre quella dei provvedimenti adottati in base alla Ssa è diminuita). Inoltre, ci sono elementi che dimostrerebbero che l'aumento della spesa per i servizi per i disabili sia direttamente correlato al ridimensionamento dei servizi per gli anziani non autosufficienti, tramite il meccanismo di sbilanciamento della crescita individuato da Streeck e Thelen. Utilizzando i dati di 288 Comuni svedesi per il periodo che va dal 1998 al 2007, Birkelöf (2009) ha scoperto che la rapida crescita della spesa per i servizi destinati alle persone disabili previsti dalla legge sulle disabilità (Lss) aveva prodotto un impoverimento delle risorse destinate ai servizi per anziani e disabili previste dalla legge sui servizi sociali[6]. Con un'impostazione che teneva sotto controllo fattori quali la struttura della popolazione in base all'età, la portata della base imponibile e i livelli di indebita-

[5] Le persone che iniziano ad accedere ai servizi prima di aver compiuto 65 anni possono scegliere di mantenere il livello (tipicamente molto più alto) di servizi di cui godevano in base alla legge sulle disabilità, invece che essere trasferite ai servizi per gli anziani non autosufficienti. Tuttavia, se hanno un programma di assistenza personale, non possono richiedere alcun aumento del servizio offerto, anche se i loro bisogni cambiano.

[6] La ricerca ha dimostrato che la spesa per la Lss aveva un impatto negativo anche sulla spesa per l'istruzione, ma non sulla spesa relativa ad altre responsabilità sociali dei Comuni, compresi i servizi per l'infanzia, l'assistenza sociale e le attività culturali e di intrattenimento (Birkelöf, 2009, p. 21).

mento a lungo termine dei Comuni, la ricerca ha dimostrato che, per ogni aumento di 100 corone della spesa destinata alla Lss, la spesa destinata ai servizi per le persone anziane e disabili previsti dalla Ssa diminuiva di 42 corone.

In sintesi, all'interno del sistema dei servizi per la non autosufficienza, la stratificazione dei servizi per i disabili ha determinato un aumento della spesa pubblica e una diminuzione del carico di lavoro per le famiglie tra coloro che rientravano nei parametri della legge, mentre la razionalizzazione ha portato ad una diminuzione della spesa e della copertura per quanto riguarda i servizi per gli anziani, in un processo che trasferiva i carichi di lavoro sulle famiglie e sul mercato privato[7] (vedi anche Szebehely e Trydegård, 2007). Se da una parte i decisori politici hanno intenzionalmente prodotto i cambiamenti ai servizi per disabili, dall'altra essi non hanno esplicitamente mirato all'informalizzazione del lavoro di cura degli anziani non autosufficienti, o (prima del 2007) alla sua messa in vendita sul mercato privato, al di fuori del sistema dei servizi sociali.

5. Spiegare la mercatizzazione dei servizi per la non autosufficienza in Svezia

Il rapido emergere e il consolidamento di un settore privato è un fenomeno degno di nota nel caso svedese, perché lo sviluppo dei servizi pubblici in Svezia ha avuto dimensioni notevoli in chiave comparativa, e perché questi servizi hanno svolto un ruolo così centrale nell'idea di Svezia come welfare state universale o socialdemocratico (vedi ad esempio Sipilä, 1997). Questo paragrafo spiega l'introduzione di meccanismi basati sulla concorrenza e la diffusione dei fornitori privati all'interno dei servizi di assistenza agli anziani a carico della fiscalità generale, in quanto processo di *sostituzione invasiva* dell'organizzazione tradizionale del settore pubblico con la *stratificazione* di misure di mercato in aggiunta alle organizzazioni del settore pubblico, che in seguito ha amplificato il processo di mercatizzazione.

[7] Le persone al di sotto dei 65 anni che necessitano di un'assistenza inferiore e che non rientrano nei parametri della legge sulle disabilità fanno affidamento, come le persone più anziane, sui servizi previsti dalla Ssa, o sul lavoro di cura informale o fornito privatamente, e hanno subìto conseguenze analoghe.

5.1 Il processo di sostituzione nel settore pubblico: le prime riforme a favore del mercato

Streeck e Thelen (2005) spiegano la sostituzione (*displacement*) come un processo di cambiamento istituzionale che si verifica quando «emergono e si diffondono nuovi modelli che mettono in discussione le forme e le pratiche gestionali esistenti, che in precedenza erano state date per scontate». I nuovi modelli non emergono da soli: nel caso della sostituzione invasiva, sostengono Streeck e Thelen, il cambiamento coinvolge «un intervento attivo da parte degli "enterprising actors", che importano e coltivano istituzioni e pratiche "straniere"». Utilizzando il concetto di Streeck e Thelen, tenteremo di spiegare quali forme e pratiche siano state messe in discussione in Svezia. Ci chiederemo quali «assetti gestionali tradizionali» siano stati «messi in discussione» e quali «nuove istituzioni» e «modelli comportamentali» siano stati creati, e da chi.

Lo stato sociale svedese, nel suo assetto tradizionale postbellico, prima della sua parziale sostituzione grazie all'introduzione delle politiche per incentivare la concorrenza e la libertà di scelta, è sintetizzato da Blomqvist (2004) come un insieme di servizi finanziati ed erogati pubblicamente, che offrivano prestazioni di alta qualità a tutti i cittadini. Il fatto che questi servizi fossero *pubblici* rivestiva un'importanza fondamentale per i riformatori socialdemocratici: «solo erogando *in forma diretta* i servizi, lo Stato poteva garantire l'accesso a servizi sociali di alta qualità a tutti i cittadini», realizzando sia l'uguaglianza che la libertà dal mercato. L'universalità di servizi di alta qualità aveva anche un obiettivo politico, finalizzato a mantenere «un ampio consenso politico per il sistema di stato sociale» garantendo che le offerte attraessero *tutti* i cittadini, compresa la classe media (Blomqvist, 2004, pp. 143-144). I modelli comportamentali tipici dell'erogazione pubblica istituzionalizzata si basavano su un alto livello di fiducia nella professionalità dei lavoratori del settore pubblico, e nella gestione e supervisione democratica dei servizi a livello locale. In pratica, nell'assistenza domiciliare, questo significava che gli assistenti domiciliari avevano lo spazio per negoziare con i loro utenti quali compiti avrebbero svolto e come (Szebehely, 1995; Eliasson-Lappalainen e Motevasel, 1997).

Nel dibattito interno alle élite, l'erogazione pubblica e la cittadinanza attiva erano al centro del mirino sin dagli anni '80 nel contesto del welfare state svedese, e da allora sono state approvate una serie di po-

litiche, proposte come «soluzioni» ai nuovi «problemi» che l'erogazione pubblica poneva all'economia e alla società svedese (Antman, 1994; Montin ed Elander, 1995; Green-Pedersen, 2002; Blomqvist, 2004). Molte delle riforme che hanno profondamente trasformato i servizi per gli anziani non autosufficienti riguardavano l'attività degli enti locali in generale, e con la loro entrata in vigore hanno travolto anche l'assistenza agli anziani. È significativo osservare che sia i governi di destra che quelli di sinistra hanno approvato politiche favorevoli al mercato, anche se gli obiettivi e l'intensità delle trasformazioni prodotte dai governi di destra e di sinistra differivano in una certa misura.

Il processo legislativo delle riforme favorevoli al mercato è iniziato a metà degli anni '80, con un governo socialdemocratico, che ha adottato alcune misure per promuovere la concorrenza nel settore pubblico, con l'obiettivo di aumentarne l'efficienza e la qualità. Questo cambiamento di orientamento è dipeso sia da forze esterne (esogene), che interne (endogene).

Esternamente, ciò che Streeck e Thelen chiamano «*enterprising actors*» – in questo caso il partito conservatore, la più importante organizzazione degli imprenditori, la Saf (la Confederazione degli imprenditori svedesi, oggi chiamata Confederazione svedese dell'impresa), e gli economisti di ambiente universitario e di orientamento neoclassico, che avevano iniziato a coltivare e importare idee estranee all'impostazione tradizionale. Ispirato da Thatcher e Reagan, il Congresso della Saf del 1980 espresse il più forte attacco neoliberista al welfare state dopo la seconda guerra mondiale, esprimendosi a favore delle dinamiche di mercato e della privatizzazione dei servizi pubblici (Antman, 1994; Svallfors, 1989). Nuovi modelli comportamentali, basati su una scarsa fiducia nei confronti del servizio pubblico, sottostavano alle proposte di nuovi assetti istituzionali, che comprendevano forme di esternalizzazione tra l'acquirente pubblico e l'erogatore privato. I modelli comportamentali basati sulla concorrenza, piuttosto che sulla fiducia e la professionalità, alimentavano gli obiettivi di efficienza e qualità, conducendo idealmente al ridimensionamento del settore pubblico.

Nel corso degli anni seguenti, la Saf ha consolidato la sua strategia invasiva, aumentando significativamente le risorse destinate alle attività di propaganda, portando parallelamente a termine il suo allontanamento dalla dinamica precedente, che si basava sul consenso tra governo e parti sociali (ossia tra Stato, lavoro e capitale) in materia di economia e stato sociale (Blyth, 2001; Ryner, 2002). Le attività di pro-

paganda della Saf includevano la sponsorizzazione di *think tank* favorevoli al mercato, quali Sns e Timbro. Tramite pubblicazioni e seminari che attraevano economisti di ambiente accademico, personaggi influenti dell'opinione pubblica, e figure di spicco degli enti pubblici, soprattutto del Ministero delle Finanze e della Banca di Svezia, questi *think tank* divennero «agenti vitali di promozione del cambiamento» (Blyth, 2001, p. 16; cfr. anche Ryner, 2002, p. 175). Promossa attivamente da Timbro, la critica nei confronti del settore pubblico ebbe una forte presa sui media (Blyth, 2001, p. 19). Si imputava al welfare state di essere fondato sugli sprechi, eccessivamente burocratizzato e, soprattutto, di deprivare il popolo svedese del suo diritto a scegliere liberamente i servizi di propria preferenza (Montin ed Elander, 1995).
Queste iniziative contribuirono a creare un terreno in cui economisti, politici, e opinionisti si unirono in una comunità epistemica, centrata sulle idee economiche neoclassiche e del *New public management*. Questa comunità epistemica fornì un'autorità intellettuale agli interessi privati del grande capitale svedese, costituendo un'efficace «forza d'invasione», che tentava di screditare le istituzioni tradizionali del welfare state svedese.
Abbiamo osservato in precedenza che i governi socialdemocratici hanno approvato misure che hanno svolto un ruolo fondamentale nell'apertura del settore pubblico alla concorrenza e ai fornitori privati, e che i fattori interni sono importanti. Streeck e Thelen sostengono che «il cambiamento di natura esogena è promosso *da forze endogene che spingono nella stessa direzione ma che necessitano di essere attivate da un contributo esterno*» (2005, p. 32, corsivo nostro). In questo caso, i responsabili delle politiche economiche governative hanno agito come una forza endogena, attivata dagli scambi con gli economisti di ambiente accademico, all'interno delle organizzazioni internazionali (quali l'Ocse) e dei forum organizzati da Sns e Timbro (Ryner, 2002, p. 175). Il ruolo cruciale degli economisti di area socialdemocratica è divenuto evidente nel 1980 – l'anno del congresso della Saf – quando il Partito socialdemocratico istituì una «commissione interna sulla crisi» per analizzare la seconda sconfitta elettorale del partito nel 1979. Il gruppo sulla crisi era fortemente dominato dagli studiosi di economia, e il suo lavoro segna un punto di inizio della mercatizzazione delle politiche sociali svedesi. I socialdemocratici tornarono al potere nel 1982, e Kjell-Olof Feldt, economista di formazione neoclassica, nonché promotore di spicco della riforma del settore pubblico, fu nominato ministro delle Finanze (1982-1990) (Ryner, 2002, pp. 181-184). Tra le

sue azioni, Feldt «triplicò il numero di economisti di ambiente accademico tra i massimi consulenti del Ministero delle Finanze» (Korpi, 1996, pp. 1729 ss.). Nell'arco di pochi anni, gli esperti di economia interni o vicini al Ministero delle Finanze pubblicarono molti rapporti favorevoli ad una riorganizzazione del settore pubblico nella direzione di un'apertura al mercato (Antman, 1994). Senza dubbio, nella seconda metà degli anni '80, «quasi tutte le pubblicazioni del Ministero delle Finanze iniziarono a sostenere l'introduzione di diversi tipi di cosiddette misure di "quasi-mercato" nel settore dei servizi sociali» (Blomqvist, 2004)[8].

Un esempio dell'impatto degli esperti di economia del Ministero delle Finanze sulle politiche sociali è la Commissione sulla concorrenza, nominata nel 1989 dal Ministero degli Affari civili del governo socialdemocratico. La commissione inizialmente era focalizzata sul settore privato, ma nel 1991 ricevette ulteriori istruzioni dal Ministero per indagare in che misura l'aumento dell'efficienza, dovuto all'introduzione della concorrenza, avrebbe stimolato lo sviluppo del settore pubblico. L'orientamento favorevole al mercato degli economisti del Ministero delle Finanze si fece sentire all'interno della commissione, tramite le note d'indirizzo del ministro, che facevano riferimento alla recente proposta di legge finanziaria in cui si sosteneva un aumento della competitività e «l'adozione di logiche di mercato tramite la distinzione tra acquirenti e fornitori» (disegno di legge governativo 1990-91/100, appendice 2, pp. 33-34). Quest'idea fu perseguita anche prima che il rapporto della Commissione sulla concorrenza venisse pubblicato, all'interno della nuova legge sui Comuni approvata dalla maggioranza socialdemocratica nel 1991. La legge consentiva ai Comuni di introdurre una distinzione tra acquirenti e fornitori, e di esternalizzare ai privati la fornitura di servizi[9].

Il rapporto della Commissione sulla concorrenza (Sou 1991/104) fu

[8] Di particolare importanza in questo senso fu la *Long-Term Survey* del 1987, che suggerì sia l'introduzione di un tetto alle tasse che l'introduzione di meccanismi di mercato, quali la distinzione tra acquirenti e fornitori, e che le imprese private potessero competere con i fornitori pubblici. L'argomento a favore era che «la libera scelta dei consumatori servirà a dimostrare quali siano le forme organizzative migliori per erogare un servizio, secondo i desideri del consumatore» (Sou 1987/3, p. 178).

[9] Lo stesso ministro si era occupato di entrambe le istanze: Bengt K.Å. Johansson, ministro degli Affari civili, ex vice ministro delle Finanze.

pubblicato a novembre del 1991, subito dopo la sconfitta elettorale dei socialdemocratici, e la proclamazione, da parte del nuovo governo conservatore di una «Rivoluzione della libera scelta». Nel 1992, il governo presentò una proposta (disegno di legge governativo 1992-93/43) basata sulla relazione della Commissione, che proponeva ulteriori chiarimenti sul diritto dei Comuni di esternalizzare i servizi. La proposta, e la maniera in cui fu accolta da parte dei socialdemocratici, rivelano qualcosa sulle politiche di privatizzazione. I socialdemocratici non si opposero né alla concorrenza, né all'introduzione delle imprese a scopo di lucro nell'erogazione dei servizi sociali. Piuttosto, essi obiettarono che questi chiarimenti non erano necessari per la mercatizzazione, giacché la legge sui Comuni – approvata dai socialdemocratici – già consentiva agli enti locali di appaltare i servizi sociali a soggetti terzi. Essi espressero solamente la paura che gli emendamenti proposti determinassero, non una dinamica concorrenziale, ma un monopolio dei privati. Come osservato da Montin ed Elander (1995, p. 38) «prima delle elezioni del 1991, nel governo era dominante una concezione pragmatica e apolitica delle privatizzazioni. Quando la maggioranza non socialista andò al potere dopo le elezioni, il governo precedente aveva già parzialmente aperto la strada a ulteriori privatizzazioni».

Il paragone con la Danimarca getta ulteriore luce sulle riforme svedesi di apertura al mercato. In Danimarca, l'impatto del *New public management* (Npm) o delle riforme favorevoli al mercato è stato molto più smorzato che in Svezia, anche se la Danimarca ha avuto periodi più lunghi di governo non socialdemocratico. Green-Pedersen (2002) spiega questa differenza con la posizione del Partito socialdemocratico svedese sulla mercatizzazione. Come osservato da Green-Pedersen: «Normalmente, sono i partiti di destra quelli dai quali ci si aspettano proposte di riforma orientate in direzione del Npm» (2002, p. 274), dunque il sostegno dei socialdemocratici diventa cruciale per l'approvazione delle riforme che introducono meccanismi di mercato – e necessita di qualche spiegazione. Negli anni '80, sotto l'influenza della comunità epistemica sopra descritta, i socialdemocratici svedesi (al contrario dei danesi) avevano iniziato a considerare il settore pubblico come «parte del problema, non la soluzione» (Antman, 1994, p. 20). Una volta che i partiti socialdemocratici hanno accolto positivamente le riforme del Npm, conclude Green-Pedersen «diventa difficile per loro passare ad una posizione contraria» (2002, pp. 274-275). Avendo aperto la strada al processo di mercatizzazione, i socialdemocratici

svedesi si sono trovati privi di argomentazioni forti per combattere la «rivoluzione della libera scelta» attuata dal governo non socialista nel 1991. Le riforme di apertura al mercato adottate dal governo non socialista tra il 1991 e il 1994 seguivano la strada che i socialdemocratici avevano tracciato (Green-Pedersen, 2002), e «il ritorno al governo dei socialdemocratici con le elezioni del 1994 […] non segnò un ritorno significativo al sistema precedente» (Palme e al., 2003, p. 82).

Tra il 1994 e il 2006, quando la coalizione di centrodestra è andata nuovamente al governo, si è verificata una lenta ma costante introduzione dei principi di mercato e della presenza dei privati nei servizi sociali finanziati tramite la fiscalità generale. Nel 1993, l'anno seguente all'introduzione della possibilità di adottare un modello basato sulla distinzione acquirente/fornitore, il 10% dei Comuni aveva optato per questa scelta; entro il 2003, più dell'80% dei Comuni aveva introdotto il nuovo modello istituzionale (Gustafsson e Szebehely, 2009), e la proporzione di aziende private a scopo di lucro tra i fornitori aveva iniziato la sua parabola ascendente.

Il fatto che la mercatizzazione dei servizi per la non autosufficienza in Svezia sia iniziata nella forma di gare d'appalto per le strutture residenziali e le aree geografiche per l'assistenza domiciliare di grandi dimensioni, piuttosto che con un modello basato sulla libera scelta del fornitore, è importante per spiegare la struttura oligopolistica dell'erogazione privata dei servizi, con il dominio di due fornitori. Durante la recessione dei primi anni '90, era dominante la concorrenza sui prezzi, piuttosto che sulla qualità (Edebalk e Svensson, 2005). Ciò ha dato un vantaggio alle grandi aziende a scopo di lucro, con la loro maggiore capacità di gestire le offerte d'appalto, rispetto alle piccole imprese o alle organizzazioni non-profit. Le organizzazioni più grandi potevano anche, se necessario, fare un'offerta al ribasso, per entrare nel mercato (Sou 2007/37). Una volta inseritasi, è relativamente facile per una grande impresa continuare a crescere tramite ulteriori acquisizioni.

5.2 Consolidare il modello di mercato: nuovi strati, nuovi modelli comportamentali, nuove dinamiche di sistema?

La mercatizzazione ha accelerato il passo con il nuovo cambio di governo nell'autunno del 2006, quando sono stati introdotti nuovi modelli comportamentali e nuove dinamiche di sistema, tramite un processo di stratificazione. Il nuovo governo di centrodestra non ha pro-

clamato una «rivoluzione della libera scelta», ma le sue intenzioni in questo senso sono emerse chiaramente nella primavera del 2007, quando il vice ministro della Sanità e degli Affari sociali ha nominato una «Commissione sulla libera scelta». L'incarico della Commissione era di proporre una nuova legislazione per facilitare ai Comuni il compito di introdurre modelli basati sulla libera scelta del fornitore nei servizi per gli anziani non autosufficienti e i disabili. Questo processo è stato veloce: il rapporto della commissione (Sou 2008/15) è stato pubblicato a febbraio del 2008; sei mesi dopo, il disegno di legge governativo 2008-09/29 è stato presentato al Parlamento, e la nuova legislazione chiamata «Legge sui sistemi basati sulla libera scelta» è entrata in vigore il 1° gennaio 2009. Come sostenuto dalla Commissione, cui faceva eco il ministro, l'obiettivo di questa legislazione era «trasferire potere dai politici ai cittadini, per dare agli utenti più potere e possibilità di scelta e promuovere una varietà di fornitori» (Sou 2008/15, p. 27).

La nuova legge incoraggia i Comuni a introdurre modelli basati sulla libera scelta del fornitore da parte del consumatore, con un sistema di «quasi-voucher». Il cambiamento legislativo è stato accompagnato da incentivi finanziari per i Comuni che introducevano il modello basato sulla libera scelta del fornitore. Ci riferiamo all'introduzione di questa normativa come ad un processo di «stratificazione», perché l'intenzione espressa non è di *sostituire* il vecchio sistema con il nuovo; piuttosto il nuovo sistema deve «funzionare come uno strumento volontario» per sviluppare il modello di mercato. L'erogazione «diretta» (pubblica) da parte dei Comuni resta una delle «alternative a disposizione dell'autorità pubblica» secondo la legge, insieme alle forme basate sulla distinzione acquirente/fornitore introdotte nel 1992 (Sou 2008/15, p. 28), e al nuovo «strato» fondato sulla libera scelta del fornitore da parte del consumatore. Anche se il nuovo sistema non ha ancora sostituito il vecchio, un obiettivo primario della legge è promuovere la «crescita differenziale», che secondo Streeck e Thelen è centrale nelle dinamiche di trasformazione del sistema caratteristiche della stratificazione istituzionale. Due aspetti della nuova legislazione sono finalizzati a sortire questo effetto. Uno è che le barriere all'ingresso degli erogatori privati, all'interno dei sistemi fondati sulla scelta del fornitore da parte del consumatore, non devono essere troppo grandi, al fine di incoraggiare l'ingresso di una variegata gamma di fornitori privati; come sostiene la commissione: «Più alti sono i requisiti stabiliti, minore sarà il numero di aziende che saranno interessate a

stipulare un accordo con l'ente pubblico» (Sou, 2008/15, p. 29). Il secondo aspetto si basa sul fatto che, all'interno del modello basato sulla libera scelta, solo gli erogatori privati possono offrire servizi aggiuntivi, con i quali i clienti possono «integrare in senso migliorativo» l'offerta pubblica basata sulla valutazione dei bisogni. Un obiettivo esplicito di questo trattamento preferenziale per i fornitori privati è incoraggiare la crescita di «piccole imprese» e consentire loro di «aumentare la propria operatività e redditività» (disegno di legge governativo 2008-09/29, p. 123). La Commissione ha preso in considerazione l'ipotesi di dare ai servizi pubblici la possibilità di offrire «servizi extra», ma l'ha esclusa: «L'opzione per i Comuni di offrire servizi extra può avere conseguenze negative per le piccole imprese, inclusa l'imprenditoria femminile, proprio coloro che, invece, la legge sulla libera scelta si propone di sostenere» (Sou 2008/15, p. 34).

Il modello comportamentale proposto dalla nuova legislazione è piuttosto diverso da quello previsto dalle prime riforme di mercato che avevano introdotto la distinzione tra acquirente ed erogatore. La logica sottostante alle prime riforme interveniva interamente sul fronte dell'erogazione, per mobilitare una dinamica competitiva nel settore pubblico e/o tra privati. La nuova legge tenta di introdurre nel processo competitivo anche il fronte della *domanda*, consentendo ai consumatori, e anche agli enti pubblici che acquistano i servizi, di avere un controllo sull'offerta di servizi. La Commissione, e anche il ministro, hanno espresso grandi aspettative sulla possibilità di migliorare la qualità dei servizi introducendo questo nuovo meccanismo di mercato sul fronte della domanda: «Il nucleo centrale del sistema è l'opportunità per l'individuo di scegliere e scegliere nuovamente, opportunità che è finalizzata a contribuire a mantenere e a sviluppare ulteriormente la qualità dei servizi erogati» (Sou, 2008/15, p. 32)[10].

I fatti sembrano suggerire che la fiducia del Ministro nella libera scelta del fornitore come motore principale della qualità potrebbe essere stata malriposta, quanto meno perché la maggior parte degli utenti dei servizi sono riluttanti a cambiare fornitore. Da una ricerca recente è emerso che solo il 4% degli utenti più anziani dell'assistenza domiciliare, all'interno di Comuni in cui vigeva un regime basato sulla libera scelta del fornitore, hanno effettivamente cambiato il proprio erogatore nel 2009, e un cambiamento su cinque dipendeva dal fatto che il

[10] In contrasto con il mercato «reale», il prezzo viene stabilito in anticipo; dunque ai fornitori viene richiesto di competere solo in termini di qualità.

vecchio fornitore aveva chiuso (Svensson ed Edebalk, 2010). Un'altra ragione frequente per cambiare il fornitore dei servizi di assistenza domiciliare è che l'assistente domiciliare che seguiva abitualmente la persona anziana aveva cambiato datore di lavoro (Fried, 2007, p. 31).

In pratica, l'ambizione di un *empowerment* delle persone anziane, dando loro il diritto di scegliere, potrebbe aver sortito l'effetto contrario – almeno per le persone con meno risorse. L'«*ombudsman*» che si occupa dei servizi per gli anziani a Stoccolma (dove la *costumer choice* e l'erogazione privata sono molto sviluppati) osserva che alle persone anziane che presentano un reclamo ai funzionari municipali viene consigliato di scegliere un altro fornitore. Ma ciò che le persone anziane chiedono è che le proprie rimostranze ricevano la giusta attenzione, senza bisogno di cambiare erogatore; essi sentono che l'autorità locale non si sta assumendo la responsabilità di garantire a tutti gli individui un'assistenza di alta qualità (Stockholms stad, 2010, p. 11). Inoltre, mentre un modello basato sulla scelta del fornitore si adatta abbastanza bene alle aspirazioni e alle richieste del movimento per la vita indipendente, specialmente per quanto riguarda i programmi di assistenza individuale, non ci sono prove del fatto che le persone anziane e le loro organizzazioni si siano fatti promotori di questo modello di servizi (Edebalk e Svensson, 2005). Dalle ricerche emerge che, anche se alcune persone anziane apprezzano di essere messe in condizione di scegliersi un fornitore, molti trovano la scelta stressante, e la maggior parte ritiene che sia più importante essere messi in condizione di influenzare le prestazioni effettivamente erogate loro (Hjalmarsson, 2003; Hjalmarsson e Norman, 2004).

Dunque, la maggiore attenzione ai diritti dei consumatori e alla libertà di scelta potrebbe avere conseguenze differenti per gruppi sociali differenti. In confronto alle persone giovani con disabilità fisiche, le persone anziane fragili sono, in termini generali, meno preparate ad agire in qualità di consumatori. Di conseguenza, quando i Comuni svedesi introducono modelli basati sulla libera scelta e tendono a lasciare una parte del controllo sulla qualità ai «clienti» più anziani, facendo affidamento sulle loro risorse attive, in termini di scelte e rimostranze, ciò presenta il rischio evidente di aumentare le disuguaglianze (Swedish competition authority, 2009; Winbladh e al., 2009; Svensson ed Edebalk, 2010). Le persone con più risorse, come un livello di istruzione più alta, avranno maggiori probabilità di orientarsi nel nuovo panorama del mercato dell'assistenza (Nbhw, 2011b).

L'introduzione di un modello basato sulla scelta del fornitore nei ser-

vizi finanziati pubblicamente si combina con un'altra misura introdotta 18 mesi prima, quale altra riforma in direzione di una «stratificazione», che promuove lo sviluppo dei servizi privati per gli anziani non autosufficienti. A luglio del 2007, il governo di centrodestra ha introdotto alcune detrazioni fiscali sul lavoro domestico e di cura della persona. In base a questa riforma, i contribuenti hanno diritto di detrarre il 50% del costo dei servizi di lavoro domestico fino a 100.000 corone (quasi 11.000 euro) annui a persona, se l'azienda erogatrice di questi servizi dispone della necessaria certificazione fiscale. I servizi possono essere stati erogati all'interno del domicilio privato dell'avente diritto o, elemento importante, nel domicilio di un genitore. Il governo ha espresso molti obiettivi quando ha introdotto questi sgravi fiscali, compresa la parità di genere (ridurre il carico di lavoro domestico e di cura dei genitori, che ricade prevalentemente sulle donne), «l'emersione del sommerso», e la promozione delle piccole imprese (disegno di legge governativo 2006-07/94).

Queste detrazioni fiscali sono disponibili per tutti i gruppi d'età e non fanno parte delle politiche per gli anziani non autosufficienti. Eppure, si tratta di una misura che interagisce palesemente con il sistema dell'assistenza agli anziani. Nella grande maggioranza dei Comuni, per le persone anziane che necessitano di un livello di assistenza relativamente basso e con redditi medio alti, diventa più conveniente utilizzare le detrazioni per acquistare i servizi sul mercato privato, piuttosto che utilizzare i servizi di assistenza forniti dai Comuni. (Questi cittadini ricevono un sostegno da parte dello Stato attraverso l'Agenzia delle entrate, invece che un sostegno da parte dei Comuni attraverso i servizi sociali.) Per coloro che scelgono un erogatore privato per soddisfare i propri bisogni di assistenza domiciliare riconosciuti dal servizio pubblico, le detrazioni dimezzano il costo dei «servizi extra». In pratica, la combinazione tra i modelli basati sulla scelta del fornitore e le detrazioni crea un incentivo per gli anziani benestanti a scegliere i fornitori privati per i propri servizi di assistenza domiciliare finanziati tramite la fiscalità generale e basati su bisogni riconosciuti dall'autorità pubblica, che essi possono integrare acquistando servizi extra dallo stesso erogatore, e pagando la metà del costo effettivo grazie alle detrazioni fiscali. Per lo stesso gruppo sociale di anziani, ma con bisogni inferiori, lo sgravio fiscale serve come incentivo per sottrarsi totalmente dai servizi pubblici di assistenza domiciliare e acquistare servizi privati al loro posto.

Esistono prove di un aumento del ricorso ai servizi di assistenza do-

miciliare acquistati privatamente in Svezia, ora ulteriormente incoraggiato dall'introduzione delle detrazioni fiscali. Tuttavia, in confronto ai servizi di assistenza domiciliare finanziati tramite la fiscalità generale, la detrazione è ancora utilizzata da un numero inferiore di persone anziane (il 3,5% delle persone dai 65 anni in su nel 2009, in aumento rispetto all'1,7% nel 2008), in confronto al 9% di utenti dei servizi di assistenza domiciliare basati sulla valutazione dei bisogni ed erogati da soggetti pubblici o privati[11]. Anche il profilo di reddito varia: la detrazione viene utilizzata prevalentemente dagli anziani con redditi alti, mentre i servizi di assistenza domiciliare sono (ad oggi) utilizzati da tutti i gruppi sociali. (Statistics Sweden, 2011; Nbhw, 2010). Nel 2009, il 10% degli anziani con un reddito annuo alto (più di 500.000 corone) aveva usufruito della detrazione, in confronto al 2% degli anziani con un reddito basso (meno di 120.000 corone). Inoltre, anche se le detrazioni medie annuali erano piuttosto basse (una media di 2.900 corone, che servirebbero ad acquistare circa 20 ore di lavoro), le persone anziane con un reddito più alto avevano detratto circa il doppio di coloro che avevano un reddito più basso. Infine, questo provvedimento sta diventando sempre più costoso: i dati preliminari per il 2010 riportano una spesa di 1,3 miliardi di corone, un aumento rispetto ai circa 450 milioni del 2008 (Sköld e Heggemann, 2011).

Un elemento chiave della «stratificazione» derivante dall'introduzione della *costumer choice* e delle detrazioni è che le persone anziane con un reddito buono e che necessitano di cure più intensive possono utilizzare gli sgravi per usufruire di servizi integrativi erogati dallo stesso personale che fornisce loro i servizi finanziati dai Comuni – se hanno scelto un erogatore privato. Come evidenziato da Streeck e Thelen, citando Rothstein sul caso svedese, il rischio è di perdere la classe media come base di sostegno e bacino d'utenza dei servizi pubblici. Anche se i servizi erogati e finanziati dal pubblico non sono stati aboliti, né dichiarati residuali, la stratificazione di servizi basati sulla libera scelta del fornitore e le detrazioni alle famiglie promuovono una polarizzazione all'interno del sistema di assistenza agli anziani, tale che essi rischiano di trasformarsi in servizi residuali per i poveri.

[11] Giacché la detrazione viene offerta a tutti gli acquirenti dei servizi di lavoro domestico e di cura della persona, senza una valutazione dei bisogni, non è possibile stabilire se questi acquisti siano una sostituzione diretta dei servizi finanziati dal servizio pubblico e offerti tramite il sistema istituzionale di assistenza.

6. Un punto di svolta per il modello svedese di long-term care*?*

Da un certo punto di vista, il modello svedese di *long-term care*, con servizi generosi, finanziati ed erogati dal settore pubblico, si presenta più o meno intatto; certamente la spesa è alta, e meno di un quinto dei servizi di assistenza agli anziani finanziati pubblicamente è in mani private. Eppure, dietro alla media nazionale del 19% di servizi per gli anziani non autosufficienti finanziati con fondi pubblici ma erogati privatamente, c'è un'ampia variabilità tra le amministrazioni locali. In più di metà dei Comuni (54%) non c'è alcun tipo di struttura residenziale privata, e in due terzi (65%) dei Comuni, tutti i servizi di assistenza domiciliare sono erogati dal settore pubblico. Viceversa, quasi nel 5% dei Comuni, più di metà dei servizi di assistenza domiciliare e più di metà dei posti letto nelle strutture residenziali sono forniti da privati (Nbhw, 2011a).

Questo resoconto della mercatizzazione dell'assistenza agli anziani in Svezia ha enfatizzato la spinta dall'alto verso il basso esercitata dal governo nazionale. L'ampia variabilità tra i Comuni nella percentuale di servizi finanziati attraverso la fiscalità generale ed erogati da privati solleva alcune domande su perché questa spinta dall'alto abbia avuto solamente un successo relativo, e sulle probabili traiettorie future della mercatizzazione dei servizi per la non autosufficienza in Svezia. Ovviamente, non è possibile predire il futuro. Tuttavia, possiamo evidenziare alcuni processi che sono stati messi in moto dalle politiche di mercatizzazione e gli interessi che sono emersi da esse.

La variabilità locale si può spiegare in parte con il colore politico delle amministrazioni, in un contesto di forte autonomia degli enti locali. Anche se i governi nazionali socialdemocratici hanno assunto un orientamento favorevole alle politiche di mercato, esso era comunque meno marcato rispetto alle amministrazioni di centrodestra, sia a livello nazionale che comunale. Ad esempio, a Stoccolma, dove c'è una maggioranza politica conservatrice, nel 2010 il 60% dei servizi di assistenza domiciliare finanziati con fondi pubblici era erogato da privati (Nbhw, 2011a), un dato in aumento, rispetto al 37% nel 2006 (Nbhw, 2007). Nella seconda città più grande della Svezia, Göteborg, che ha una maggioranza socialdemocratica, tutta l'assistenza domiciliare era ancora in mani pubbliche nel 2010 (Nbhw, 2011a). I casi di Stoccolma e Göteborg dimostrano che le politiche socialdemocratiche e di centrodestra sono effettivamente divergenti, e che la combinazione di una coalizione di centrodestra, sia a livello centrale che locale, può fa-

re la differenza. Approcci più articolati hanno riscontrato che i Comuni con una maggiore presenza della classe media[12] e con una maggioranza di destra hanno maggiori probabilità di avere una percentuale più alta di servizi privati di assistenza agli anziani (Stolt e Winblad, 2009).

Ma la storia non finisce qui. Ci sono prove di una sorta di «contagio» geografico delle privatizzazioni, trasversale agli orientamenti politici. Stolt e Winblad (2009) hanno riscontrato che i servizi per gli anziani non autosufficienti gestiti da privati sono, sì, stati introdotti pionieristicamente nelle aree urbane in cui dominavano le maggioranze di destra, ma che «sorprendentemente, i Comuni confinanti tendevano a seguire questi primi esperimenti *a prescindere dal loro colore politico o dalla situazione economica*»(Stolt e Winblad, 2009 p. 903, corsivo nostro). Questo processo di diffusione ha significato che, anche nei Comuni con maggioranze socialdemocratiche stabili, c'è stata una privatizzazione dell'assistenza agli anziani. A volte, la situazione economica dei Comuni è un fattore scatenante, quando «il potere di seduzione delle privatizzazioni neoliberiste» sconfigge l'ostilità ideologica dei Comuni socialdemocratici in situazioni di ristrettezza economica. Ma l'idea che «ciò che ha funzionato per altri dovrà per forza funzionare anche per noi» è stata di per sé importante, e una volta introdotte le privatizzazioni, raramente si torna indietro (Stolt e Winblad, 2009, pp. 910-911). Inoltre, c'è la possibilità reale che in futuro si possa con una legge impedire ai Comuni di resistere alla mercatizzazione. Nel 2010, insoddisfatto del lento incedere del cambiamento, il governo nazionale ha introdotto ulteriori misure per incentivare i Comuni ad adottare programmi fondati sulla libera scelta del fornitore da parte dell'utente nel 2011-2014. Il provvedimento conteneva un monito in base al quale «sarà presa in considerazione una legislazione vincolante qualora entro il 2014 tutti i Comuni non abbiano dato risposte» (disegno di legge governativo 2010-11/1, p. 163). Infine, l'emergere di grandi imprese private erogatrici dei servizi per la non autosufficienza produce interessi forti verso ulteriori privatizzazioni (Meagher e Szebehely, 2010).

Nel corso degli ultimi trenta anni, una serie di riforme, seppur disparate, ha razionalizzato l'assistenza agli anziani, ampliato i servizi erogati alle persone con gravi disabilità, e aperto al mercato i servizi per la

[12] Misurata secondo una percentuale più alta di residenti con un'istruzione universitaria e una base fiscale più alta, misure correlate entrambe ad una media più alta dei redditi delle famiglie.

non autosufficienza. Tramite un insieme complesso di interazioni, queste trasformazioni politiche nel loro insieme sono venute a costituire un'effettiva minaccia all'universalità dei servizi per la non autosufficienza in Svezia. Già emergono segnali di differenze di classe in risposta ai tagli ai servizi agli anziani finanziati con fondi pubblici, con le fasce più povere che si rivolgono alla famiglia e quelle più ricche al mercato. Non ci sono ancora le prove di differenze di classe *all'interno* del sistema dei servizi finanziati con fondi pubblici. Tuttavia, il processo di mercatizzazione in corso può offrire incentivi ad abbandonare il sistema pubblico ai gruppi con maggiori risorse. Se dovesse aprirsi un divario di classe *all'interno* del sistema finanziato con fondi pubblici, potrebbe determinarsi un circolo vizioso di esodo della classe media e crollo della qualità. Nel corso del tempo, la strisciante selettività potrebbe destinare ai poveri i servizi di scarsa qualità: proprio l'esito che il principio dell'universalità dei servizi consente alle società di evitare.

Riferimenti bibliografici

Antman P., 1994, *Vägen till systemskiftet – den offentliga sektorn i politiken 1970-1992*, in Gustafsson R.Å. (a cura di), *Köp och sälj, var god svälj?*, Arbetsmiljöfonden, Stoccolma.

Birkelöf L., 2009, *Do Local Public Expenditures for Functionally Impaired Crowd Out Other Local Public Expenditures?*, Umeå Economic Studies n. 797, Umeå University.

Blomqvist P., 2004, *The Choice Revolution: Privatization of Swedish Welfare Services in the 1990s*, «Social Policy and Administration», vol. 38 (2), pp. 139-155.

Blyth M., 2001, *The transformation of the Swedish model: Economic ideas, distributional conflict, and institutional change*, «World Politics», vol. 54, pp. 1-26.

Dir. 1988/53, *Samhällets stöd till människor med funktionshinder*, direttive per la Commissione sulle disabilità del 1989, Ministero della Salute e degli Affari Sociali.

Disegno di legge governativo 1990-91/100, *Förslag till statsbudget för budgetåret 1991/92*.

Disegno di legge governativo 1992-93/43, *Ökad konkurrens i kommunal verksamhet*.

Disegno di legge governativo 2006-07/94, *Skattelättnader för hushållstjänster, m.m.*

Disegno di legge governativo 2008-09/29, *Lag om valfrihetssystem*.

Disegno di legge governativo 2010-11/1, *Förslag till statsbudget för 2011. Hälsovård, sjukvård och social omsorg.*

Edebalk P.G. e Svensson M., 2005, *Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. Konsumentperspektivet*, TemaNord 2005/507, Nordic Council of Ministers, Copenhagen.

Eliasson-Lappalainen R. e Motevasel I., 1997, *Ethics of Care and Social Policy*, «Scandinavian Journal of Social Welfare», vol. 6, pp. 189-196.

Feltenius D., 2007, *Relations between Central and Local Government in Sweden during the 1990s: Mixed Patterns of Centralization and Decentralization*, «Regional & Federal Studies», vol. 17 (4), pp. 457-474.

Fried R., 2007, *Hemtjänsten i Stockholm – en enkät till brukarna hösten 2006*, Stockholms stads utrednings - och statistikskontor Ab.

Fub, 2007, *Historik: Från idiot till medborgare – en sammanfattning av Fub:s historia*, disponibile all'indirizzo internet: http://www.fub.se/fub/historik/.

Green-Pedersen C., 2002, *New Public Management Reforms of the Danish and Swedish Welfare States: The Role of Different Social Democratic Responses*, «Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions», vol. 15 (2), pp. 271-294.

Grunewald K., 1974, *The Guiding Environment: the Dynamic of Residential Living*, in Boswell D. e Wingrove J.M. (a cura di), *The Handicapped Person in the Community: A Reader and Sourcebook*, Taylor and Francis, Londra.

Gustafsson R. e Szebehely M., 2009, *Outsourcing of Eldercare Services in Sweden: Effects on Work Environment and Political Legitimacy*, in King D. e Meagher G. (a cura di), *Paid Care in Australia: Politics, Profits, Practices*, Sydney University Press, Sydney.

Hjalmarson I. e Norman E., 2004, *Att välja hemtjänst*, Socialstyrelsen, Stoccolma.

Hjalmarson I., 2003, *Valfrihet inom äldreomsorgen – en reform som söker sin form*, Stockholm Gerontology Research Center, Stoccolma.

Huber M., Rodrigues R., Hoffmann F., Gasior K. e Marin B., 2009, *Facts and Figures on Long-Term Care: Europe and North America*, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna.

Jeppsson-Grassman E., Whitaker A. e Taghizadeh Larsson A., 2009, *Family as Failure? The Role of Informal Help-givers to Disabled People in Sweden*, «Scandinavian Journal of Disability Research», vol. 11 (1), pp. 35-49.

Johansson L., Sundström G. e Hassing L., 2003, *State Provision Down, Offspring's Up: The Reverse Substitution of Old-age Care in Sweden*, «Ageing & Society», vol. 23, pp. 269-280.

Korpi W., 1996, *Eurosclerosis and the Sclerosis of Objectivity: On the Role of Values among Economic Policy Experts*, «The Economic Journal», vol. 106, pp. 1727-1746.

Lakomaa E., 2009, *The «Äldel Reform»: An Economic-Psychological Analysis of the Transfer of Government Activities from Counties to Municipalities*, Paper 4 in *The*

economic psychology of the welfare state, doctoral thesis, Economic Research Institute, Stockholm School of Economics, Stoccolma.

Larsson K., 2006, *Care Needs and Home-help Services for Older People in Sweden: Does Improved Functioning Account for the Reduction in Public Care?*, «Ageing & Society», vol. 26 (3), pp. 413-429.

Liljeström R. e Özgalda E., 1980, *Kommunals kvinnor på livets trappa*, Svenska Kommunalarbetarförbundet, Stoccolma.

Loughlin J., Lidstrom A. e Hudson C., 2005, *The Politics of Local Income Tax in Sweden: Reform and Continuity*, «Local Government Studies», vol. 31 (3), pp. 351-366.

Meagher G. e Szebehely M., 2010, *Private Financing of Eldercare in Sweden Arguments for and against*, Working Paper n. 1/2010, Institute for Futures Studies, Stoccolma.

Montin S. e Elander I., 1995, *Citizenship, Consumerism and Local Government in Sweden*, «Scandinavian Political Studies», vol. 18 (1), pp. 25-51.

National agency for education, 2011, *Kostnader för förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, skola och vuxenutbildning 2009*, Skolverket, Stoccolma.

National insurance board, 2002, *Ideals and Reality in Disability Policy, Social Insurance in Sweden 2002*, Rfv, Stoccolma.

Nbhw - National board of health and welfare, 2003, *Konkurrensutsättning och entreprenader inom äldreomsorgen. Utvecklingsläget 2003*, Socialstyrelsen, Stoccolma.

Nbhw - National board of health and welfare, 2007, *Äldre – vård och omsorg år 2006*, Socialstyrelsen, Stoccolma.

Nbhw - National board of health and welfare, 2009, *Swedish disability policy – service and care for people with functional impairments*, Socialstyrelsen, Stoccolma.

Nbhw - National board of health and welfare, 2010, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2010*, Socialstyrelsen, Stoccolma.

Nbhw - National board of health and welfare, 2011a, *Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2010*, Socialstyrelsen, Stoccolma.

Nbhw - National board of health and welfare, 2011b, *Valfrihetssystem ur ett befolknings - och patientperspektiv*, Socialstyrelsen, Stoccolma.

Palme J., Bergmark Å., Bäckman O., Estrada F., Fritzell J., Lundberg O., Sjöberg O. e Szebehely M., 2002, *Welfare Trends in Sweden: Balancing the Books for the 1990s*, «Journal of European Social Policy», vol. 12 (4), pp. 329-346.

Ratzka A., 1984, *The Prerequisites for Independent Living*, Gladnet Collection Paper n. 427, disponibile all'indirizzo internet: http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/427.

Ratzka A., 1986, *Independent Living and Attendant Care in Sweden: A Consumer Perspective*, disponibile all'indirizzo internet: http://www.independentliving.org/docs1/ar1986spr.html.

Ryner J.M., 2002, *Capitalist Restructuring, Globalization and the Third Way: Lessons from the Swedish Model*, Routledge, Londra.
Sipilä J. (a cura di), 1997, *Social Care Services: The Key to the Scandinavian Welfare Model*, Avebury, Aldershot.
Sköld J. e Heggemann H., 2011, *RUT vanligast efter 85*, *Välfärd*, 1, 3-5, Statistics Sweden, Stoccolma.
Sou 1987/3, *Långtidsutredningen 1987*.
Sou 1991/104, *Konkurrensen inom den kommunala sektorn*.
Sou 2007/37, *Vård med omsorg – möjligheter och hinder*, rapporto della delegazione per la diversità nella cura.
Sou 2008/15, *LOV att välja – Lag Om Valfribetssystem*, rapporto della Commissione per la scelta.
Statistics Sweden, 2011, *Statistical database. Final income and tax statistics 2009*, disponibile all'indirizzo internet: http://www.scb.se/Pages/Product_302198.aspx (accessed may 8, 2011).
Stockholm stad, 2010, *Äldreombudsmannens årsrapport för 2010*.
Stolt R. e Winblad U., 2009, *Mechanisms behind Privatization: A Case Study of Private Growth in Swedish Elderly Care*, «Social Science & Medicine», vol. 68, pp. 903-911.
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.
Sundström G. e Malmberg B., 1996, *The Long Arm of the Welfare State Shortened*, «Scandinavian Journal of Social Welfare», vol. 5, pp. 69-75.
Sundström G., Johansson L. e Hassing L., 2002, *The Shifting Balance of Long-Term Care in Sweden*, «The Gerontologist», vol. 42 (3), pp. 350-355.
Svallfors S., 1989, *Vem älskar välfärdsstaten? Attityder, organiserade intressen och svensk välfärdspolitik*, Arkiv Förlag (PhD thesis), Lung.
Svensson M. e Edebalk P.G., 2010, *Kundval i äldreomsorgen – Stärks brukarens ställning i ett valfribetssystem?*, Swedish Association of Local Authorities and Regions, Stoccolma.
Swedish competition authority, 2009, *Konkurrensutsättning inom hemtjänsten och primärvården*, Konkurrensverket, Stoccolma.
Swedish social insurance agency, 2011, *Statistics: Assistance Allowance*, disponibile all'indirizzo internet: http://statistik.forsakringskassan.se/portal/page/portal/intstat/bof/assers.
Szebehely M. e Trydegård G.-B., 2007, *Omsorgstjänster för äldre och funktionshindrade: skilda villkor, skilda trender?*, «Socialvetenskaplig Tidskrift», vol. 14 (2-3), pp. 197-219.
Szebehely M., 1995, *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*, Arkiv förlag (PhD thesis), Lund.

Szebehely M., 2005, *Care as Employment and Welfare Provision – Child Care and Eldercare in Sweden at the Dawn of the 21st Century*, in Dahl H.M. e Rask Eriksen T. (a cura di), *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State*, Ashgate, Aldershot.

Szebehely M., 2011, *Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi*, in Hartman L. (a cura di), *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?*, Sns - Centre for Business and Policy Studies, Stoccolma.

Thorslund M., 1991, *The Increasing Number of Very Old People Will Change the Swedish Model of the Welfare State*, «Social Science and Medicine», vol. 32 (4), pp. 455-464.

Westerberg B., 2008, *Speech at the conference celebrating 25 years of Independent Living in Sweden*, 28 novembre, disponibile all'indirizzo internet: http://www.independentliving.org/25yearswesterberg.

Winbladh U., Andersson C. e Stefansson K., 2009, *Kundval i hemtjänsten – erfarenheter av information och uppföljning*.

Traduzione dall'inglese a cura di Marta Gilmore

Percorsi di trasformazione delle politiche per la non autosufficienza in Danimarca

Viola Burau, Hanne Marlene Dahl*

RPS

In materia di non autosufficienza, la Danimarca è, insieme alla Norvegia, il paese scandinavo dotato delle politiche più universalistiche in termini di copertura. Inoltre, a differenza di altri paesi scandinavi, la Danimarca ha combinato i processi di trasformazione istituzionale dal basso (trasformazioni di natura non legislativa), con quelli di trasformazione dall'alto (di natura legislativa). Il saggio ripercorre tali processi, orientati alla mercatizzazione dei servizi e a una maggiore personalizzazione in funzione dei bisogni individuali. Nell'insieme, le due tendenze – in quanto all'insegna tanto della standardizzazione che della flessibilità – hanno portato a sviluppi contraddittori. Alla luce di ciò, l'analisi qui presentata evidenzia la compresenza di due aspetti potenzialmente contraddittori nel processo di innovazione: esso è stato infatti orientato sia alla «messa in sicurezza» che «all'ampliamento» dei diritti di welfare, e le misure introdotte hanno così riguardato tanto la sfera del controllo quanto quella della libertà di scelta.

1. Introduzione

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

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

inoltre un paese che combina il cambiamento istituzionale dal basso (di natura non legislativa) con quello dall'alto (di natura legislativa).
Sebbene la Danimarca, come la maggior parte dei paesi Ocse, abbia conosciuto riforme all'insegna della «nuova gestione della cosa pubblica» ritenute un apripista per lo snellimento dello Stato, il contenimento della spesa e l'adozione di un modello incentrato sulla figura del consumatore (Dahl, 2005; Glendinning, 2008), le politiche per la non autosufficienza non hanno subìto processi di ridimensionamento. Ciononostante, come vedremo, ciò non significa che esse non abbiano subìto trasformazioni sostanziali, avvenute piuttosto nel nome della riorganizzazione (Pierson, 2001). Per essere più specifici, a partire dagli anni novanta le politiche per la non autosufficienza hanno introdotto elementi di controllo/standardizzazione e di flessibilità/libertà di scelta che hanno alterato nella sostanza il modo in cui i servizi sono organizzati (Dahl, 2005). In termini procedurali, le riforme hanno prodotto una trasformazione graduale basata sulla stratificazione (o *layering*), ossia l'aggiunta di nuovi elementi agli istituti preesistenti con il risultato di alterarne progressivamente la natura (Thelen, 2000; Streeck e Thelen, 2005). Nel presente lavoro saranno presi in esame due interventi riformatori contenenti elementi sia di controllo che di flessibilizzazione, nonché indicativi sotto il profilo procedurale di una trasformazione graduale del sistema operata attraverso strumenti tanto legislativi quanto di altra natura[1].

2. La struttura delle opportunità e dei vincoli di riforma

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

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

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

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

2.1 Gli attori e il sistema territoriale di governance

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

propria autonomia in relazione a tutta una serie di decisioni su come governare i servizi[2]. Al contrario, l'intervento del governo centrale è finalizzato alla definizione del quadro di riferimento generale e all'allocazione di fondi integrativi per l'assistenza ai non autosufficienti. Nel periodo oggetto della nostra analisi, l'interesse complessivo del governo centrale è stato quello di potenziare la propria capacità d'indirizzo delle politiche, tanto in termini di contenimento della spesa quanto di definizione della natura dei servizi. Analogamente a quanto avvenuto in altri paesi scandinavi, gli equilibri tra livello centrale e locale sono andati mutando. Se gli anni ottanta sono stati all'insegna del decentramento, dagli anni novanta in poi la tendenza si è invertita e il precedente quadro legislativo d'indirizzo generale è stato sostituito da minuziose disposizioni regolamentari (Hansen e Vedung, 2005). La regolamentazione più rigida dei singoli dettagli ha fatto scaturire tensioni tra centro e periferia, che hanno visto l'Associazione dei Comuni cercare di contrastare attivamente la perdita di autonomia locale (Dahl, 2011). Comunque sia, la cultura politica diffusa è fortemente orientata alle prassi consensuali e lascia aperti molti canali formali e informali di confronto, che garantiscono a un ampio spettro di soggetti la possibilità di influenzare i processi decisionali. Tra di essi rivestono particolare importanza i negoziati annuali tra governo centrale ed enti locali per la Legge finanziaria.

Altri due attori di peso in materia di politiche per la non autosufficienza sono il Sindacato dei mestieri e del lavoro (*Fag og Arbejde*, Foa), che organizza soprattutto gli operatori dei servizi di cura e il DaneAge (*Ældresagen*), la principale organizzazione di riferimento delle persone anziane in Danimarca. Il Foa è un sindacato principalmente rivolto agli operatori dei servizi di cura, ossia assistenti domiciliari e infermieri ausiliari, che conta circa 200.000 iscritti[3]. In virtù della sua storia come sindacato del pubblico impiego, rappresenta anche altre catego-

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

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

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

2.2 Fattori di spinta delle riforme

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

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

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

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

quali margini e vincoli è possibile individuare per una riforma del sistema? La Danimarca ha istituzionalizzato l'universalità dell'assistenza ai non autosufficienti, ed è quindi difficile pensare che il sistema possa essere smantellato, tramite ad esempio il taglio delle prestazioni esigibili. Inoltre, gli anziani e gli operatori dei servizi sono in posizione di poter difendere i propri interessi istituzionali, perché ben organizzati. A tutto ciò si aggiunge un ideale di cura che considera l'assistenza ai non autosufficienti una responsabilità innanzitutto pubblica e non un problema privato, e che privilegia l'assistenza a domicilio rispetto a quella fornita presso strutture dedicate[4]. Ad esempio, nessuno si aspetta che debbano essere i familiari a farsi carico materialmente o economicamente delle esigenze di una persona anziana (Doyle e Timonen, 2007). Un approccio andato di pari passo, negli anni, con la progressiva professionalizzazione dell'assistenza continuativa, tramite l'istituzione di percorsi formali di formazione di base e avanzata per gli operatori del settore. I corsi di formazione per assistenti domiciliari sono stati prolungati dalle iniziali due settimane a un programma annuale presso apposite scuole professionali (Dahl, 2005). Gli assistenti domiciliari sono divenuti operatori sociali e sanitari a tutti gli effetti e, una volta conseguito il titolo, possono scegliere di proseguire la formazione per altri due anni e diventare assistenti socio-sanitari. Questi ultimi possono svolgere una serie di mansioni infermieristiche, assumere incarichi dirigenziali nel campo dell'assistenza agli anziani e operare anche all'interno di strutture ospedaliere.

In base a meccanismi analoghi, le ipotesi di una riforma radicale del sistema sono anche vincolate alle prassi politiche consensuali nel processo decisionale, che impongono in particolar modo la necessità di concordare gli interventi con enti locali, sindacato degli operatori (Foa) e organizzazioni di riferimento degli anziani (DaneAge). A livello più specificatamente parlamentare, a partire dal 2001 in Danimarca la prassi consensuale è stata parzialmente controbilanciata dall'approccio del governo di centrodestra, espressione di una coalizione di minoranza con il permanente appoggio esterno di un altro partito; un governo che non si è fatto scrupoli a procedere a colpi di maggioranza[5]. Inoltre, l'esistenza di un quadro di riferimento per

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

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

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

3. Il processo di riforma

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

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

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

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

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

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

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

3.1 Un «Linguaggio comune» per l'assistenza domiciliare

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il 2003 ha segnato per la Danimarca l'introduzione del principio di «libera scelta» (*frit valg*), che costituisce un esempio di modifica legislativa promulgata dall'alto (Højlund, 2004; 2006; Rostgaard, 2006). La legge riconosce ai cittadini il diritto di scegliere a quale fornitore rivolgersi ed estende tale facoltà a tutta una gamma di servizi. La normativa impone agli enti locali di agire in veste di acquirenti e appaltare la fornitura dei servizi a soggetti non solo pubblici ma anche privati; all'ente locale va anche l'onere di fissare gli standard di qualità.
Da dove proviene il concetto di libera scelta e perché è stato introdotto? Esso non è estraneo alle politiche danesi in materia di welfare. Nel paese vi è un'antica tradizione di libera scelta degli istituti scolastici, che risale alla legge sulle scuole popolari (*Folkeskoleloven*) del 1824, quando si sancì l'obbligatorietà dell'istruzione per l'infanzia lasciando tuttavia facoltà di optare per istituti scolastici non pubblici. Ai fini del presente lavoro è importante osservare che il principio di libera scelta era stato ulteriormente ampliato dal governo socialdemocratico sul finire degli anni novanta, proprio in relazione agli ospedali e all'assistenza domiciliare. Un passaggio avvenuto nel nome della centralità degli interessi degli utenti (Petersen, 2008, p. 171), sebbene l'accettazione di tale principio di fondo comportò poi per i socialdemocratici maggiori difficoltà nel contrastare il successivo governo di centrodestra in materia di libertà di scelta (su questa cfr., in generale, Green-Pedersen, 2002). La facoltà di scegliere la struttura ospedaliera cui rivolgersi venne introdotta nel 1993 e conferì ai pazienti il diritto di indicare l'ospedale pubblico in cui farsi curare, anche all'estero (Vrangbæk e Østergren, 2006). L'approccio alla libertà di scelta era stato pragmatico e cauto, come testimonia il significativo numero di paletti e clausole di salvaguardia che accompagnava la misura; per ciò che concerne gli ospedali, si potrebbe quindi parlare di «ampliamento dei margini di scelta» piuttosto che di «libera scelta». Stesso discorso vale per la cosiddetta «assistenza domiciliare flessibile» (*fleksible hjemmehjælp*) introdotta nel 2000, che ha conferito agli anziani più voce in capitolo circa le prestazioni di cui usufruire pur rimanendo estremamente rigorosa sulle procedure da adottare nella pratica: si riconosce facoltà di scegliere quale tipo di assistenza materiale ricevere ma non il soggetto fornitore; le variazioni devono rientrare nell'orario originario e i «servizi necessari» non sono sostituibili; e la competenza finale e complessiva dell'erogazione del servizio rimane dell'amministrazione locale (Højlund, 2004).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1 Il Linguaggio comune

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

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

controllo che della flessibilizzazione: essa si è tradotta in più cavilli burocratici e meno tempo a disposizione per le pratiche concrete di cura (Nielsen e Andersen, 2006, p. 45) nella standardizzazione del lavoro di cura, e in meno flessibilità e reattività a fronte dei bisogni individuali (Petersen e Schmidt, 2003), come anche in più trasparenza per gli anziani e i loro familiari circa i servizi di cui usufruiscono.
La figura dell'assistente domiciliare e la politica degli «anziani in casa il più a lungo possibile» restano istituti riconosciuti, ma il modo in cui l'assistenza viene fornita, e su quali basi, cambiano in maniera sostanziale. La standardizzazione intrinseca al sistema del Linguaggio comune riduce l'autonomia dell'assistente domiciliare e quindi ne modifica lo status. Per essere più specifici, la sua flessibilità è limitata poiché non è autorizzato a rispondere a nuovi bisogni non ancora sottoposti a valutazione. Inoltre, il tempo dedicato materialmente al lavoro di cura è limitato dalla attività di valutazione e di documentazione dei servizi forniti. Si tratta di un effetto non intenzionale che trasforma l'ideale di cura, poiché si passa dal prendersi cura in risposta ai bisogni immediati espressi dal diretto interessato al fornire assistenza in base a pacchetti standard, nonché dalla centralità del lavoro di cura a quella della documentazione delle attività svolte. Dal punto di vista dell'utente, il sistema del Linguaggio comune ha determinato una trasformazione altrettanto sostanziale nel senso di una maggiore autonomia: esso pone l'utente in posizione di maggiore forza, grazie a una valutazione scritta che chiarisce quali prestazioni può aspettarsi di ricevere nonché richiedere. Sotto questo profilo, il Linguaggio comune riflette il principio di tutela del consumatore proprio della «nuova gestione della cosa pubblica» (Glendinning, 2008), andandosi tuttavia a combinare con le specificità del contesto istituzionale scandinavo, che considera i servizi un diritto dei cittadini nel quadro del welfare state e non ritiene pertanto di poterli esclusivamente relegare a una dimensione puramente amministrativa e discrezionale.

4.2 Libertà di scelta

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

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

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

Il quadro appare altrettanto ambivalente per quanto riguarda il mag-

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

5. Conclusioni

L'analisi fin qui condotta porta a definire la Danimarca come un caso di trasformazione sostanziale risultante da interventi all'insegna della riorganizzazione del sistema, piuttosto che dal suo ridimensionamento. La supposta necessità di procedere a una riorganizzazione deriva da esigenze di contenimento della spesa, che trovano giustificazione nel discorso dominante e transnazionale sulla nuova gestione della cosa pubblica. Gli interventi riformatori hanno fatto leva su elementi di controllo e flessibilità, che hanno gradualmente ma sostanzialmente alterato il modo in cui l'assistenza ai non autosufficienti è organizzata. Più specificamente, gli istituti riconosciuti dell'universalismo, del localismo, dell'assistenza domiciliare e del principio degli «anziani in casa propria il più lungo possibile» non sono stati toccati, ma ad essi sono andati ad aggiungersi altri istituti quali la libertà di scelta, la standardizzazione e il centralismo. Sotto il profilo procedurale, le riforme hanno fatto leva su interventi tanto legislativi quanto di altra natura.
Il sistema danese per la non autosufficienza continua a funzionare bene rispetto ad altri paesi (Sarasa e Mestres, 2007), ma la quantità e la portata degli interventi riformatori cui si è dato corso negli ultimi venti anni l'hanno messo duramente alla prova. I vecchi istituti convivono, spesso con difficoltà, accanto ai nuovi, i quali a loro volta premono in varie direzioni. Da entrambi questi punti di vista, le ambigue interazioni tra elementi di controllo/standardizzazione e di flessibili-

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

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

Riferimenti bibliografici

Anttonen A., 2002, *Universalism and Social Policy: A Nordic-Feminist Revaluation*, «Nora - Nordic Journal of Feminist and Gender», vol. 10 (2), pp. 71-80.

Blom-Hansen J., 2002, *Den fjerde statsmagt? Kommunernes Landsforening i dansk politik*, Aarhus Universitetsforlag, Aarhus.

Burau V., Theobald H. e Blank R.H., 2007, *Governing Home Care: A Cross-National Comparison*, Edward Elgar, Cheltenham.

Dahl H.M., 2000, *Fra kitler til eget tøj – Diskurser om professionalisme, køn og omsorg*, Politica, Aarhus.

Dahl H.M., 2004, *A View from the Inside: Recognition and Redistribution in the Nordic Welfare State from a Gender Perspective*, «Acta Sociologica», vol. 47 (4), pp. 325-337.

Dahl H.M., 2005, *A Changing Ideal of Care in Denmark: A Different Form of Retrenchment?*, in Dahl H.M. e Eriksen T.R. (a cura di), *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State. Continuity and Change*, Ashgate, Aldershot, pp. 47-60.

Dahl H.M., 2008, *Strukturreform og ældreomsorg*, «Gerontologi», vol. 24 (2), pp. 4-7.

Dahl H.M., 2009, *New Public Management, Care and Struggles about Recognition*, «Critical Social Policy», vol. 29 (4), pp. 634-654.

Dahl H.M., 2011, *Who Can Be against Quality?*, in Ceci C., Björnsdottir K. e Purkis M.E. (a cura di), *Home, Care and Practices. Critical Perspectives on Frailty*, Routledge, Londra.

Dahlgaard S., 2001, *Oprørende – Hjemmehjælpen i København ødelagt af dårlig ledelse*, «Ekstrabladet», 6 agosto, p. 6.

DaneAge, 2011, disponibile all'indirizzo internet: http://www.aeldresagen.dk/Medlemmer/detgoervifordig/omos/english/Sider/Default.aspx.

Danmarks Statistik, 2008, *Nyt fra Danmarks statistik: Varig hjemmehjælp*, n. 194, Danmarks Statistik, Copenhagen.

Danmarks Statistik, 2010a, RAS1F1*Erhvervs- og beskæftigelsesfrekvenser*, disponibile all'indirizzo internet: //http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280.

Danmarks Statistik, 2010b, *Nyt fra Danmarks statistik: Varig hjemmehjælp*, n. 187, Danmarks Statistik, Copenhagen.

Danmarks Statistik, 2010c, *Nyt fra Danmarks statistik: Varig hjemmehjælp*, n. 187, Danmarks Statistik, Copenhagen.

Danmarks Statistik, 2011a, *Folketal*, disponibile all'indirizzo internet: www.statistikbanken.dk/FOLK1.

Danmarks Statistik, 2011b, *AED06. Modtagere af varig hjemmehjælp (frit valg)*, disponibile all'indirizzo internet: www. statistikbanken.dk/1565.

Danmarks Statistik, 2011c, *VH 33 Leverandører af privat hjemmehjælp*, disponibile all'indirizzo internet: http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280.

Doyle M. e Timonen V., 2007, *Home Care for Ageing Populations. A Comparative Analysis for Domiciliary Care in Denmark, the United States and Germany*, Edward Elgar, Cheltenham.

Folketingsdebat, 2002, *Første behandling af lovforslag*, 2001-02 (2. Samling), L 130, Folketinget, Copenhagen.

Glendinning C., 2008, *Increasing Choice and Control for Older and Disabled People: A Critical Review of New Developments in England*, «Social Policy & Administration», vol. 42 (5), pp. 451-469.

Green-Pedersen C., 2002, *New Public Managemen Reforms of the Danish and Swedish Welfare States: The Role of Different Social Democratic Responses*, «Governance», vol. 15 (2), pp. 271-294.

Hansen M.B. e Vedung E., 2005*, Fælles sprog i ældreplejens organisering. Evaluering af et standardiseret kategorisystem*, Syddansk Universitetsforlag, Odense.

Hochschild A.R., 1995, *The Culture of Politics: Traditional, Postmodern, Coldmodern and Warmmodern Ideals of Care*, «Social Politics», vol. 2 (3), pp. 331-345.

Højlund H. e Højlund C., 2000, *Velfærdsparadoks og kommunikation: «Fælles sprog»: En anden ordens strategi på hjemmehjælpsområdet*, «GRUS», vol. 21 (61), pp. 18-39.

Højlund H., 2001, *Kvalitetsudvikling og velfærdsparadokser*, in Høeg D., Prose E., Brockenhuus-Schack A. e Milkær L. (a cura di), *Ældreomsorg – management eller menneskelighed?*, Videnscenter på Ældreområdet, Hellerup.

Højlund H., 2004, *Markedets politiske fornuft. Et studie af velfærdens organisering i perioden 1990-2003*, Copenhagen Business School, Copenhagen.

Højlund H., 2006, *Den frit vælgende ældre*, «Dansk Sociologi», vol. 17 (1), p. 41-65.

Høringssvar, 2002, *Høringsnotat vedrørende L 130*, 2001-02 (2. Samling), L 130, Folketinget, Copenhagen.

Ib H., 2001, *Ansvaret tilbage til hjemmehjælperne*, «Jyllands-Posten», 9 agosto, p. 3.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004, *Ældreområdet*, (Strukturkommissionens betænkning, Bind III), Indenrigs - og Sundhedsministeriet, Copenhagen, disponibile all'indirizzo internet: http://www.im.dk/publikationer/strukturkom_bind_III/kap35.html.

«Jyllands-Posten», 2002, *Ældrepakken: Ældre kan først vælge hjemmehjælp fra nytår*, «Jyllands-Posten», 23 may.

Kommunernes landsorganisation, 1999, *Nyhedsbrev*, aprile.

Kommunernes landsorganisation, 2002a, *Nyhedsbrev*, novembre, n. 3.

Kommunernes landsorganisation, 2002b, *Nyhedsbrev*, giugno, n. 2.

Kommunernes landsorganisation, 2002c, *Nyhedsbrev*, febbraio, n. 1.

«Kristeligt Dagblad», 2001, *Ældre skal selv bestemme over hjemmehjælpen*, «Kristeligt Dagblad», 8 dicembre.

Kröger T., 1997, *Local Government in Scandinavia: Autonomous or Integrated into the Welfare State?*, in Sipilä J. (a cura di), *Social Care Services: The Key to the Scandinavian Welfare Model*, Avebury, Aldershot.

Lewinter M., 2004, *Developments in Home Help for Elderly People in Denmark: The Changing Concept of Home and Institution*, «International Journal of Social Welfare», vol. 13, p. 89-96.

Nielsen J.A. e Andersen J.G., 2006, *Hjemmehjælp. Mellem myter og virkelighed*, Syddansk Universitetsforlag, Odense.

Pedersen I.K., 2001, *Det ser du for godt ud til*, «Weekendavisen», 18 maggio, p. 2.

Petersen J.H., 2008, *Hjemmehjælpens historie. Idéer, holdninger, handlinger*, Odense Universitetsforlag, Odense.

Petersen L. e Schmidt M., 2003, *Projekt fælles sprog*, Akademisk Forlag, Copenhagen.

Pierson P., 2001, *Coping with Permanent Austerity Welfare Restructuring in Affluent Democracies*, in Pierson P. (a cura di), *The New Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.

«Politiken», 2001, *Foghs velfærdsmarked*, «Politiken», 2 dicembre, p. 1.

«Ritzau», 2002, *Citathistorie fra Jyllands-Posten: ældrepleje kan ende i bureaukrati*, «Ritzau», 28 agosto.

Rostgaard T., 2007, *Begreber om kvalitet i ældreplejen. Temaer, roller og relationer*, Socialforsknings Instituttet, Copenhagen.

Rostgaard T., 2006, *Constructing the Care Consumer: Free Choice of Home Care for the Elderly in Denmark*, «European Societies», vol. 8 (3), pp. 443-463.

Sarasa S. e Mestres J., 2007, *Women's Employment and the Adult Caring Burden*, in Esping-Andersen G. (a cura di), *Family Formation and Family Dilemmas in Contemporary Europe*, Foundacion Bbva, Bilbao.

Socialudvalget, 2002, *KLs brev to Folketingets Socialudvalg vedr. ændringsforslag til L 130, 17. maj 2002*, 2001-02 (2. Samling), L 130, Folketinget, Copenhagen.

Strandberg-Larsen M., Bernt Nielsen M., Vallgårda S., Krasnik A. e Vrangbæk K., 2007, *Denmark. Health System Review*, Who Europe, Copenhagen.

Streeck W. e Thelen K., 2005, *Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies*, in Streeck W. e Thelen K. (a cura di), *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press, Oxford.

Szebehely M., 2003, *Den nordiske hentjänsten – bakgrund och omfattning*, in Szebehely M. (a cura di), *Hemhjälp i Norden – illustrationer och reflektioner*, Studentlitteratur, Lund.

Thelen K., 2000, *Timing and Temporality in the Analysis of Institutional Evolution and Change*, «Studies in American Political Development», vol. 14 (spring), pp. 101-108.

Thye-Petersen C., 2001, *Styringsredskaber erstatter nemt sund fornuft*, «Jyllands-Posten», 11 agosto, p. 4.

Vrangbæk K. e Østergren K., 2006, *Patient Empowerment and the Introduction of Hospital Choice in Denmark and Norway*, «Health Economics, Policy and Law», vol. 1 (4), pp. 371-394.

Traduzione dall'inglese a cura di Eva Gilmore

Le riforme per la non autosufficienza nei Paesi Bassi

Barbara Da Roit

RPS

La fondazione dell'attuale sistema di assistenza per la non autosufficienza olandese risale alla fine degli anni '60, momento in cui venne introdotta un'assicurazione sociale obbligatoria per coprire i costi delle «spese mediche straordinarie» (Awbz). Da allora il sistema ha sistematicamente subìto un processo di riforma. L'articolo ricostruisce la logica originale del sistema attraverso l'analisi storica e istituzionale. Successivamente vengono prese in considerazione le tendenze di riforma, ponendo particolare attenzione a come si sia sostanziato il problema del cambiamento e ai soggetti che giocano un ruolo rilevante in tale processo. Tutti questi aspetti sono descritti e rivisti in chiave critica al fine di capire in che direzione si muova e che impatti abbia il cambiamento istituzionale.

1. Introduzione

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

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

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

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

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

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

2. La Awbz come pilastro del sistema olandese della Ltc

Come menzionato prima, la base dell'attuale sistema olandese della Ltc risale agli inizi degli anni '60. Le politiche legate alla Ltc, nei Paesi Bassi, si sono conseguentemente sviluppate attorno all'Awbz, l'assicurazione nazionale per le «spese mediche straordinarie». Vale la pena sottolineare che nel dibattito olandese l'Awbz viene solitamente considerata come parte del sistema «previdenza» (*zorg*), che comprende assistenza (acuta e non-acuta) sanitaria e sociale.
Una breve ricostruzione della nascita e dello sviluppo della Ltc nell'ambito del sistema sanitario aiuterà a comprendere la logica da cui è originato il percorso politico che ha portato alla Ltc e la posta in gioco legata al successivo processo di riforma.

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

Nonostante i diversi progetti governativi, i Paesi Bassi non hanno avuto un completo sistema di assicurazione sanitaria collettiva prima della seconda guerra mondiale: mentre la maggior parte della popolazione operaia versava contributi ad assicurazioni sanitarie volontarie, i poveri venivano assistiti da fondi municipali e chi stava meglio pagava l'assicurazione privata. Nel 1941, le forze di occupazione tedesche introdussero uno schema di assicurazione sanitaria obbligatoria, sul tipo del modello Bismarck, per tutti i lavoratori (ad eccezione dei dipendenti pubblici per cui l'assicurazione rimase volontaria) e per le loro famiglie che fossero al di sotto di una certa soglia di reddito. Allo stesso tempo, le compagnie assicurative continuavano a proporre assicurazioni private a quei cittadini che avessero un reddito superiore al tetto prestabilito (Van der Velden, 1996).
Dopo la guerra, nei Paesi Bassi si accese un dibattito sull'opportunità di trasformare la politica sociale orientandola al modello Beveridge, ma questo non portò ad una trasformazione complessiva dello Stato sociale olandese. Ciò nonostante, quel programma ebbe un certo successo nel sistema pensionistico tramite l'introduzione di un certo numero di così dette «assicurazioni dei cittadini» – che includevano una assicurazione di base forfettaria e assegni familiari – e di uno schema di previdenza sociale nazionale, che si affiancavano alle così dette «assicurazioni della classe operaia» (Van Oorschot, 2006). In ambito sanitario, il sistema dualistico che caratterizzava l'assistenza sanitaria

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

Va inoltre tenuto in considerazione il fatto che il sistema di assicurazione Ltc olandese è tradizionalmente caratterizzato dallo sviluppo congiunto delle politiche sulle case popolari, sanitarie e di assistenza sociale (De Boer, 1999). Il periodo del secondo dopoguerra è stato cruciale per la creazione delle politiche relative all'assistenza e alle case popolari. Come soluzione ad una grave mancanza di alloggi, dovuta alla devastazione causata dalla guerra, furono costruite nuove case per gli anziani – cioè le case di riposo (*verzorginghuizen*) – così da consentire alle giovani famiglie di vivere da sole (Van den Heuvel, 1997). Questo sviluppo derivò dalla combinazione dell'azione del governo nazionale e da quella delle organizzazioni non-profit (*wooningcorporaties*). Al fine di supervisionare adeguatamente le case di riposo, furono create delle regolamentazioni sull'alloggiamento e la cura degli anziani[1]: le strutture residenziali che rispettavano i criteri avevano diritto al finanziamento pubblico. Nel 1960 cominciarono a svilupparsi le strutture residenziali socio-sanitarie (*verpleeghuizen*) dedicate all'assistenza di quelle persone che necessitano di assistenza sanitaria intensiva, con l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione dei malati cronici. A questo punto le assicurazioni – l'elemento chiave del sistema sanitario olandese – si sono rifiutate di coprire le spese relative alla cura dei malati cronici.

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

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

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

Il risultato fu che dal 1968 la Ltc per la residenza intensiva è stata finanziata da un'assicurazione nazionale obbligatoria specifica[2]. Quest'ultima copre non solo i «rischi sanitari eccezionali» degli anziani che necessitano cura e assistenza, ma anche quelli dei malati di mente e dei disabili adulti. Il sistema di assicurazione Ltc olandese si è conseguentemente sviluppato attorno alla Awbz. Fino agli inizi degli anni '70, i servizi coperti dalla Awbz erano principalmente di tipo residenziale. La percentuale di anziani istituzionalizzati è aumentata notevolmente negli anni, tanto che i Paesi Bassi negli anni '70 e '80 avevano il più alto tasso di anziani istituzionalizzati in Europa (Oecd, 1996a; 1996b). La Awbz, però, che era stata originariamente creata per finanziare l'assistenza fornita dalle case di cura, venne progressivamente utilizzata per coprire le spese degli alloggi per gli anziani e dei servizi domiciliari. Dagli anni '80, inoltre, prestazioni come le cure psichiatriche, così come altri servizi, ausili e attrezzature, vennero tolte dal pacchetto assicurativo coperto dalla Legge sull'assicurazione sanitaria (Zfw) e incluse nel pacchetto della Awbz.

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

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

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

2.2 La riforma dell'assistenza sanitaria acuta

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

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

Conseguentemente, la riforma del 2005 eliminò i dualismi del secondo comparto introducendo uno schema unico obbligatorio per tutti i residenti. Il governo decise che i rischi venissero coperti da assicurazioni private, pur mantenendo la natura sociale del sistema assicurativo sanitario. In questo comparto l'assicurato è libero di scegliere la propria assicurazione. Egli paga una somma fissa che copre l'assistenza ordinaria, mentre la quota versata dal datore di lavoro viene calcolata sulla base del reddito del lavoratore. Ogni assicuratore è libero di decidere il valore del premio assicurativo, che deve essere identico per tutti i suoi assicurati, per lo stesso tipo di prestazioni, indipendentemente dall'età o dallo stato di salute dell'assicurato. Le assicurazioni non possono rifiutarsi di assicurare un cliente, indipendentemente dal suo profilo di rischio e sono obbligate ad offrire una assicurazione di base senza benefit extra. L'assunto è che l'assicuratore generi competizione tra i diversi fornitori di servizi di assistenza in modo da ottenere il miglior prezzo[3]. Per quanto riguarda i fornitori, viene modificato il sistema di finanziamento degli ospedali, abbandonando il sistema di bilancio generale e adottando un sistema di rimborsi in base ai Drg (*Diagnosis-related groups*, raggruppamenti omogenei di diagnosi, *n.d.r.*), in modo da favorire la competizione tra ospedali, che precedentemente era molto limitata.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Contenimento diretto e indiretto dei costi

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

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

3.1 De-istituzionalizzazione

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

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

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

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

3.2 Contenimento diretto dei costi

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

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

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

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

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

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

3.3 Limitazioni di accesso

Un modo indiretto di limitare l'accesso ai servizi di assistenza è costituito dall'introduzione dei co-pagamenti da parte degli utenti. Mentre nel settore sanitario e sociale di stampo tradizionale questi erano praticamente inesistenti (De Boer, 1999), negli anni '90 i co-pagamenti da parte dei riceventi cure domiciliari (tariffe per ora di assistenza ricevuta basate sul reddito) si svilupparono rapidamente. Alcuni sostengono che questi co-pagamenti avrebbero limitato l'utilizzo dei servizi di assistenza domiciliare sia tra i più ricchi, che tra le persone con reddito più basso. Nonostante chi percepisce un reddito basso abbia diritto all'assistenza sociale se non può permettersi i singoli pagamenti con le proprie forze, questi utenti tentano più frequentemente di accedere all'assistenza informale (e quindi gratuita) piuttosto che richiedere l'assistenza sociale. Chi percepisce un reddito alto, al contrario, tenta di risolvere i propri problemi rivolgendosi al mercato (Knijn, 2001, p. 172). Secondo il parere di alcuni organi consultivi nazionali, questi sviluppi mettono a repentaglio la natura stessa della Awbz, nata come un'assicurazione collettiva generale (Csed, 1999).
Un modo più diretto di ottenere i medesimi obiettivi sarebbe quello di restringere i criteri stessi di eleggibilità. Uno dei meccanismi con cui ciò è stato fatto è quello della cura «abituale» che ci si aspetta venga solitamente fornita alla persona non autosufficiente dal partner o dai genitori dei figli residenti nella stessa abitazione. Una delle caratteristiche dell'approccio universalistico del sistema della Ltc olandese è il fatto che la valutazione dei bisogni e l'attribuzione delle risorse di assistenza non dipendono dalle risorse (economiche o di cura) del richiedente. Tuttavia, sono stati fatti diversi tentativi di formalizzare e accrescere il numero dei compiti che ci si aspetta svolgano i membri della famiglia residenti nella stessa abitazione della persona non autosufficiente (Lvio, 2003; Ciz, 2005).

3.4 Effetti della strategia di contenimento dei costi

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

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

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

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

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

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

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

4.1 Il «personal budget» (Pgb)

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

Dalla sua introduzione, fu evidente che l'opzione del Pgb fosse più popolare tra i giovani disabili, piuttosto che tra gli anziani non-autosufficienti (Miltenburg e Ramakers, 1998). È stato stimato che nel 2007 gli utenti anziani più giovani rappresentavano circa il 10% delle persone che ricevevano assistenza compensata dalla Awbz e il 5% delle persone che ricevevano assistenza finanziata dalla Awbz[4].

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

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

Tuttavia, recenti sviluppi hanno dimostrato come questa supposizione

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3 Marketizzazione dell'offerta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3 Svuotare la Awbz come strategia di riforma?

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

6. Conclusioni

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

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

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

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

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

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

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

Riferimenti bibliografici

Algera M., Francke A.L., Kerkstra A. e van der Zee J., 2003, *An Evaluation of the New Home-Care Needs Assessment Policy in the Netherlands*, «Health and Social Care in the Community», vol. 11 (3), pp. 232-241.

Arts S.E.J., 2002, *Caring as an Occupation: Content and Quality of Working Life among Home Helps*, Nivel, Utrecht/Universiteit van Maastricht, Maastricht.

Arts W., e Gelissen J., 2002, *Three Worlds of Welfare Capitalism or More? A State-of-the-Art Report*, «Journal of European Social Policy», vol. 12 (2), pp. 137-158.

Cardol M., Marangos A.M. e Rijken M., 2008, *Individuele ondersteuning in de periode 2004 tot en met 2007*, in Marangos A.M., Cardol M. e de Klerk M. (a cura di), *Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking. Een jaar na invoering van de Wmo. Tweede tussenrapportage WMO evaluatie*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja, pp. 21-34.

Cardol M. e Rijken M., 2010, *Individuele ondersteuning in de periode 2004 tot en met 2008*, in Marangos A.M, Cardol M., Dijkgraaf M. e Klerk M. (a cura di), *Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking. Twee jaar na invoering van de Wmo. Vierde tussenrapportage WMO evaluatie*, Sociaal en Cultureel Planbureau/Nivel, L'Aja, pp. 24-35.

Ciz (Centrum Indicatiestelling Zorg), 2005, *Protocol Gebruikelijke Zorg*, Centrum Indicatiestelling Zorg, Driebergen.

Commissie Dekker (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg), 1987, *Bereidheid tot Verandering* (Willingness to Change), L'Aja.

Csed (Commissie Sociaal-Economische Deskundigen), 1999, *Gezondheitzorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, Sociaal-Economische Raad, L'Aja.

Cvz (College van Zorgverzekeringen), 2007, *Pakketadvies 2007*, Publicatie 248, Cvz, Diemen.

Cvz (College van Zorgverzekeringen), 2009, *Pakketadvies 2009*, Publicatie 274, Cvz, Diemen.

De Boer A., 1999, *Housing and Care for Older People: a Macro-Micro Perspective*, Nederlandse Geografische Studies 253, Urban Research Centre, Utrecht.

De Boer A. e de Klerk M., 2006, *Physical Disabilities and Care*, in de Boer A. (a cura di), *Report on the Elderly 2006. Changes in the Lives and Living Situations of the Elderly Persons in the Netherlands*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja, pp. 142-166.

De Klerk M., Gilsing R. e Timmermans J. (a cura di), 2010, *Op weg met de WMO. Evaluatie van de wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja.

Den Draak M., 2010, *Kortdurende thuiszorg in de Awbz. Een verkenning van omvang, profiel en afbakening*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja.

Eggink E., Pommer E. e Woittiez I., 2008, *De ontwikkeling van Awbz-uitgaven. Een analyse van awbz-uitgaven 1985-2005 en een raming van de uitgaven voor verpleging en verzorging 2005-2030*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja.

Eggink E., Oudijk D. e Woittiez I., 2010, *Zorgen voor Zorg Ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot 2030*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja.

Esping-Andersen G., 1999, *Social Foundations of Post-industrial Economies*, Oxford University Press, Oxford.

Eyck A. e Peerenboom P.B., 2006, *Revalidatie in Nederland. De grenzen van Awbz en ZVW*, Etc Tangram, Leusden.

Jacobzone S., Cambois E., Chaplain E. e Robine J.M., 1999, *The Health of Older Persons in OECD Countries: is it Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing?*, Labour Market and Social Policy Occasional Papers n. 37, Oecd, Parigi.

Goodin R.E. e Smitsman A., 2000, *Placing Welfare States: The Netherlands as a Crucial Test Case*, «Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice», vol. 2 (138), pp. 39-64.

Green-Pedersen C., 2001, *Welfare-State Retrenchment in Denmark and the Netherlands, 1982-1998: The Role of Party Competition and Party Consensus*, «Comparative Political Studies», vol. 34 (9), pp. 963-85.

Grootegoed E., Knijn T. e Da Roit B., 2010, *Relatives as Paid Caregivers: How Family Carers Experience Payments for Care*, «Ageing & Society», vol. 30, pp. 467-489.

Helderman J.-K., Schut F.T., Van der Grinten T.E.D. e Van de Ven W.P.M., 2005, *Market Oriented Health Care Reforms and Policy Learning in the Netherlands*, «Journal of Health Politics, Policy and Law», vol. 30 (1/2), pp. 189-209.

Knijn T., 2001, *Care Work: Innovations in the Netherlands*, in Daly M. (a cura di), *Care Work. The Quest for Security*, Ilo, Ginevra, pp. 159-174.

Knijn T. e Da Roit B., 2008, *Working and Caring for an Older Parent in the Netherlands*, Woups Project, Dutch National Report on the qualitative study.

Knijn T. e Verhagen S., 2007, *Contested Professionalism. Payments for Care and the Quality of Home Care*, «Administration & Society», vol. 34 (4), pp. 451-475.

Kraan R.J., Baldock J., Davies B., Evers A., Johansson L., Knapen M., Thorslund M. e Tunissen C., 1991, *Care for the Elderly: Significant Innovations in Three European Countries*, Campus Verlag, Francoforte.

Kremer M., 2006, *Consumers in Charge: the Dutch Personal Budget and its Impact on the Market, Professionals and the Family*, «European Societies», vol. 8 (3), pp. 385-401.

Kuiper D.Th., Bremmer C. e al., 1983, *Van verzorgingsstaat naar verzorgingsmaatschappij*, *Aantekening over de christendemochratische inzet in de jaren '80*, «Extra Editie CdAktueel», ottobre, pp. 32-48.

Kuiper D.Th., Bremmer C. e al., 1987, *Discussienota over de verantwoortelijke samenleving*, Cda, L'Aja.

Lvio (Landelijke Vereniging van Indicatieorganen), 2003, *Werkdocument Gebruikelijke Zorg*, Lvio, L'Aja.

Miltenburg T. e Ramakers C., 1998, *Beleidsgerichte evaluatie persoonsgebonden budget 1996-1997*, Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, Nijmegen.

Oecd, 1996a, *Ageing in OECD Countries*, Oecd, Parigi.

Oecd, 1996b, *Caring for Frail Elderly People. Policies in Evolution*, Oecd, Parigi.

Oecd, 2009, *Society at a Glance 2009. OECD Social Indicators*, Oecd Publishing, Parigi.

Oecd, 2011, *Health data 2011, disponibile al sito internet* http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html.

Pennings P., 2010, *Exploring Variations in the Political Discourse on Public Sector Reforms, 1981- 2005*, «Public Management Review», vol. 12 (2), pp. 173-190.

Plas L., Noordhuizen B. e van Vree F., 2008, *Wet maatschappelijke ondersteuning. Het aflopen van het overgangsrecht: effecten voor cliënten, gemeenten en thuiszorgorganisaties. Eindrapport. Een onderzoek in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, Research voor Beleid, Zoetermeer.

Ramakers C., de Graauw K., Sombekke E., Vierke H., Doesborgh J. e Woldringh C., 2007, *Evaluatie persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2005-2006*, Eindrapport.

Roit B., 2010, *Strategies of Care. Changing Elderly Care in Italy and the Netherlands*, Amsterdam University Press, Amsterdam.

Rvz (Raad voor Volksgezondheid en Zorg), 2003, *Van patiënt tot klant*, Rvz, Zoetermeer.

Rvz (Raad voor Volksgezondheid en Zorg), 2008, *Schaal en Zorg*, Rvz, L'Aja.

Schellingerhout R., 2007, *Hoe groot is de vraag? Operationalisatie van de potentiële vraag naar Awbz-gefinancierde zorg*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja.

Schut F.T., 1995, *Health Care Reform in the Netherlands: Balancing Corporatism, Etatism, and Market Mechanisms*, «Journal of Health Politics, Policy and Law», vol. 20 (3), pp. 615-652.

Schut F.T. e van den Berg B., 2010, *Sustainability of Comprehensive Universal Long-term Care Insurance in the Netherlands*, «Social Policy & Administration», vol. 44 (4), pp. 411-435.

Scp (Sociaal en Cultureel Planbureau), 2002, *De kwaliteit van de quartaire sector. Sociaal en Cultureel Rapport 2002*, Scp, L'Aja.

Ser (Sociaal-Economische Raad), 2000, *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen. Advies uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, Sociaal-Economische Raad, L'Aja.

Ser (Sociaal-Economische Raad), 2008, *Advies Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de Awbz*, Sociaal-Economische Raad, L'Aja.

Stolk E.A. e Rutten F.H., 2005, *The «Health Benefit Basket» in The Netherlands*, «European Journal of Health Economics», vol. 6, pp. S53-S57.

Trappenburg M., 2005, *Fighting Sectional Interests in Health Care*, «Health Care Analysis», vol. 13 (3), pp. 223-237.

Van Campen C., 2009, *Profielen van vragers naar Awbz-GGZ*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja.

Van den Wijngaart M. e Ramakers C., 2004, *Monitor budgethouders pgb nieuwe stijl. Eindrapport Its*, Nijmegen.

Van den Heuvel W., 1997, *Policy Towards the Elderly: Twenty-Five Years of Dutch Experience*, «Journal of Aging Studies», vol. 11 (3), pp. 251-58.

Van der Velden H., 1996, *The Dutch Health Services before Compulsory Health Insurance, 1900-1941*, «Social History of Medicine», vol. 9 (1), pp. 49-68.

Van Ewijk H. e Kelder T., 1999, *Who Cares? An Overview of the Dutch System of Health Care and Welfare*, Netherlands Institute of Care and Welfare (Nizw), Utrecht.

Van Gameren E., 2005, *Regionale verschillen in de wachtlijsten verpleging en verzorging. Een empirisch onderzoek naar verklarende factoren*, Sociaal en Cultureel Planbureau, L'Aja.

Van Oorschot W., 2006, *The Dutch Welfare State: Recent Trends and Challenges in Historical Perspective*, «European Journal of Social Security», vol. 8 (1), pp. 57-76.

Vws (Ministry of Health, Welfare, and Sport), 2007, *Feiten en cijfers persoonsgebonden budget*, disponibile all'indirizzo internet: http://www.minvws.nl/dossiers/persoonsgebonden_budget_pgb/feiten-en-cijfers-pgb/.

Weissert W.G. e Cready C.M., 1989, *A Prospective Budgeting Model for Home and Community-Based Long-Term Care*, «Inquiry», vol. 26, pp. 116-129.

Traduzione dall'inglese a cura di Cinzia Giammarchi

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

Caroline Glendinning

L'articolo descrive i principali cambiamenti avvenuti nel sistema di Ltc inglese nelle ultime due decadi. Dopo una panoramica sulla struttura del sistema dedicato alla non autosufficienza che si è storicamente sviluppato in Inghilterra negli ultimi cinquanta anni, l'articolo descrive i cambiamenti principali avvenuti dopo le riforme dell'assistenza primaria nel 1993 e i nuovi programmi introdotti dopo di esse, i quali si pongono come obiettivo quello di dare maggiore forza alle scelte degli utenti, di riconoscere maggiormente i diritti delle persone disabili e di proporre un nuovo programma di assistenza basato sull'utilizzo di sussidi in denaro. Infine, viene analizzato il ruolo giocato dagli attori sociali e istituzionali nella revisione del sistema.

1. Introduzione

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

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

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

2. Struttura e scopo della Ltc in Inghilterra

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

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

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

Il *National health service* (Nhs) contribuisce alle politiche per la non autosufficienza per circa 3 miliardi tramite il finanziamento e la fornitura diretta di assistenza infermieristica e servizi terapici sia domiciliari che in strutture residenziali. I servizi del Nhs vengono finanziati dal si-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Lo sviluppo dei mercati nell'ambito della Ltc

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In breve, questa fase di riforme di marketizzazione comportò:

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

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

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

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

3.2.1 La campagna a favore dei direct payment

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.2 Individual budget e personal budget

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.3 I Personal budget sanitari

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

3.3 Le implicazioni per gli operatori dell'assistenza sociale

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

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

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

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

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

4. La «modernizzazione» dell'assistenza sociale

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

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

4.1 Migliorare la collaborazione tra servizi

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

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

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

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

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

4.2 Le cure intermedie

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

4.3 La riabilitazione a domicilio

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

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

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

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

4.4 L'efficacia delle iniziative di modernizzazione

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

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

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

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

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

5. Finanziamento ed equità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Conclusioni

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

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

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

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

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

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

Riferimenti bibliografici

Adass/Lga - Association of Directors of Adult Social Services/Local Government Association, 2003, *All Our Tomorrows: Inverting the Triangle of Care*, Association of Directors of Adult Social Services/Local Government Association, Londra.

Audit Commission, 1986, *Making a Reality of Community Care*, Audit Commission, Londra.

Audit Commission, 1997, *The Coming of Age: Improving Care Services for Older People*, Audit Commission, Londra.

Audit Commission, 2000, *The Way to Go Home: Rehabilitation and Remedial Services for Older People*, Audit Commission, Londra.

Audit Commission, 2010, *Financial Management of Personal Budgets*, Audit Commission, Londra.

Cagniano A., Shutes I., Spencer S. e Leeson G., 2009, *Migrant Care Workers in Ageing Societies: Research Findings in the United Kingdom*, Centre on Migration, Policy and Society, Oxford.

«Carers UK», 2007, *Carers save UK £87 billion per year*, disponibile all'indirizzo internet: www.carersuk.org/Newsandcampaigns/News/1190237139.

Churchill N. (a cura di), 2008, *Advancing Opportunity: Older People and Social Care*, Smith Institute, Londra.

Cqc - Care Quality Commission, 2010, *The State of Health Care and Adult Social Care in England. Key Themes and Quality of Services in 2009*, Care Quality Commission, Londra, disponibile al sito internet: www.cqc.org.uk.

Csci - Commission for Social Care Inspection, 2008, *The State of Social Care in England 2006-07*, Commission for Social Care Inspection, Londra.

Csci - Commission for Social Care Inspection, 2009, *The State of Social Care in England 2007-08*, Commission for Social Care Inspection, Londra.

Comas-Herrera A., Wittenberg R. e Pickard L., 2004, *Long-term Care for Older People in the United Kingdom: Structure and Challenges*, in Knapp M., Challis D., Fernández J.-L. e Netten A. (a cura di), *Long-Term Care: Matching Resources and Needs*, Ashgate Aldershot.

Davey V., Fernández J.-L., Knapp M., Vick N., Jolly D., Swift P., Tobin R., Kendall J., Ferrie J., Pearson C., Mercer G. e Priestley M., 2007, *Direct Payments: A National Survey of Policy and Practice*, Lse, Pssru, Londra.

Department of Health and Social Security, 1988, *Community Care: An Agenda for Action*, Hmso, Londra.

Dh - Department of Health, 1998, *Modernising Social Services*, Cm 4169, Department of Health, Londra.

Dh - Department of Health, 2000, *The Nhs Plan. A Plan for Investment. A Plan for Reform*, Department of Health, Londra.

Dh - Department of Health, 2001a, *National Service Framework for Older People*, Department of Health, Londra.

Dh - Department of Health, 2001b, *Valuing People: A New Strategy for Learning Disability for the 21st Century*, Cm 5086, The Stationery Office, Londra.

Dh - Department of Health, 2004, *Dramatic Fall in Delayed Discharges*, comunicato stampa 2004/0196, 17 maggio.

Dh - Department of Health, 2008, *Putting People First: A Shared Vision and Commitment to the Transformation of Adult Social Care*, Department of Health, Londra.

dh - Department of Health, 2011, *Fairer Care Funding. The Report of the Commission on Funding of Care and Support*, Department of Health, Londra.

Dowling B., Glendinning C. Powell M., 2004, *Conceptualising «Successful» Partnerships*, «Health and Social Care in the Community», vol. 12 (4), pp. 309-317.

Drakeford M., 2006, *Ownership, Regulation and the Public Interest; The Case of Residential Care for Older People*, «Critical Social Policy», vol. 26 (4), pp. 932-944.

Duffy S., 2004, *In Control*, «Journal of Integrated Care», vol. 12 (6), pp. 7-13.

Ellis K., 2007, *Direct Payments and Social Work Practice. The Significance of Street-Level Bureaucracy in Determining Eligibility*, «British Journal of Social Work», vol. 37 (3), pp. 405-422.

Fernández J.-L., Kendall J., Davey V. e Knapp M., 2007, *Direct Payments in England: Factors Linked to Variations in Local Provision*, «Journal of Social Policy», vol. 36 (1), pp. 97-121.

Glasby J. e Littlechild R., 2004, *The Health and Social Care Divide: The Experiences of Older People*, seconda edizione, The Policy Press, Bristol.

Glasby J. e Littlechild R., 2006, *An Overview of the Implementation and Development of Direct Payments*, in Leece J. e Bornat J. (a cura di), *Developments in Direct Payments*, The Policy Press, Bristol.

Glendinning C., 2007, *Improving Equity and Sustainability in UK Funding for Long-term Care: Lessons from Germany*, «Social Policy and Society», vol. 6 (3), pp. 411-422.

Glendinning C. e Lloyd B., 1998, *The Continuing Care Guidelines and Primary and Community Health Services*, «Health and Social Care in the Community», vol. 6 (3), pp. 181-188.

Glendinning C. e Means R., 2004, *Rearranging the Deckchairs on the Titanic of Long-term Care – Is Organisational Integration the Answer?*, «Critical Social Policy», vol. 24 (4), pp. 435-457.

Glendinning C., Hudson B. e Means R., 2005, *Under Strain? Exploring the Troubled Relationship Between Health and Social Care*, «Public Money and Management», vol. 25 (4), pp. 245-252.

Glendinning C., Challis D., Fernández J.-L., Jacobs S., Jones K., Knapp M., Manthorpe J., Moran N., Stevens M. e Wilberforce M., 2008, *Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme: Final Report*, Social Policy Research Unit, University of York, York.

Glendinning C., Jones K., Baxter K., Rabiee P., Curtis L., Wilde A., Arksey H. e Forder J., 2010, *Home Care Re-ablement Services: Investigating the Longer-term Impacts (Prospective Longitudinal Study)*, Working Paper n. Dhr 2438, Social Policy Research Unit, University of York, York.

Glendinning C., Moran N., Challis D., Fernández J.-L., Jacobs S., Jones K., Knapp M., Manthorpe J., Netten A., Stevens M. e Wilberforce M., 2011 (di prossima pubblicazione), *Personalisation and Partnership: Competing Objectives in English Adult Social Care? The Individual Budget Pilot Projects and the Nhs*, «Social Policy and Society».

Godfrey M., Keen J., Townsend J., Moore J., Ware P., Hardy B., West R., Weatherly H. e Henderson K., 2005, *An Evaluation of Intermediate Care for Older People. Final Report*, Institute of Health Sciences and Public Health Research, University of Leeds, Leeds.

Grimshaw D., 2002, *Qualitative Research on Firms' Adjustments to the Minimum Wage*, European Work and Employment Research Centre, Manchester.

Grimshaw D. e Carroll M., 2006, *Adjusting to the National Minimum Wage: Constraints and Incentives to Change in Six Low-Paying Sectors*, «Industrial Relations Journal», vol. 37, pp. 22-47.

Hmg - Her Majesty's Government, 2009, *Shaping the Future of Care Together*, Cm 7673, Her Majesty's Government, Londra.

House of Commons Health Committee, 2010, *Social Care. Third Report of Session 2009-10*, volume 1, Hc 22-1, House of Commons, Londra.

Humphries R. e Forder J., 2010, *Options for Funding Long-term Care; The Partnership Model Compared*, «Quality in Ageing and Older Adults», vol. 11 (4), pp. 30-35.

Jrf - Joseph Rowntree Foundation, 2006, *Paying for Long-Term Care*, Joseph Rowntree Foundation, York.

Kasparova D., Marsh A. e Wilkinson D., 2007, *The Take-up Rate of Disability Living Allowance and Attendance Allowance: Feasibility Study*, Research Report 442, Department for Work and Pensions, Londra.

Laing e Buisson, 2005, *Care of Elderly People: UK Market Survey 2005*, Laing & Buisson Publications Ltd., Londra.

Leadbeater C., 2004, *Personalisation Through Participation. A New Script for Public Services*, Demos, Londra.

Leadbeater C., Bartlett C. e Gallagher N., 2008, *Putting People First. Facing the Challenges of Scaling up Personal Budgets*, Demos, Londra.

Lewis J., 2001, *Older People and the Health-Social Care Boundary in the UK: Half a Century of Hidden Policy Conflict*, «Social Policy & Administration», vol. 35 (4), pp. 343-359.

Lewis J. e Glennerster H., 1996, *Implementing the New Community Care*, Open University Press, Buckingham.

Lloyd J., 2010, *Navigating the Long Road to Long-term Care Funding Reform*, «Quality in Ageing and Older Adults», vol. 11 (4), pp. 36-39.

Means R. e Smith R., 1998, *From Poor Law to Community Care: The Development of Welfare Services for Elderly People*, The Policy Press, Bristol.

Means R., Morbey H. Smith R., 2002, *From Community Care to Market Care? The Development of Welfare Services for Older People*, The Policy Press, Bristol.

Means R., Richards S. e Smith R., 2003, *Community Care: Policy and Practice*, terza edizione, Macmillan, Basingstoke.

Moran N., Glendinning C., Stevens M., Manthorpe J., Jacobs S., Wilberforce M., Knapp M., Challis D., Fernández J.-L., Jones K. e Netten A., 2011 (di prossima pubblicazione), *Joining Up Government by Integrating Funding Streams? The Experiences of the Individual Budget Pilot Projects for Older and Disabled People in England*, «International Journal of Public Administration».

Morris J., 2006, *Independent Living; The Role of the Disability Movement in the Development of Government Policy*, in Glendinning C. e Kemp P.A. (a cura di), *Cash and Care: Policy Challenges in the Welfare State*, The Policy Press, Bristol.

Needham C., 2007, *The Reform of Public Services under New Labour: Narratives of Consumerism*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.

Newman J., Glendinning C. e Hughes M., 2008, *Beyond Modernisation? Social Care and the Transformation of Welfare Governance*, «Journal of Social Policy», vol. 37 (4), pp. 531-557.

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

Traduzione dall'inglese a cura di Cinzia Giammarchi

Trasformazioni e lente evoluzioni nei regimi a tradizione assicurativa

Cambiamento istituzionale e graduale trasformazione dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza in Germania

Hildegard Theobald, Sarah Hampel

L'introduzione in Germania, nel 1995, dell'Assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza ha rappresentato un cambiamento radicale delle politiche per l'assistenza di lungo termine relative ai diritti sociali, alle modalità con cui l'assistenza viene finanziata e ai criteri con cui viene erogata. Prima della sua introduzione, l'assistenza di lungo termine veniva considerata una responsabilità dei componenti (soprattutto femminili) della famiglia ed era possibile ricevere un sostegno pubblico solo dopo l'accertamento delle disponibilità finanziarie del richiedente.

Nell'articolo vengono analizzati i principi dell'Assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza e alcune modifiche significative avvenute dalla sua introduzione. L'articolo si basa su un approccio di neo-istituzionalismo e analizza il ruolo dei diversi attori, i loro interessi e i loro punti di vista, oltre che le condizioni istituzionali all'interno delle quali è avvenuto il processo di riforma. Verranno inoltre presi in considerazione gli effetti prodotti dalla riforma. Lo studio rivela processi sia di cambiamento radicale, che di graduale adattamento.

1. Introduzione

Con l'introduzione dell'Assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza (*Long-term care insurance*, Ltci) nel 1995-96, la Germania ha creato a livello centrale un modello di tipo universalistico per la *long-term care*, che consente di intervenire in situazioni di necessità di cura a lungo termine, valido per tutto il paese. La legge è entrata in vigore dopo un lungo dibattito politico, iniziato alla fine degli anni '70, relativo alle criticità poste dalla non autosufficienza e quindi riguardo alla necessità di dover rivedere i modelli di politica sociale per renderli adeguati. Alla fine, il crescente onere fiscale a livello locale ha fornito l'impulso decisivo alla riforma.

La legge sull'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza ha cambiato radicalmente la natura dei diritti sociali legati ai bisogni di

cura a lungo termine, le modalità e i principi con cui l'assistenza viene finanziata e i modi in cui viene erogata. Nonostante la legge abbia attinto dai valori predominanti della società e dalle tradizioni insite nelle politiche sociali, la nuova legge può essere definita come un cambiamento fortemente rilevante rispetto alla normativa pre-esistente sia nella fase di introduzione che, da allora, durante tutto il processo di graduale trasformazione dell'erogazione di assistenza, soprattutto per quanto riguarda questioni legate al suo finanziamento e alla considerazione dei diritti sociali.

La legge è frutto di un compromesso tra le idee e gli interessi politici a vari livelli, le idee degli esperti, come ad esempio le assicurazioni, i partner sociali e altri attori sociali al di fuori del sistema governativo.

Il radicale cambiamento delle politiche legate all'assistenza è scaturito dalla necessità di creare una solida base finanziaria per le cure relative alla non autosufficienza, dall'allargamento del ruolo di copertura dello Stato nell'ambito del welfare e dal bisogno di trovare un compromesso che fosse accettabile da tutti gli attori principali. La legge, inoltre, è stata il punto di partenza di una graduale trasformazione del sistema organizzativo dell'erogazione di cure. Le norme create successivamente alla metà degli anni '90 sviluppano e adattano il quadro del modello organizzativo dell'erogazione di cure, creando ricadute (non) preventivate conseguenti alla riforma.

In questo articolo verranno analizzati entrambi i fenomeni: il cambiamento radicale e la trasformazione graduale. Innanzitutto, tramite esempi sulle modalità di finanziamento e sulla definizione dei diritti sociali, verranno considerati i processi che hanno portato al cambiamento.

Successivamente, verranno esaminate le strategie della riforma relativamente alla ristrutturazione dei processi di erogazione di cura, al fine di analizzare anche i singoli passi fatti durante il processo di cambiamento. L'analisi guarda ai processi di creazione della normativa a partire dagli interessi specifici dei vari singoli attori, dalle loro idee, e si concentra sui processi e sulle interazioni fra i vari attori che hanno portato alla formulazione finale della legge e alle sue seguenti modifiche.

A livello empirico, questa analisi si basa su un processo di revisione della letteratura scientifica esistente, su elementi statistici e sull'analisi della documentazione disponibile.

2. Il finanziamento: combinazione di un sistema di protezione sociale e assistenza di base

Prima dell'introduzione della Ltci, per sopperire ai bisogni di cura relativi alla non autosufficienza il sistema pubblico tedesco appariva fondamentalmente come residuale. Secondo la Normativa federale sull'assistenza sociale (Bshg) del 1961, se l'utente bisognoso di *long-term care* non era in grado di farsi carico dei costi dovuti all'erogazione di cure domiciliari, o in residenze assistite, questi erano coperti dal sistema di welfare basato sulla fiscalità. Inoltre, con la Legge di riforma della sanità del 1989 i costi legati al congedo per assistere i familiari, impegnati in attività di cura verso persone non autosufficienti, potevano essere rimborsati. Con la Riforma del 1991, inoltre, il Sistema assicurativo pubblico per la sanità concedeva ad un gruppo limitato di persone estremamente fragili il diritto a un contributo in denaro o a un servizio in natura. Gli schemi assistenziali relativi al servizio sanitario erano intesi come un primo passo verso un sistema di assistenza pubblica di tipo universalistico e sono stati aboliti dall'introduzione dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza.

Il costo sempre maggiore delle cure residenziali a livello locale, nell'ambito della Legge federale per l'assistenza sociale, nel 1995-96 ha fornito il principale incentivo per creare un nuovo pilastro del sistema assicurativo sociale tedesco (Campell e Morgan, 2005). La creazione dell'assicurazione ha determinato una riduzione dei costi dovuti all'assistenza sociale a livello locale: da 9 miliardi di euro all'anno nel 1994 a 3,5 miliardi di euro all'anno nel 1997 e, all'interno del sistema delle assicurazioni sanitarie, si è stimata una diminuzione di circa 3,3 miliardi di euro, grazie all'abolizione del sostegno per la *long-term care* e alla riduzione dei giorni di degenza (Deutscher Bundestag, 1993; Statistisches Bundesamt, 2010; si veda appendice 1). Nonostante tali riduzioni, a livello di spesa complessiva l'introduzione della Ltci ha prodotto un considerevole aumento dei fondi disponibili, con 15,94 miliardi di euro nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza sociale e 2,1 miliardi di euro nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza privata nel 1997 (si veda appendice 1).

Il sistema di finanziamento emerso dalla legge può essere visto come un compromesso tra gli attori principali. Il processo di policy making che ha portato allo sviluppo della normativa ha visto all'opera diverse ipotesi di finanziamento del fondo che andavano dall'introduzione di

un sistema di protezione sociale a sistemi che rendevano l'assicurazione privata obbligatoria, fino ad un sistema basato sulla tassazione fiscale. In realtà nella prima parte degli anni '90 questa ultima ipotesi è stata presto accantonata: a causa dell'aggravarsi della pressione fiscale che ci si aspettava in seguito alla riunificazione delle due Germanie, sembrava irrealistico puntare su un sistema basato sulla tassazione fiscale. Il Partito liberale, allora al governo, le organizzazioni di datori di lavoro, il settore delle assicurazioni private e inizialmente persino il Land del Baden-Württemberg erano a favore della soluzione che implicava le assicurazioni private, in quanto enfatizzava la responsabilità individuale. Il partito dei cristiano-democratici (la Cdu) – con il ministro Norbert Blüm – e il partito socialdemocratico (Spd) – con l'esperto del sociale Rudolf Dreßler, oltre alla maggioranza dei sindacati, puntavano invece su una soluzione che comportasse l'introduzione di un'assicurazione sociale. I sostenitori del modello basato sull'assicurazione sociale insistevano sulla necessità di operare tramite un principio di parziale redistribuzione tra gruppi sociali differenti, principio tipico del più generale regime di previdenza sociale tedesco (Meyer, 1996; Behning, 1999).

Dato che il Senato federale doveva approvare la nuova legge, durante il processo di creazione della normativa fu istituito un gruppo di lavoro anche con membri del Senato dell'allora principale partito di opposizione (Spd) e con rappresentanti del Ministero degli Affari sociali federale, presieduto da membri della Cdu allora al governo, creando per tale riforma una sorta di «Grande coalizione», con il compito di elaborare una proposta risolutiva condivisa[1]. Alla fine, a causa della pressione crescente da parte della Cdu, il Partito liberale accettò la proposta di un regime di previdenza sociale, a patto che venissero rafforzati la responsabilità individuale e gli orientamenti di mercato (Meyer, 1996; Behning, 1999).

La proposta definitiva fu elaborata dal Governo federale, coadiuvato da esperti delle autorità dell'assistenza sociale e dalle compagnie assicurative del sistema sanitario responsabili degli schemi sociali già esistenti (Meyer, 1996). La legge sull'assicurazione di cura nel caso di non autosufficienza alla fine si configura, quindi, come un pilastro aggiuntivo e simile a quello tipico del resto del sistema di welfare bi-

[1] Durante questo periodo di tempo il governo conservatore-liberale non controllava la maggioranza di voti al Senato Federale e dovette accordarsi con il Partito socialdemocratico per creare il nuovo schema politico.

smarckiano, distinguendosene, però, per l'enfasi rispetto alla responsabilità individuale dell'assicurato e al rafforzamento delle misure di contenimento dei costi. Infatti:

- in Germania i contributi versati per la previdenza sociale sono tradizionalmente divisi equamente tra datore di lavoro e lavoratore. Nel caso dell'assicurazione di cura le organizzazioni di datori di lavoro chiesero e ottennero di essere compensate della parte contributiva loro spettante tramite l'abolizione di un giorno festivo, il che significava un decisivo allontanamento dal sistema di previdenza sociale (Landenberger, 1994). L'abolizione di un giorno festivo venne accettata come compromesso dopo un anno di negoziazioni tra i sindacati e il Partito socialdemocratico da un lato e il governo federale e le organizzazioni di datori di lavoro dall'altro. Inizialmente le organizzazioni di datori di lavoro avevano proposto l'introduzione di giorni di differimento nell'assicurazione sanitaria, proposta che incontrò forte resistenza (Meyer, 1996);
- all'inizio delle contrattazioni per la creazione della normativa un largo numero di attori era a favore di un regime di previdenza sociale che coprisse larga parte della popolazione, al fine di rafforzare la ridistribuzione. Alla fine, però, si crearono due sistemi – un sistema assicurativo obbligatorio sulla non autosufficienza sociale pubblico ed uno privato – che corrispondevano a quanto avveniva già nell'ambito del sistema sanitario[2];
- in contrasto con il sistema sanitario, che può variare, il tasso contributivo alle assicurazioni venne fissato per legge (1,7% del reddito lordo fino ad una certa soglia) e ritenuto valido per tutte le assicurazioni obbligatorie sulla non autosufficienza. Gli introiti corrispondenti vennero definiti come tetto di spesa massimo per il sistema di assicurazione di cura e conseguentemente l'assistenza pubblica disponibile venne definita non in base agli effettivi bisogni di cura dei cittadini, ma in base agli introiti delle assicurazioni. Questa definizione è strettamente correlata all'obiettivo di contenimento dei costi del sistema assicurativo, ma riflette anche l'atteggiamento maggiormente critico verso le spese dello Stato nel campo del welfare, atteggiamento che in generale era predominante all'interno dei dibattiti agli inizi degli anni '90.

[2] Si veda più avanti la parte relativa ai nuovi argomenti di dibattito sui finanziamenti.

Dalla metà degli anni 2000, i deficit creatisi all'interno del sistema di protezione sociale e le previsioni sull'impatto che avrebbe avuto il cambio demografico, così come la necessità di adeguare le prestazioni legate alla somma di denaro forfettaria, in quanto i costi dei servizi erano aumentati, diedero il via ad un intenso dibattito sulla necessità di creare un sistema di finanziamento sostenibile nel lungo periodo. Durante questa discussione, ancora in corso, sono state presentate molte ipotesi di riforma contrastanti e alcune di tali ipotesi comporterebbero un significativo allontanamento dai principi attuali.

La separazione tra Ltci pubbliche e private è stata delineata nella normativa di metà anni '90 in maniera precisa: le assicurazioni private coprono principalmente la popolazione con alto reddito (il 10% della popolazione) e l'assicurazione pubblica riguarda il restante 90% della popolazione. A causa della correlazione tra posizione sociale, salute e rischi a lungo termine, questa distinzione ha determinato una dinamica ben differente nei bilanci dei due tipi di assicurazioni (Theobald, 2004; Borchert e Rothgang, 2008). Mentre le assicurazioni private generano un surplus consistente, le assicurazioni pubbliche sono state a rischio di deficit ripetuti (si veda appendice 1). Dal 2004 il dibattito scaturito da tali differenti condizioni finanziarie in cui versavano le assicurazioni sociali pubbliche e private ha portato ad una proposta da parte dei Socialdemocratici, dei Verdi, degli altri partiti di sinistra, dei sindacati e delle associazioni non-profit di introdurre una assicurazione di cura «di cittadinanza» («*Bürgerversicherung*») tramite cui l'intera popolazione verrebbe assicurata all'interno del contesto di un sistema di previdenza sociale e in cui altri tipi di reddito, come ad esempio affitti o rendimenti su azioni, verrebbero considerati in aggiunta ai contributi assicurativi sullo stipendio. La «*Bürgerversicherung*» dovrebbe servire a bilanciare le diverse situazioni economiche delle assicurazioni legate alla Ltc, e permettere la riduzione dei contributi assicurativi, consentendo inoltre, di creare uno spazio di manovra per il potenziamento dell'assistenza fornita ai malati di demenza (per avere una panoramica del dibattito si veda Lüngen e Büscher, 2007). Al contrario, la Cdu, il Partito liberale, così come le organizzazioni dei datori di lavoro, in questi anni sono stati a favore di un modello di finanziamento basato sulla capitalizzazione, o almeno appaiono più propensi all'introduzione di una componente aggiuntiva di finanziamento in base al principio di capitalizzazione all'interno dell'assetto delle assicurazioni sociali pubbliche, oltre a essere assolutamente contrari all'ipotesi di una *Bürgerversicherung*.

Dal 2005 si sono succedute una Grande coalizione a livello federale, oppure, dal 2010, una divisione di poteri tra il Governo federale Conservatore-liberale e il Senato federale che ha impedito il raggiungimento di un accordo. Al fine di migliorare la situazione economica e consentire un aumento delle prestazioni, la Grande coalizione (2005-2009) aveva già accettato l'aumento del tasso contributivo all'1,95% dello stipendio lordo – un aumento avvenuto per la prima volta dall'introduzione del contributo. Precedentemente, nel 2005, in base ad una sentenza della Corte costituzionale federale, il contributo assicurativo era stato aumentato dello 0,25% per coloro che non avevano figli. Si presuppone che tramite l'aumento universale del tasso contributivo sarà possibile istituire una solida base finanziaria nonostante l'aumento delle prestazioni (2008, 2010, 2012) fino al 2014-15 (Mdk Bayern, 2008; si veda l'appendice 2).

3. Definizione dei diritti sociali: universalismo e contenimento dei costi

L'apporto di assistenza pubblica di tipo universalistico, al fine di evitare di dover effettuare l'accertamento delle disponibilità finanziarie e il relativo rischio di impoverimento delle classi medie in una situazione di non autosufficienza, può essere interpretata come il secondo obiettivo più significativo rispetto all'introduzione dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza. Durante il processo di creazione della normativa, però, i diritti sociali universali furono sempre più oggetto di discussione nell'ambito delle questioni legate alle criticità per il finanziamento e alle preoccupazioni per quanto riguarda il contenimento dei costi (Meyer, 1996; Behning, 1999).

Alla fine, la salvaguardia dei diritti sociali si sforza di combinare sia l'universalismo, che le politiche di contenimento dei costi. Dovrebbe essere possibile raggiungere entrambi gli obiettivi prima di tutto tramite la definizione del livello di assistenza – che lascia molto alla responsabilità privata – secondariamente, tramite la definizione delle tipologie di prestazioni, in modo particolare quelle in contanti e infine tramite la definizione di determinate soglie di bisogno di cure. I tre diversi elementi da definire furono intensamente discussi durante il processo di creazione della normativa e restano validi ancora oggi. L'unico cambiamento apportato dagli effetti scatenati dalla definizione della soglia – in modo particolare l'assistenza limitata per quanto riguarda le malattie legate alla demenza – fu quello di provocare una modifica sul piano politico.

3.1 Il valore delle prestazioni

All'inizio del dibattito la maggior parte degli attori politici e sociali coinvolti sostenne che il valore di finanziamento per la cura a lungo termine doveva essere paragonabile al valore di finanziamento complessivo per l'assistenza sanitaria. Purtroppo però, in base ad alcune «ricerche», i costi molto alti di un sistema con tali caratteristiche nei Paesi Bassi e i costi di spesa pubblica molto alti del Sistema assicurativo sanitario pubblico in Germania furono considerati come indicatori degli ostacoli di tipo finanziario che avrebbe comportato un sistema di assistenza sociale a copertura più ampia (si veda Meyer, 1996; Behning, 1999).

Nella fase conclusiva delle trattative tra la Cdu, il Partito liberale e il Spd si arrivò all'accordo che l'assicurazione dovesse erogare solo un finanziamento di base, cioè una determinata prestazione monetaria forfetaria che non coprisse tutte le esigenze di cura rigorosamente definite dalla gravità della non autosufficienza e dal tipo di assistenza necessaria. Le associazioni non-profit, che si consideravano i difensori dei beneficiari e che erano responsabili per l'erogazione della maggior parte dei servizi di assistenza, alla fine accettarono il principio di un finanziamento di base, ma rivendicarono con successo (anche contro i Comuni in veste di finanziatori) la possibilità di ottenere la disponibilità di ulteriori prestazioni di assistenza sociale, che coprissero appieno le esigenze di cura dei beneficiari con reddito basso, a seguito di accertamento delle disponibilità finanziarie (Meyer, 1996).

Dall'introduzione dell'assicurazione, il dibattito pubblico sui principi del solo finanziamento di base si è fermato. In indagini rappresentative della situazione svolte in Germania e in Europa, gli intervistati hanno risposto che apprezzano il sostegno finanziario pubblico in una situazione di necessità di cure per la non autosufficienza e in parte (45%) sono a favore di un sistema che copra tutte le spese (Runde, Giese e Stierle, 2003; Alber e Köhler, 2004). Con la riforma del 2008 il valore delle prestazioni è stato aumentato per la prima volta dall'introduzione dell'assicurazione. Prima, il non-adeguamento delle prestazioni con il crescente costo dei servizi aveva portato ad una riduzione del potere di acquisto del 18,8% secondo l'Indice dei prezzi al consumatore e a un aumento del numero di beneficiari aventi diritto a prestazioni di assistenza sociale (Schneider e Reyes, 2007).

3.2 Tipologie di prestazioni

La definizione delle tipologie di prestazioni è funzionale sia alle politiche di contenimento dei costi, sia all'idea che la famiglia e chi eroga assistenza formale possano interagire. Durante lo sviluppo della normativa, l'erogazione di soli servizi, paragonabile a quanto avviene nel sistema assicurativo sanitario, fu rifiutata da quasi tutti gli attori. I costi relativi ad un modello basato sulla sola erogazione di servizi in natura furono considerati come non sostenibili. In particolare, le assicurazioni sanitarie e i sindacati optarono per un sistema che fosse maggiormente orientato verso i servizi (Meyer, 1996; Behning, 1999). Le organizzazioni della società civile, come ad esempio le associazioni di pensionati o di disabili, le associazioni che operano nel sociale e i sostenitori del libero mercato sostennero l'introduzione di sistemi basati sui trasferimenti monetari al fine di accrescere il livello di autonomia dei beneficiari. La maggior parte degli attori politici – inclusi i membri della Cdu e del Spd – era, invece, a favore di un sistema misto, che includesse sia la possibilità di trasferimenti monetari, come riconoscimento dell'erogazione informale di cure, che quella di servizi di assistenza. Alla fine del processo di discussione e di contrattazione, il modello di assistenza fu definito come una combinazione di cure informali erogate dalla famiglia e cure erogate da professionisti presso il domicilio o in strutture residenziali. Fu, pertanto, introdotto un sistema misto di prestazioni pubbliche, da un lato, con una prestazione in denaro di importo più contenuto dell'equivalente in servizi, per riconoscere il ruolo dell'erogazione di cure da parte della famiglia, ma che evitasse la «economizzazione delle cure erogate dalla famiglia», dall'altro, servizi di assistenza con un valore economico più consistente dei trasferimenti in denaro per coprire il costo maggiore dei servizi domiciliari o erogati dalle strutture residenziali. Il valore più alto delle prestazioni relative ai servizi erogati da strutture residenziali era stato pensato come modalità per ridurre la dipendenza dei beneficiari da ulteriori sussidi di assistenza sociale (Meyer, 1996) (sugli effetti sull'erogazione di cure, si veda il par. 4.1).

Il sistema misto di prestazioni resta tuttora valido. Sulla base di un progetto pilota (2005-2008), in sette Regioni è stato temporaneamente introdotto un nuovo tipo di beneficio, il personal budget (Pb), in parte modellato sul sistema olandese (Arntz e Spermann, 2004; Arntz, Michaelis, e Spermann, 2006; www.pflegebudget.de). All'interno di tale nuovo modello, l'ammontare delle risorse per servizi domiciliari,

che viene attualmente pagato agli erogatori di tali servizi, viene, invece, direttamente trasferita all'utente, che può usarlo anche per l'acquisto di assistenza e servizi di cura. Tramite il personal budget, a fronte di un uguale livello di assistenza, dovrebbe essere possibile ottenere un'offerta di servizi di cura maggiormente flessibile, maggiormente orientata agli utenti e più globale. Ad eccezione di alcuni fornitori di servizi di cura professionali, questo tipo di aiuto è stato accolto favorevolmente dalla maggior parte degli attori sociali. Al progetto pilota hanno partecipato circa 900 beneficiari dell'assicurazione di cura. Le valutazioni relative al progetto pilota hanno fatto riscontrare un aumento delle ore di cura erogate, cosa che migliora la difficile situazione assistenziale dei beneficiari che non hanno una rete familiare o sociale stabile. Il miglioramento deriva principalmente da un aumento dell'aiuto erogato da vicini di casa e da servizi a pagamento privati (Blinkert e Klie, 2006b).

3.3 Definizione della soglia minima

A causa della necessità di contenere i costi, per avere accesso ai benefici dell'assicurazione di cura viene richiesto un alto livello di non autosufficienza, definito in base alla quantità di aiuti di cui l'utente necessita. Perché si possa attivare l'assicurazione viene richiesto che l'utente necessiti di almeno 45 minuti di aiuto, per necessità che riguardino l'igiene personale, il mangiare e la mobilità. Inoltre si tende ad aiutare le persone che abbiano impedimenti di tipo motorio, trascurando quelle con difficoltà di tipo psicologico o cognitivo, specialmente le patologie legate alla demenza. Nonostante vi sia stato un grande aumento del numero di beneficiari, la proporzione di anziani (+65) che ricevono assistenza è relativamente bassa, l'11,5% nel 2009 (Statistisches Bundesamt, 2011).

Nonostante gran parte degli attori – in particolare l'Alzheimer Society, le associazioni che operano nel sociale, gli esperti in ambito accademico e i politici – sia d'accordo sulla necessità di incrementare l'assistenza fornita a chi è affetto da patologie legate alla demenza, le questioni relative ai costi fino ad oggi hanno permesso di migliorare la copertura per tali necessità solo in misura limitata e incrementale.

Si possono distinguere, rispetto a tale aspetto, tre fasi:

1. Nel 2002 è stato redatto l'Atto di integrazione sulle cure socio-sanitarie che stabilisce una prestazione monetaria forfetaria aggiuntiva, da destinare a coloro che soffrono di disturbi legati alla

demenza, al fine di fornire loro un'assistenza più completa e alleviare il pesante fardello della cura offerta dai carer informali. Per legge i beneficiari che soffrono di demenza ricevono fino ad un massimo di 460 euro all'anno, destinati ad alleggerire il peso di chi si prende cura di loro. La cifra può essere destinata all'acquisto di servizi di cura diurni o a breve termine, oppure ad esempio per cure di gruppo, offerte da operatori professionisti e volontari (si veda più avanti il par. 4.3). Mentre la riforma è stata accolta favorevolmente dagli attori sociali, l'importo della cifra è stato criticato, in quanto giudicato troppo basso e non sufficiente a ridurre l'onere di cura dei carer informali o a migliorare la situazione assistenziale (Theobald, 2004). Nel 2006, solo il 17,5% dei possibili beneficiari dell'assicurazione ne hanno fatto richiesta, in parte a causa degli importi bassi e delle procedure burocratiche (Sauer e Wißmann, 2007).

2. Il fatto che la situazione dei beneficiari rimanesse comunque svantaggiata nei confronti dei richiedenti affetti da impedimento cognitivo – soprattutto quelli che soffrivano di patologie legate alla demenza – e la scarsa richiesta di prestazioni, hanno creato le premesse per un cambiamento ulteriore della normativa. Con la riforma del 2008 la prestazione fu aumentata fino a 200 euro al mese per chi soffriva di demenza, cambiando inoltre i criteri di eleggibilità per la misura. Con tale riforma, anche quei richiedenti che non avevano i requisiti necessari per essere inclusi nel primo livello di non autosufficienza, ma che soddisfacevano i criteri definiti nell'Atto di integrazione sulle cure socio-sanitarie, hanno iniziato a ricevere questa somma di denaro forfetaria (Mdk Bayern, 2008).
3. L'estensione della definizione di non autosufficienza nell'ambito del sistema normativo dell'Atto di integrazione sulle cure socio-sanitarie nel 2002 (riformato nel 2008) è stata accolta in maniera favorevole dalla maggior parte degli attori, ma è stata vista solo come un primo passo. Ad oggi è in corso un processo di riforma che mira a stabilire una nuova definizione di non autosufficienza nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza, che contenga anche disabilità di tipo cognitivo e mentale. Un gruppo di esperti ha già raccomandato una nuova definizione di non autosufficienza e di corrispettivi strumenti per la valutazione, basati sugli standard stabiliti dalle scienze infermieristiche o dalla gerontologia (Wingenfeld, Büscher e Gansweid, 2008a; 2008b).

Mentre gli attori politici e sociali sono generalmente concordi riguardo alle idee e alla modalità di creazione alla base del nuovo strumento di aiuto, il fatto che ora ci si aspetti un maggiore numero di beneficiari sta accendendo la discussione attorno alla questione del finanziamento (Rothgang e al., 2008). Ad oggi non ci sono previsioni sul se, quando o come avverrà la riforma.

4. Offerta di cure: interazione tra famiglia, Stato, mercato e associazioni non-profit

Un terzo obiettivo significativo dell'assicurazione era quello di promuovere la cura domiciliare rispetto ai servizi offerti da strutture residenziali, attraverso l'integrazione dell'erogazione di cure formali e informali. La normativa si poneva l'obiettivo di rafforzare il ruolo della famiglia nell'erogare cure, procedendo con una riorganizzazione più efficiente delle cure formali. In questo contesto, la legge per l'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza ha fornito lo spunto per la riorganizzazione della collaborazione tra diversi settori della società – lo Stato, la famiglia, il mercato, le associazioni non-profit – nell'ambito dell'erogazione di cure. Lo Stato si è assunto il ruolo di regolatore, definendo sia le modalità con cui i diversi ambiti della società debbono interagire, che le tipologie di lavoro assistenziale e i livelli di qualifica dei carer. Nei primi anni di entrata a regime del sistema di assicurazione sono stati definiti solo i principi di base di funzionamento. Le norme e le leggi successive hanno elaborato maggiormente tali principi di fondo e hanno cercato di adattarli alle mutate esigenze.

4.1 Enfasi sull'erogazione di cure informali da parte della famiglia

La Ltci fa leva su valori tradizionali predominanti riguardo al significato di cura da parte della famiglia che va mantenuta tramite la disponibilità di prestazioni monetarie e servizi di cura che assicurino un'alta qualità delle cure (Meyer, 1996; Behning, 1999). Si è quindi instaurato un corrispettivo sistema misto di prestazioni pubbliche, legato anche al concetto di libertà di scelta per i beneficiari (si veda il par. 3.2). L'enfasi posta sul ruolo della famiglia nell'erogare cure, il sostegno offerto ai carer informali e il controllo di qualità ancora oggi corrispondono alle aspettative della maggioranza della popolazione (Runde, Giese e Stierle, 2003; Alber e Köhler, 2004).

Nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza è emersa una strategia largamente orientata verso la famiglia, cosa che è confermata dalle percentuali di scelta tra i beneficiari fra servizi di cura domiciliari, pagamenti di prestazioni monetarie e servizi in strutture residenziali. La maggior parte dei beneficiari riceve cure a casa principalmente all'interno del contesto familiare, anche grazie al sostegno assicurato dai trasferimenti monetari. Nonostante la predominanza di prestazioni in denaro, l'uso di servizi domiciliari e di strutture residenziali è aumentato dall'introduzione dell'assicurazione ad oggi. Contrariamente all'obiettivo primario che si era prefissata la Ltci, la proporzione di beneficiari che utilizzano servizi offerti da strutture residenziali è aumentata da 554.000 (il 27,7% dei beneficiari) nel 1999 a 717.490 (il 30,7% dei beneficiari) nel 2009 (Statistisches Bundesamt, 2001; 2011).

La strategia largamente orientata alla famiglia è dovuta alle notevoli differenze dei sistemi organizzativi di cura a seconda del genere, della classe socio-economica, della situazione abitativa, della disponibilità di una rete sociale o familiare di supporto e a seconda che si faccia parte di certi gruppi di immigrati. L'uso di prestazioni in denaro o di servizi professionali può essere considerato come uno degli indicatori di modalità inique di erogazione di cure. Generalmente i servizi di assistenza sono usati più frequentemente da beneficiari che vivono da soli e che hanno un sostegno sociale o familiare precario, o da anziani di estrazione socio-economica più alta e solitamente sono persone di nazionalità tedesca (Blinkert e Klie, 1999; Klie e Blinkert, 2002; Heusinger e Klünder, 2005; Baykara-Krumme e Hoff, 2006; Okken, Spallek, e Razum, 2008).

Il fatto che il sussidio sotto forma di prestazione monetaria forfetaria non copra i costi dell'erogazione di servizi e il fatto che i prezzi non siano stabiliti sulla base del reddito dei beneficiari, rendono l'accesso ai servizi particolarmente difficoltoso per quei beneficiari con reddito basso. Questo disincentivo è addirittura rafforzato dall'idea che la cura per problemi di non autosufficienza dovrebbe essere erogata a costo zero per le famiglie a basso reddito. I beneficiari con una rete familiare o sociale solida, in caso di necessità si rivolgono a queste reti informali (Blinkert e Klie, 1999; Heusinger e Klünder, 2005). Inoltre, studi recenti hanno dimostrato l'impatto che le reti familiare e sociale hanno sull'assistenza, rivelando che il livello di erogazione di cure dipende maggiormente dalla disponibilità della rete familiare e sociale, piuttosto che dal livello effettivo di bisogno di cura (Blinkert e Klie, 2008).

Gli effetti della strategia che mette la famiglia al centro dell'erogazione di cure ha determinato l'attuazione di manovre volte ad alleggerire l'impegno dei carer familiari, specialmente per quanto riguarda patologie legate alla demenza, ad accrescere il tempo disponibile da dedicare all'assistenza, tramite l'utilizzo di personal budget e a facilitare l'accesso ai servizi con l'introduzione di un diritto alla presa in carico professionale (si vedano i paragrafi 3.2; 3.3 e 4.2; Mdk Bayern, 2008; Blinkert e Klie, 2006a; 2006b). Per contro, non ci sono indicazioni che suggeriscano un aumento del valore delle prestazioni relativamente al loro adattamento al reddito o alla situazione sociale, per consentire l'accesso ad una erogazione di servizi più completa.
Le diverse politiche del mercato del lavoro, inoltre, impattano sulle politiche che regolano l'erogazione di cura informale. Contemporaneamente all'assicurazione è stato introdotto il riconoscimento dei contributi pensionistici al prestatore di cure, accumulabili nel caso in cui la persona offra cure informali per almeno 14 ore a settimana (e fino ad un massimo equivalente ad un lavoro di 30 ore settimanali), al fine di incentivare soprattutto le donne meno qualificate ad assumersi la responsabilità di prendersi cura del familiare che lo necessita (Schneider e Reyes, 2007). Le nuove strategie politiche enfatizzano la partecipazione del mercato del lavoro femminile e promuovono la combinazione dell'attività di assistenza in ambito familiare con il lavoro. Con la riforma del 2008 furono creati due sistemi di congedo per assistere i familiari al fine di migliorare la combinazione tra attività di assistenza informale e impiego. Un sistema consente di richiedere un congedo non pagato di dieci giorni per permettere di organizzare o di modificare l'organizzazione della cura. Il secondo sistema consente a chi si prende cura del malato di usufruire di un periodo non retribuito di aspettativa dal lavoro o di lavorare part-time fino ad un massimo di sei mesi. Inoltre, possono essere concessi servizi di assistenza diurni o notturni, se questi consentono la partecipazione al mercato del lavoro (Mdk Bayern, 2008).

4.2 Offerta di cure formali: mercato, efficienza dei costi e garanzia di qualità

Prima dell'introduzione dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza le organizzazioni non-profit private fornivano cure in stretta cooperazione con le municipalità, spesso sovvenzionate da diversi tipi di sussidi statali (si veda Burau, Theobald e Blank, 2007). Partendo dall'idea della superiorità del mercato e del diritto di scelta

dell'utente, con l'introduzione dell'assicurazione di cura gli erogatori di servizi non-profit hanno iniziato a perdere la posizione privilegiata che avevano avuto per lungo tempo e a oggi entrambe le categorie di fornitori di servizi, organizzazioni non-profit e aziende a scopo di lucro, sono tenuti ad offrire cure a parità di condizioni. La legge prevede il diritto da parte delle assicurazioni a negoziare un contratto sui servizi di cura erogati e sui prezzi con ogni singolo fornitore, ma allo stesso tempo li obbliga ad accettare tutti i fornitori che soddisfano le condizioni prestabilite – livello di qualificazione degli addetti alle cure ed erogazione di cure di alta qualità ad un costo compatibile – senza alcuna considerazione per la situazione del mercato, rispetto ai fornitori di servizi già stabilizzati sul mercato e alla loro offerta di assistenza prevista. La normativa puntava a consentire il controllo sull'erogazione di cure efficienti da parte delle assicurazioni e a mettere in competizione i fornitori di servizi, in modo da garantire prezzi più convenienti nell'erogazione di cura quotidiana, oltre che consentire una maggiore possibilità di scelta all'utente tra le varie strutture assistenziali (Landenberger, 1994; Meyer, 1996; Schmidt, 2002). Le associazioni che operano nel sociale, come anche quelle di assistenza domiciliare, erano scettiche verso l'assunto di base che un aumento della concorrenza avrebbe portato ad un miglioramento della qualità dell'assistenza, senza un incremento dei costi[3]. Al fine di evitare la competizione in termini di prezzi tra aziende e organizzazioni non-profit, le associazioni che operano nel sociale chiesero e ottennero che il rispetto di un alto standard qualitativo fosse considerato un ulteriore obiettivo dell'erogazione di cure (Meyer, 1996). Mentre i principi di mercato erano già chiaramente definiti dall'introduzione dell'assicurazione, la questione qualitativa dei servizi offerti è stata rielaborata

[3] Erano cinque le grandi associazioni che operavano nel welfare – Associazione federale di welfare dei lavoratori (*Arbeiterwohlfahrt*), Caritas tedesca (*Deutscher Caritasverband*, collegata alla Chiesa Cattolica), Diaconi della Chiesa Protestante in Germania (*Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland*), Croce rossa tedesca (*Deutsches Rotes Kreuz*) e il *Paritätischer Wohlfahrtsverband* (associazione dei movimenti sociali) – e che tradizionalmente organizzavano e fornivano assistenza in stretta collaborazione con lo Stato, principalmente a livello locale. Questa stretta collaborazione con l'introduzione della Ltci e l'apertura di un mercato di servizi di assistenza è cambiata radicalmente. In qualità di attori significativi queste associazioni furono molto coinvolte soprattutto nelle discussioni sociopolitiche concernenti la creazione dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza (Sachße, 2011; Meyer, 1996).

in maggiore dettaglio. Nel 2002 è entrata in vigore la legge su Garanzia di qualità degli interventi e tutela del consumatore, che prescrive gli sforzi da sostenere per assicurare standard alti nell'ambito della garanzia di qualità (riformata nel 2008). I fornitori di servizi sono costretti a mettere in atto delle misure di controllo di qualità permanenti e ad adeguarsi agli standard di qualità stabiliti a livello nazionale. Inoltre, gli stessi erogatori sono sottoposti a controlli di qualità esterni da parte del Servizio medico delle assicurazioni sanitarie pubbliche obbligatorie. La riforma del 2008 ha rafforzato l'enfasi sulla necessità di trasparenza dei risultati dei controlli di qualità ed ha istituito la possibilità che vengano effettuati dei controlli a campione – almeno una volta all'anno a partire dal 2010. Quello che viene riscontrato da questi controlli esterni deve essere pubblicato in maniera comprensibile agli utenti. Mentre in linea di principio le strutture, o le associazioni che forniscono servizi, hanno accolto favorevolmente le misure volte a controllare la qualità dei servizi offerti e specialmente l'enfasi posta sulla gestione dell'aspetto qualità, hanno però criticato il fatto che questo cambiamento abbia comportato un incremento della documentazione e delle pratiche burocratiche necessarie a svolgere il lavoro di assistenza.

L'apertura di un mercato dell'assistenza in cui organizzazioni nonprofit e aziende a scopo di lucro sono tenute ad offrire cure a parità di condizioni e la richiesta da parte degli utenti di poter scegliere liberamente tra i servizi di assistenza, sono state considerate le motivazioni alla base della espansione del numero delle infrastrutture dedicate alla cura, mentre un ruolo secondario è stato riservato alla pianificazione sociale finalizzata a garantire una adeguata qualità delle infrastrutture stesse (Landenberger, 1994). In contrasto con l'introduzione di un mercato dell'assistenza, la mancanza di programmazione da parte delle autorità statali del numero degli erogatori di servizi ha alimentato un intenso dibattito tra gli attori coinvolti (si veda Meyer, 1996). La Cdu e in modo particolare il Spd erano a favore del fatto che la pianificazione dovesse avere un ruolo più incisivo, ma il Partito liberale è riuscito a far prevalere un orientamento generale volto a creare le condizioni per una effettiva competizione fra i fornitori. Nell'ultimo giro di negoziati tra il Governo federale e il Senato federale, si riconfermarono i ruoli delle richieste da parte degli utenti, del principio di libera scelta e della competizione come elementi principali alla base dell'espansione dei servizi. Comunque, l'obbligo da parte delle Regioni di assicurare un'infrastruttura per l'assistenza che fosse adeguata e il

relativo diritto di sovvenzionare gli investimenti di aziende e associazioni non-profit che operano nell'ambito dell'assistenza a parità di condizioni, ha creato uno spazio in cui si è potuta considerare anche la programmazione (Burau, Theobald, e Blank, 2007). L'opportunità di sovvenzionare le infrastrutture adibite alla cura è stata usata principalmente per il finanziamento di strutture per l'assistenza residenziali o semi-residenziali (Theobald, 2004).

Dall'introduzione della Ltci il numero di aziende private erogatrici di cure domiciliari e residenziali è aumentato costantemente. Nel 2009, il 61,5% dei fornitori di servizi domiciliari erano aziende private. Con una media di 35 utenti, contro i 64 delle organizzazioni non-profit, le aziende private a scopo di lucro hanno in genere meno utenti. Vi sono evidenti differenze regionali nella diffusione relativa di tali forme organizzative, in quanto le aziende private vengono preferite in prevalenza nelle grandi città e nelle regioni della Germania orientale. Nell'ambito dell'assistenza in strutture residenziali il 39,9% dei fornitori di cure sono aziende private a scopo di lucro e il 54,8% sono organizzazioni non-profit, e anche in questo caso si registrano forti differenze regionali nella diffusione relativa dei due tipi di organizzazioni (Statistisches Bundesamt, 2011).

Nonostante il principio di marketizzazione non venga messo in discussione, gli vengono però mosse delle critiche riguardo al fatto che la popolazione anziana fragile trovi difficoltà ad agire come consumatore e rispetto all'impatto che esso ha sulla qualità del lavoro degli operatori professionali (si veda il par. 4.3). Una delle ragioni indicate come causa delle problematiche che gli utenti incontrano ad organizzare pacchetti di assistenza integrati è la complessità di interazione con la vasta gamma di fornitori di servizi. La riforma del 2008 ha richiesto lo sviluppo di punti unici di accesso alla cura – i cosiddetti «*Pflegestützpunkte*», creati in cooperazione fra attori e fornitori diversi di servizi. A questo, nel 2009 è seguita l'introduzione del diritto alla presa in carico professionale, a titolo gratuito per tutti i (potenziali) beneficiari della Ltci (Mdk Bayern, 2008).

4.3 I carer: attività di assistenza, livelli di qualificazione e situazione lavorativa

La ristrutturazione dell'assistenza agli anziani – modalità di finanziamento e offerta, così come la definizione dei diritti sociali – ha determinato un effetto di dequalificazione e riqualificazione dell'attività di assistenza, un'espansione del mercato del lavoro e un deterioramento

delle condizioni impiegatizie e di lavoro (vedi Burau, Theobald e Blank, 2007). L'introduzione della Ltci ha dato l'avvio alla professionalizzazione delle attività di assistenza. Al contrario della previdenza sanitaria nell'ambito del sistema dell'assicurazione di cura, il personale infermieristico ha il diritto di eseguire una valutazione indipendente che stabilisca la gravità della non autosufficienza. La maggior parte delle valutazioni attualmente viene effettuata da personale infermieristico. Inoltre il dirigente di un servizio di assistenza, per lo più un membro del personale infermieristico o un «*Altenpfleger*» (un operatore che ha superato un corso professionale della durata di tre anni, finalizzato alla cura domiciliare o residenziale degli anziani, con particolare attenzione al sociale, *n.d.r.*), ha il diritto di organizzare e creare il pacchetto di cure per il paziente e di contrattare in maniera autonoma con le assicurazioni, sia il prezzo delle prestazioni, che le condizioni di erogazione dell'assistenza.

Nell'ambito della legge sono state definite le qualifiche e le forme di cooperazione tra i diversi tipi di carer. Conseguentemente, l'assistenza di lungo termine deve essere erogata sotto la guida di un infermiere o di un «*Altenpfleger*» con compiti di coordinamento e deve essere erogata da assistenti del personale infermieristico, volontari e carer familiari che si occupano della cura quotidiana di base. Nel caso in cui non fosse possibile il coinvolgimento di servizi professionali, al fine di assicurare la qualità della cura è stata introdotta una visita obbligatoria da parte di personale infermieristico professionale o di un «*Altenpfleger*». Dato il crescente coinvolgimento di assistenti con qualifiche infermieristiche in situazioni formali di erogazione di cure e a seguito del riconoscimento della cura informale nell'ambito familiare, le organizzazioni non-profit coinvolte nell'erogazione dei servizi temevano la dequalificazione del settore (Welti, 1999a; 1999b). Le cinque grandi associazioni non-profit nazionali che operano nell'ambito del welfare hanno appoggiato il riconoscimento della cura informale da parte delle famiglie e il coinvolgimento dei volontari come elementi tradizionali dell'erogazione di cure, ma allo stesso tempo hanno sostenuto fermamente la necessità di servizi di assistenza formali (Meyer, 1996).

Dall'introduzione della normativa sono state formulate altre leggi e regolamentazioni volte a ristrutturare l'erogazione di cure – in particolare per quanto riguarda la cooperazione tra operatori professionali relativamente ben qualificati e assistenti agli operatori, carer informali e volontari. Le nuove norme e regolamentazioni si prefiggono lo scopo di assicurare un'assistenza professionale di elevata qualità, con-

giuntamente alla disponibilità di usufruire di infrastrutture dedicate alla cura accessibili a «tariffe ragionevoli».

- Nel 2003, i programmi di formazione lavoro dei carer senior, che erano già consolidati a livello dello Stato federale, divennero lo standard di riferimento per tutto il paese. I dibattiti si sono concertati su questioni quali i contenuti e il livello della formazione professionale, come anche il trasferimento a livello centrale delle competenze di regolamentazione. In generale, il fatto che la formazione professionale venisse migliorata e standardizzata venne accolto favorevolmente dagli attori sociali e politici e venne stimolato dalle richieste relative all'erogazione di cura e alla necessità di assicurare un certo livello di qualità dell'assistenza, dal bisogno e dalle opportunità di incrementare lo status delle attività e, conseguentemente, di attirare un numero maggiore di operatori nell'assistenza (Oelke e Menke, 2002).
- Nel 2002, nell'ambito del modello dell'Atto di integrazione sulle cure socio-sanitarie venne creato un nuovo sistema di servizi, che viene erogato da volontari, guidati da un operatore professionale. L'inclusione di questo tipo di servizio è stato accolto favorevolmente sia dagli attori politici che sociali. Una serie di ricerche, però, ha rivelato che tali servizi, visto che presentano costi molto contenuti, hanno anche comportato una precarizzazione delle condizioni di lavoro dei lavoratori (Sauer e Wißmann, 2007).
- Sulla base di un progetto pilota (2005-2008) venne introdotto un nuovo tipo di sussidio, cioè quello del personal budget, che consentiva ai beneficiari di utilizzare il sussidio più alto percepito per i servizi domiciliari per acquistare servizi riconosciuti al di fuori dell'infrastruttura di assistenza prestabilita. Le valutazioni hanno mostrato che la quantità di offerta di cure disponibile è aumentata, ma allo stesso tempo sono emerse condizioni di impiego maggiormente precarie (Blinkert e Klie, 2006b; vedi sopra).

Nonostante i palesi sforzi, la ristrutturazione dell'offerta di cure è stata maggiormente influenzata da processi di marketizzazione dell'erogazione di assistenza, da ulteriori regolamentazioni applicabili al settore e dalle attività intraprese dai beneficiari e dalle loro famiglie rispettivamente. Gli attori politici in parte hanno reagito sulla base degli effetti secondari (non) previsti al fine di riorganizzare lo sviluppo dal loro punto di vista.

L'introduzione dell'assicurazione di cura ha determinato l'espansione del mercato del lavoro legato all'assistenza formale e anche il deterio-

ramento delle condizioni lavorative all'interno dello stesso. La forza lavoro da circa 320.000 operatori professionali nel 1995 è aumentata a 890.283 nel 2009[4]. Con una percentuale dell'86% nel 2007, il settore dell'assistenza è ancora un campo dominato dalle donne (Schölkopf, 1998; Statistisches Bundesamt, 2011). Il settore lavorativo, con la richiesta di flessibilità dell'orario di lavoro e con l'apertura del mercato dell'assistenza ad aziende private e a causa dell'enfasi posta sulla questione del contenimento dei costi nell'ambito del sistema dell'assicurazione di cura, ha contribuito al deterioramento delle condizioni di lavoro (Oschmianski, 2010).

La creazione di lavoro atipico è stata individuato come una delle strategie per incrementare la flessibilità e ridurre i costi. Il risultato si riflette nell'aumento di forme diverse di lavoro part-time, dal 54,2% nel 1995 al 73,2% nel 2009, nel settore dell'assistenza domiciliare, e dal 39,1% al 66,7% nel settore dell'assistenza in strutture residenziali. Nel 2007, il 13,8% degli operatori in entrambi i settori è stato impiegato part-time con standard di tutela sociale più bassi e un ulteriore 15,0% ha lavorato per meno di 19 ore a settimana (Schölkopf, 1998; Statistisches Bundesamt, 2009; 2011). La maggiore richiesta di servizi di assistenza è stata soddisfatta dall'aumento dei tassi di occupazione di lavoratori qualificati e di assistenti degli operatori professionali (Oschmianski, 2010). Nel 2009, circa il 39% delle persone impiegate nel settore ha portato a termine dei corsi di formazione triennali per ottenere la qualifica di infermiere o «*Altenpfleger*»: il 7,5% ha fatto formazione per diventare assistente, e circa il 38,2% non ha ricevuto formazione (o ha ricevuto formazione non adeguata) lavorativa, il che ha comportato una diminuzione del personale qualificato e un aumento di assistenti e di carer che non sono stati formalmente formati o lo sono stati in modo inadeguato dal 2007. La richiesta di manodopera qualificata si basa su una miscela di servizi nell'ambito dell'assistenza domiciliare, dove il 97% di tutti i fornitori offre servizi di tipo sociale, servizi di cura della persona e servizi infermieristici domiciliari e si basa sui criteri di qualificazione nell'ambito dell'assistenza in strutture residenziali, dove il 50% dei lavoratori ha seguito corsi di formazione professionale nelle case di cura (Statistisches Bundesamt, 2009; 2011).

A causa delle difficili condizioni di lavoro, ma anche per consentire

[4] Grazie all'erogazione integrata di assistenza domiciliare e assistenza di lungo termine, i carer domiciliari sono coinvolti in entrambe le attività e vengono retribuiti in parte dall'assicurazione di cura e in parte dall'assicurazione sanitaria.

un'offerta di cure domiciliari più sensibili alle esigenze di culture diverse, vengono impiegati sempre di più carer provenienti da paesi diversi. Si stima che il loro tasso di impiego nell'ambito dell'assistenza agli anziani sia il 18%. Questo dato è relativamente alto se paragonato al corrispettivo 7% sul mercato del lavoro in generale. Tipicamente, i prestatori di cure domiciliari immigrati – principalmente da paesi dell'Est e dalla Russia o dall'Ucraina – sono cittadini tedeschi o vivono in Germania come residenti con permessi di lavoro permanenti e, teoricamente, hanno la facoltà di attingere agli stessi benefici in ambito lavorativo dei lavoratori di origine tedesca. Si sono svolti pochi studi di ricerca sulla situazione dei carer immigrati (Steffen, 2009).

L'introduzione di aziende erogatrici di servizi di assistenza private a scopo di lucro ha prodotto un fenomeno di abbassamento degli stipendi medi dei lavoratori nel settore e ha comportato un aumento delle differenze di retribuzione tra operatori che hanno fatto una formazione – personale infermieristico e «*Altenpfleger*» – e operatori di base (Theobald, 2004; Dahme e Wohlfahrt, 2007). L'introduzione di un sistema di retribuzione minima nell'agosto del 2010 (che deve essere rispettato fino a dicembre 2014) dovrebbe garantire un livello retributivo minimo a quei lavoratori del settore che si occupano dell'assistenza di base, come la cura della persona, l'aiuto per mangiare e il sostegno per la mobilità, e che vengono impiegati da un erogatore di servizi formali. I carer domiciliari impiegati direttamente dalle famiglie non sono inclusi nella regolamentazione. Il compenso minimo all'ora è di 8,50 euro nel 2010 (con l'aumento a 9,00 euro nel 2013) nelle Regioni della Germania occidentale e di 7,50 euro nel 2010 (con l'aumento a 8,00 euro nel 2013) nelle Regioni della Germania orientale. Il modello di retribuzione minima è stato introdotto a seguito di un accordo intercorso tra i sindacati, le organizzazioni dei datori di lavoro e il Ministero del Lavoro a livello federale. In particolare, le organizzazioni di datori di lavoro hanno aderito all'accordo per proteggere gli erogatori di servizi di assistenza dalle offerte di prezzi più bassi da parte di erogatori di assistenza provenienti dagli Stati membri della Ue, una volta che fossero state aperte le frontiere nel maggio del 2011.

Accanto ad un'offerta di cure formali che si caratterizza per la dequalificazione e riqualificazione dei prestatori di cure e per l'aumento di differenziazioni fra i vari profili professionali, sta emergendo anche un mercato del lavoro prevalentemente sommerso a partire dalla fine degli anni '90. Si sta infatti iniziando a diffondere l'erogazione di assistenza durante l'intera giornata per 24 ore in ambito familiare da parte

di immigrati provenienti principalmente dai paesi dell'Est, cioè Repubblica Ceca, Polonia e Romania. Secondo le stime, in Germania circa 120.000 «badanti» prestano servizi di assistenza alle famiglie lungo l'intero arco della giornata in circa 60.000 case (Steffen, 2009; Lutz, 2009). Le badanti immigrate vengono solitamente assunte per prendersi cura di anziani con livello di non autosufficienza altissimo e con reddito alto. Le famiglie con badanti immigrate dichiarano di preferire questa soluzione in quanto il costo è minore, se paragonato al costo per ricevere servizi domiciliari da servizi formali o al costo per tenere il familiare in strutture residenziali. Inoltre viene così soddisfatto il desiderio di poter vivere a casa, nonostante si abbia un livello di non autosufficienza alto e questa soluzione permette di alleggerire il carico di responsabilità che grava su chi si prende cura in famiglia di persone con un tale livello di non autosufficienza (Neuhaus, Isfort e Weidner, 2009; Lutz, 2009).

In Germania questa soluzione trovata principalmente dalle famiglie della classe media ha scatenato un intenso dibattito e ha ispirato nuove politiche volte a regolamentare la situazione. Già nel 2002, su base temporanea fino al 2005 e poi in maniera permanente, è stato implementato un sistema di reclutamento ufficiale dei collaboratori domestici provenienti dai paesi dell'Est, da destinare alle famiglie con a carico una persona con livello di non autosufficienza alto. Le organizzazioni che fornivano assistenza domiciliare si opposero all'introduzione del sistema, mettendo in risalto il tema relativo alla qualità delle cure offerte e la necessità di migliorare l'offerta di assistenza formale. Le regolamentazioni che sono state istituite successivamente vanno nella direzione di regolarizzare le condizioni di lavoro per i collaboratori domestici in Germania e decretano che debbano essere conformi alle leggi sul lavoro e agli standard di sicurezza sociale. Solo dal 2010, oltre ai servizi di assistenza per la cura della casa, è permessa l'erogazione di assistenza infermieristica di base, come ad esempio la cura della persona. Secondo l'autorità responsabile dei collocamenti, nel 2007 a seguito dello schema sono stati ufficialmente impiegati 3.032 collaboratori domestici. Se paragonati ai 120.000 lavoratori immigrati che operano nel settore dell'assistenza sul mercato sommerso, si evince come la legge sia quantitativamente largamente inefficace. Inoltre, le agenzie impiegano – fino ad ora con scarso successo – regolamentazioni relative ai singoli mercati dei paesi della Ue per legittimare le attività (Theobald, 2010).

Tabella 1 - Sommario: assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza (Ltci) e riforme in Germania

In vigore da	Riforma
1° aprile 1995	Introduzione della prima parte della Ltci relativa alle prestazioni rivolte all'assistenza domiciliare
1° luglio 1996	Introduzione della seconda parte della Ltci relativa alle prestazioni rivolte all'assistenza in strutture residenziali
1° aprile 2002	Atto di integrazione sulle cure socio-sanitarie
1° gennaio 2002	Legge su garanzia di qualità degli interventi e tutela del consumatore
1° gennaio 2002	Riforma della legge sulle strutture residenziali (introdotta nel 1975) Regolamentazioni riguardanti i diritti degli ospiti delle strutture assistenziali residenziali relativamente a contratto, obblighi del fornitore, controlli di qualità, ecc.
1° agosto 2003	Standardizzazione del «Programma di formazione lavoro per gli "*Altenpfleger*"» a livello federale
1° gennaio 2005	Incremento dei contributi assicurativi da parte degli assistiti della Ltci sociale senza figli e maggiori di 23 anni dallo 0,25% all'1,95% del reddito lordo
1° settembre 2006	Lo Stato federale diventa il principale responsabile della Legge sulle strutture residenziali
1° luglio 2008/ 1° gennaio 2009	Riforma complessiva relativa a (vedi testo): – Legge su garanzia di qualità degli interventi e tutela del consumatore – Atto di integrazione sulle cure socio-sanitarie – Introduzione di un punto di accesso unico (*Pflegestützpunkte*) – Introduzione del diritto alla presa in carico professionale a titolo gratuito – Introduzione di due previsioni di sospensione dell'attività lavorativa a favore dei carer informali al fine di facilitare la combinazione di erogazione di cura informale e lavoro – Generale aumento dei contributi assicurativi (Ltci sociale) a 1,95% del reddito lordo e a 2,2% del reddito lordo da parte degli assistiti senza figli – Adeguamento dei sussidi ai costi in diverse fasi 2008, 2010, 2012 (vedi appendice 2). – Aumento dei sussidi relativi ai servizi di assistenza diurni
1° ottobre 2009	Riforma della Legge sulle strutture residenziali a livello federale – Diritto di accesso ad informazioni chiare sulla qualità dell'assistenza, sulle offerte di cura e costi delle strutture residenziali prima della firma del contratto – Regolamentazioni relative ai cambiamenti/adeguamenti dell'offerta di cura e recessione dal contratto

5. Conclusioni

Con l'introduzione dell'assicurazione di cura la Germania ha creato un sistema si sostegno sociale di tipo universalistico relativo ai bisogni di assistenza a lungo periodo. Con l'assicurazione si è creato un nuovo tipo di universalismo caratterizzato da soglie relativamente alte, assistenza di medio livello, che è stata anche ridotta fino alla riforma del 2008, a causa dei costi sempre maggiori dell'erogazione di assistenza, e prestazioni in denaro volte a mantenere l'offerta di cure familiari ad un livello minore, in modo da combinare l'universalismo con gli sforzi per il contenimento dei costi. Il sistema fondamentalmente ha ristrutturato i diritti nel campo dell'assistenza sociale e le modalità di finanziamento e ha definito i principi secondo i quali si è riorganizzato il sistema dell'erogazione di cure. Il meccanismo del cambiamento può essere descritto come un cambiamento radicale in relazione alla riorganizzazione dei diritti all'assistenza e alle modalità di finanziamento e come una graduale trasformazione in relazione alla riorganizzazione dell'offerta di assistenza (si veda l'introduzione di Pavolini e Ranci in questo volume, *infra*; Streeck e Thelen, 2005).

Le modalità di finanziamento – le assicurazioni sociali e private obbligatorie – e la individuazione dei diritti sociali sono stati chiaramente definiti in corso di creazione del sistema e a oggi sono ancora validi. L'unico punto che può essere visto come un'eccezione è l'estensione dei diritti sociali relativi alle patologie legate alla demenza. L'obiettivo principale della riforma era la creazione di un sistema di finanziamento solido ed efficace a cui corrispondesse una riduzione dei vincoli di bilancio a livello locale. Entrambi i risultati – i metodi di finanziamento e l'affermazione dei diritti sociali – sono frutto di un compromesso raggiunto principalmente tra gli attori politici a livelli diversi e alcuni attori sociali. Mentre il Spd e la Cdu, insieme alla maggioranza dei sindacati, erano a favore del sistema di previdenza sociale e della ridistribuzione, il Partito liberale e le organizzazioni di datori di lavoro preferivano un modello basato sulle assicurazioni private. Questi ultimi hanno accettato il modello di previdenza sociale, a condizione che le organizzazioni di datori di lavoro venissero compensate per i contributi da loro versati. Gli attori più preoccupati da questioni di sostenibilità finanziaria del sistema, inoltre, hanno ottenuto anche l'introduzione di una prestazione monetaria forfetaria ben precisa legata alle esigenze di cura e all'introduzione di un tetto massimo di spesa. Entrambi questi significativi scostamenti dal tradizionale mo-

dello statale di welfare tedesco sono stati accolti dagli attori maggiormente orientati al sostegno sociale – come ad esempio i sindacati – in quanto la riforma allargava, comunque, la rosa dei diritti sociali e migliorava nettamente la situazione nel campo dell'assistenza.

La normativa inoltre costituiva il punto di partenza per la riorganizzazione dell'erogazione di assistenza, che gradualmente si è adeguata alle nuove politiche e agli effetti secondari che non erano stati previsti. In pratica la legge si prefiggeva l'obiettivo di rafforzare la cura erogata dalle famiglie nelle proprie abitazioni, cosa che corrisponde all'orientamento normativo nella società. La riorganizzazione dell'offerta di cura formale – che si basa sui principi del mercato – ha indebolito lo status dei fornitori di servizi di assistenza non-profit, che tradizionalmente erano i principali erogatori di cure. Gli sforzi sostenuti dalle associazioni non-profit per prevalere sugli erogatori a scopo di lucro sulla base della qualità delle cure offerte non hanno avuto successo – anzi – hanno accresciuto il potere di controllo da parte dello Stato, che ha introdotto delle misure volte ad assicurare un certo livello qualitativo. L'assicurazione di cura ha determinato un allargamento del lavoro di assistenza formale in termini di differenti livelli di qualificazione degli operatori, favorendo la professionalizzazione del lavoro di assistenza, ma ha anche portato a un peggioramento delle condizioni lavorative. Infine, la mancanza di servizi di assistenza integrati ha innescato lo sviluppo di un mercato non ufficiale semi-informale relativo all'assistenza.

Il sostegno pubblico fornito dall'assicurazione, e il relativo miglioramento della situazione concernente l'assistenza, sono stati molto apprezzati dalla popolazione. I principi di base, come la libertà di scelta e l'enfasi posta sulla cura offerta dalle famiglie, corrispondono ancora ai valori della società odierna. Tuttavia, nonostante il crescente supporto da parte dei cittadini, la progettazione dei diritti sociali, il mix fra finanziamenti pubblici e privati, così come l'organizzazione dell'offerta, hanno portato a delle carenze di offerta di cure che colpiscono alcuni gruppi di utenti e all'emergere di disuguaglianze tra i beneficiari sulla base di genere, status socio-economico, situazione abitativa, status di migrante e tipologia di assistenza necessaria. L'obiettivo di ridurre l'uso di servizi di assistenza residenziali, inoltre, non è stato raggiunto.

Riferimenti bibliografici

Alber J. e Köhler U., 2004, *Health and Care in an Enlarged Europe*, European Foundation for the Improvement of Working Conditions, Official Publications of the European Communities, Lussemburgo.

Arntz M. e Spermann A., 2004, *Die internationale Diskussion. Nationale und internationale Konzepte in der Praxis*, in Klie T. e Spermann A. (a cura di), *Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg?*, Vincentz-Network, Hannover, pp. 15-39.

Arntz M., Michaelis J. e Spermann A., 2006, *Reforming Long-term Care in Germany. Preliminary Findings from a Social Experiment with Matching Transfers*, «Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik», vol. 142 (5), pp. 37-42.

Baykara-Krumme H. e Hoff A., 2006, *Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*, in Tesch-Römer C., Engstler H. e Wurm S. (a cura di), *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, pp. 447-517.

Behning U., 1999, *Zum Wandel der Geschlechterrepräsentationen in der Sozialpolitik*, Leske und Budrich, Opladen.

Blinkert B. e Klie T., 2008, *Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen*, in Bauer U. e Büscher A. (a cura di), *Soziale Ungleichheit und Pflege*, Vs Verlag, Wiesbaden, pp. 238-255.

Blinkert B. e Klie T., 1999, *Pflege im sozialen Wandel*, Vincentz, Hannover.

Blinkert B. e Klie T., 2006a, *Die Zeiten der Pflege*, «Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie», vol. 39, pp. 202-210.

Blinkert B. e Klie T., 2006b, *Der Einfluss von Bedarf und Chancen auf Pflegezeiten in häuslichen Pflegearrangements*, «Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie», vol. 39, pp. 423-428.

Borchert L. e Rothgang H., 2008, *Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer*, in Bauer U. e Büscher A. (a cura di), *Soziale Ungleichheit und Pflege*, Vs Verlag, Wiesbaden, pp. 215-237.

Burau V., Theobald H. e Blank R.H., 2007, *Governing Home Care: A Cross-National Comparison*, Edward Elgar, Cheltenham.

Campell A.L. e Morgan K.J., 2005, *Federalism and the Politics of Old-age Care in Germany and the United States*, «Comparative Political Studies», vol. 38 (8), pp. 1-28.

Dahme H.-J. e Wohlfahrt N., 2007, *Vom Korporatismus zur strategischen Allianz von Sozialstaat und Sozialwirtschaft: Neue «Sozialpartnerschaft» auf Kosten der Beschäftigten*, in Dahme H.J., Trube A. e Wohlfahrt N. (a cura di), *Arbeit in sozialen Diensten: flexibel und schlecht bezahlt?*, Schneider-Verlag Hohengehren, Baltmansweiler, pp. 22-34.

Deutscher Bundestag (Parlamento federale tedesco), 1993, *Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege –*

Versicherungsgesetz – PflegVG), Drucksache 12/5262, Deutscher Bundestag, 12° Legislatura, Bonn.

Heusinger J. e Klünder M., 2005, *«Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen!» Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements*, Mabuse Verlag, Francoforte.

Klie T. e Blinkert B., 2002, *Pflegekulturelle Orientierungen*, in Tesch-Römer C. (a cura di), *Gerontologie und Sozialpolitik*, Kohlhammer, Stoccarda, pp. 197-217.

Landenberger M., 1994, *Pflegeversicherung als Vorbote eines anderen Sozialstaats*, «Zeitschrift für Sozialreform», vol. 40 (3), pp. 314-342.

Lüngen M. e Büscher G., 2007, *Zur zukünftigen Entwicklung der Pflegeversicherung. Eine quantitative Abschätzung der Beitragssätze*, «Wirtschaftsdienst», n. 87, pp. 355-358.

Lutz H., 2009, *Migrantinnen in der Pflege in deutschen Privathaushalten*, in Larsen C., Joost A. e Heid S. (a cura di), *Illegale Beschäftigung in Europa. Die Situation in Privathaushalten älterer Personen*, Rainer Hampp, Monaco/ Mering, pp. 41-52.

Mdk Bayern, 2008, *Prisma Gesundheit. Die soziale Pflegeversicherung*, ecomed Medizin, Landsberg.

Mdk Bayern, 2008, *Leistungen der Pflegeverischerung*, Mdk Bayern, Munchen.

Meyer J.A., 1996, *Der Weg zur Pflegeversicherung*, Mabuse, Francoforte.

Neuhaus A., Isfort M. e Weidner F., 2009, *Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen*, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, Colonia.

Oelke U. e Menke M., 2002, *Qualifizierung des Pflegepersonals*, in Igl G., Schiemann D., Gerste B. e Klose J. (a cura di), *Qualität in der Pflege*, Schattauer, Stoccarda/New York, pp. 79-96.

Okken P.-K., Spallek J. e Razum O., 2008, *Pflege türkischer Migranten* in Soziale Ungleichheit und Pflege, Bauer U. e Büscher A. (a cura di), Vs Verlag, Wiesbaden, pp. 396-422.

Oschmianski H., 2010, *Wandel der Erwerbsformen in einem Frauenarbeitsmarkt. Das Beispiel Altenpflege*, «Zeitschrift für Sozialreform», vol. 56 (1), pp. 29-55.

Private Health Care Insurances (Pkv), 2003, *Zur Versorgung der Versicherten im Rahmen der Pflegeversicherung*, Verband privater Krankenversicherungen, Colonia.

Private Health Care Insurances (Pkv), 2010, *Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010*, Verband privater Krankenversicherung, Colonia.

Rothgang H., Holst M., Kulik D. e Unger R., 2008, *Finanzielle Auswirkungen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen*, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, Brema.

Runde P., Giese R. e Stierle C., 2003, *Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen des gesellschaftlichen Wandels*,

Universität Hamburg, Arbeitsstelle Rehabilitations und Präventionsforschung, Amburgo.

Sachße C., 2011, *Zur Geschichte sozialer Dienste in Deutschland*, in Evers A., Heinze R.G. e Olk T. (a cura di), *Handbuch Soziale Dienste*, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, pp. 94-144.

Sauer P. e Wißmann P., 2007, *Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz*, Mabuse-Verlag, Francoforte.

Schmidt R., 2002, *Die neue Pflegelandschaft: Erste Konturen und Steuerungsprobleme*, in Tesch-Römer C. (a cura di), *Gerontologie und Sozialpolitik*, Kohlhammer, Stoccarda, pp. 137-162.

Schneekloth U., 2006, *Entwicklungstrends beim Pflege- und Hilfebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung*, in Schneekloth U. e Wahl H.-W. (a cura di), *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten*, Kohlhammer, Stoccarda, pp. 57-102.

Schneider U. e Reyes C., 2007, *Mixed Blessings: Long-term Care Benefits in Germany*, in Ungerson C. e Yeandle S. (a cura di), *Cash for Care in Developed Welfare States*, Palgrave Macmillan, Houndmill, pp. 137-165.

Schölkopf M., 1998, *Die Altenpflege und die Daten. Zur quantitativen Entwicklung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen*, «Sozialer Fortschritt», vol. 47 (1), pp. 1-9.

Statistisches Bundesamt (Ufficio statistico federale), 2001, *Pflegestatistik*, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Ufficio statistico federale), 2009, *Pflegestatistik*, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Ufficio statistico federale), 2010, *Statistik der Sozialhilfe*, Wiesbaden.

Steffen M., 2009, *Branchenbericht: Die Arbeitssituation von Migrantinnen in der Pflege*, Ver.di, Berlino.

Streeck W. e Thelen K. (a cura di), 2005, *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press, Oxford.

Theobald H., 2004, *Care Services for the Elderly in Germany, Infrastructure, Access and Utilisation from the Perspective of Different User Groups*, discussion paper Sp I 2004-302, Working Group Public Health Policy, Social Science Research (Wzb), Berlino.

Theobald H., 2010, *Prekäre Pflege. Osteuropäische Migrantinnen in der häuslichen Altenfürsorge*, «Osteuropa», vol. 60 (5), pp. 117-129.

Welti F., 1999a, *Vorbehaltliche Aufgabenbereiche für Pflegeberufe, Part 1*, «Pflege- und Krankenhausrecht», vol. 2 (2/99), pp. 29-33.

Welti F., 1999b, *Vorbehaltliche Aufgabenbereiche für Pflegeberufe, Part 3*, «Pflege- und Krankenhausrecht», vol. 2 (4/99), pp. 85-90.

Wingenfeld K., Büscher A. e Gansweid B., 2008a, *Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit*, Bielefeld/ Münster.

Appendice 1 - Sviluppo finanziario privato e sociale dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza e della long-term care *nell'ambito della normativa federale sull'assistenza sociale*

Assicurazione sociale per l'assistenza obbligatoria sulla non autosufficienza (in miliardi di euro)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Entrate	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,54	16,81	16,98	16,86	16,87	17,49	18,49	18,02	19,77	21,31
Uscite	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56	17,69	17,86	18,03	18,34	19,14	20,33

Fonte: http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegeversicherung/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html.

Assicurazione privata per l'assistenza obbligatoria sulla non autosufficienza (in miliardi di euro)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Entrate	1,66	2,10	2,10	1,97	2,01	1,96	1,99	1,85	1,87	1,87	1,87	1,88	1,97	2,07	
Uscite	0,29	0,44	0,44	0,46	0,47	0,49	0,50	0,52	0,53	0,55	0,56	0,58	0,62	0,67	

*Fonti:*Private Health Care Insurances (Pkv), 2003 (dati 1995-1998). Private Health Care Insurances (Pkv), 2010 (dati 1999-2009).

Assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza (Hilfe zur Pflege) nell'ambito della normativa federale sull'assistenza sociale. Uscite e numero di beneficiari

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Uscite (in milioni di euro)	9.062	8.934	7.100	3.500	3.001	2.901	2.876	2.905	2.943	3.005	3.142	3.152	3.120	3.217	3.262
Beneficiari (in migliaia)	563	574	426	328	289	310	324	332	313	323	328	344	366	372	397

Fonte: Statistisches Bundesamt, 2010.

Appendice 2 - Aumento dei sussidi

Sussidi			
Livello di non autosufficienza (I-III)	I *Alto*	II *Molto Alto*	III *Altissimo*
Pagamenti in contanti al mese (p.m.)			
Luglio 2008	215,00 euro	420,00 euro	675,00 euro
Gennaio 2010	225,00 euro	430,00 euro	685,00 euro
Gennaio 2012	235,00 euro	440.00 euro	700,00 euro
Servizi di assistenza (domiciliare) (p. m.)			
Luglio 2008	420,00 euro	980,00 euro	1.470,00 euro
Gennaio 2010	440,00 euro	1.040,00 euro	1.510,00 euro
Gennaio 2012	450,00 euro	1.100,00 euro	1.550,00 euro
(non autosufficienza estremamente alta 2008-2012)			(1.918,00 euro)
Servizi di assistenza (strutture residenziali) (p.m.)			
Luglio 2008	1.023,00 euro	1.279,00 euro	1.470,00 euro
(non autosufficienza estremamente alta)			(1.750,00) euro
Gennaio 2010	Nessun incremento	Nessun incremento	1.510,00 euro
(non autosufficienza estremamente alta)			(1.825,00 euro)
Gennaio 2012	Nessun incremento	Nessun incremento	1.550,00 euro
(non autosufficienza estremamente alta)			(1.918,00 euro)

Fonti: Mdk Bayern, 2008.

Traduzione dall'inglese a cura di Cinzia Giammarchi

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

Blanche Le Bihan, Claude Martin

La Francia si caratterizza per l'introduzione di un nuovo programma per la non autosufficienza (l'Apa, Allocation personaliseè 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

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 rischio[2] 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 sociale[3]. 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 medica[4].

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 géronte groupes iso-ressources*). «Nel 1991, due rapporti ufficiali, il Rapporto Boulard e quello Schopflin, sottolinearono la necessità 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 difficoltà del governo a sciogliere queste incertezze potrebbero spiegare la lentezza del processo decisionale. A partire dalla metà 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 governo[6] 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 così le opportunità 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, più specificatamente di quelle per l'assicurazione sanitaria (*Caisses d'assurance maladie*) e di quelle previdenziali (*Caisses d'assurance vieillesse*).

Nel 1997, governo[7] 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 Tuppè II (novembre 1995-novembre 1997). Primo Ministro: Alain Juppé; 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 socialisti[8]. 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 beneficiari[9]), 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 destra[10] 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 sistema[11]. In questo contesto, il governo[12] 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 varato[13]. 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 anziani 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 lavoro[14], compensati dall'abolizione di un giorno di festività[15], 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 autonomie*».

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'ope-ratore 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 2005[16]. 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 sistematizzati[17]. Nel 2005 i servizi coperti da «accordo di qualità»[18] erano 11.000[19] (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 amministrative[20].

[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*).

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 residenziali[21]. 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 francese[22] 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 e4	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'ottennero[23]. 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	187	68	1383	87	2.548
	1,6%	3,5%	5,7%	26,1%	7,3%	48,1%
Gir 2	130	978	211		341	
	10,9%	18,5%	17,8%		28,8%	
Gir 3	157	882	71	438	228	2.750
	13,3%	16,6%	6%	8,3%	19,2%	51,9%
Gir 4	421	1.430	108		529	
	35,5%	27,0%	9,1%		44,6%	
Tutti	727	3.477	458	1.821	1.185	5.297
	61,4%	65,6%	38,6%	34,4%	100%	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.

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. Torneremo 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 carico di *Départements* 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.

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 («*mutuelle*») 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 anziani[24]. Come se non bastasse, nella recentissima primavera del 2011 il Governo Fillon ha istituito quattro diversi gruppi composti da rappresentati eletti, parti sociali, esponenti della società civile ed esperti, nel quadro dei lavori di preparazione della prossima riforma[25] (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 lavoro[27]. 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'inabilità 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 necessari[28].

[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 patrimonio[29].

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 vita[30] e i prestiti vitalizi ipotecari[31] (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 universale[32].

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 agees dependants: batir le scenario 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.

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 enterprises 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 résultatsn. 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, *Vieillissement 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 5ème risque*, in Martin C. (a cura di), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?*, Presses universitaires de Rennes/Edition 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 Quaterly», 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/Edition 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 Skilful 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/Edition 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.

Traduzione dall'inglese a cura di Eva Gilmore

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

August Österle

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 cofinanziamento 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 del-l'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 graduali, 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 graduali 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).

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 (*Pflegegeld*). 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'*Hilflosenzuschuss,* 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 graduali

Il periodo successivo alla riforma del 1993 è caratterizzato da cambiamenti graduali, 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 (Bmsk, 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 graduali 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

citate. 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 una 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.

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 (*Pflegegeld*): legge federale sull'assegno di Ltc (*Bundespflegegeldgesetz*), leggi regionali sull'assegno di Ltc (*Landespflegegeldgesetze*)	c, r
1° gennaio 1994	Trattato Stato-Regioni: definizione delle respon-sabilità federali e regionali nella *long-term care*	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 *community care* (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 *family hospice*	c
1° gennaio 2004	Sistema di supporto finanziario per pausa temporanea dall'assistenza	c
1° luglio 2004	Legge sulle case di cura (*Heimvertragsgesetz*)	c
1° gennaio 2005	Aumento dell'assegno di cura del 2%	c, r
1° luglio 2005	Legge sulla residenza nelle case di cura (*Heimaufenthaltsgesetz*)	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 (*Hausbetreuungsgesetz*), 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'*asset-test*	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

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 riunificati 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

Comparazioni e conclusioni

Domanda, misure e assetti del *long-term care* nei paesi europei: un quadro comparativo

Francesca Carrera, Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranci, Alessia Sabbatini

Il contributo contestualizza le analisi svolte negli altri studi presentati in questo numero della Rivista offrendo un quadro di riferimento generale sulle politiche di Ltc in Europa. Se, infatti, gli altri saggi propongono un'analisi spesso di tipo processuale e qualitativo, di quanto sta avvenendo nel campo delle politiche per la non autosufficienza, qui si offre una base quantitativa utile a collocare in ottica comparata i vari paesi oggetto dello studio sullo sfondo più generale delle trasformazioni nella domanda sociale e nelle risposte istituzionali. Il saggio è strutturato attorno a quattro aree tematiche: le caratteristiche e le trasformazioni della domanda di cura per la non autosufficienza; l'organizzazione delle cure informali; l'organizzazione dell'offerta pubblica; gli effetti dei vari «regimi di cura» sugli utenti e sui loro carer informali.

1. Introduzione

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione ha ripercussioni evidenti, seppur articolate, sulle condizioni di salute attuali e future, e sui tassi di disabilità delle persone anziane e molto anziane.

Le diverse indagini condotte a livello europeo mostrano andamenti differenziati nei tassi di disabilità tra le persone anziane, il che rende difficile fare previsioni sugli andamenti generali del fenomeno. In particolare, secondo uno studio condotto da Lafortune e al. (2007), sulle tendenze della disabilità grave che avranno in futuro bisogno di cure di lungo periodo.

Nelle pagine che seguono vengono esplorate le fonti informative a disposizione per descrivere e analizzare le politiche di *long-term care* (Ltc) e i fenomeni socio-demografici correlati all'incremento di persone anziane non autosufficienti. I dati mettono in luce come, a fronte di bisogni di cura crescenti, non corrispondano sempre sistemi di welfare adeguatamente sviluppati e calibrati a fornire risposte adeguate. Ciò emerge sia dall'analisi della copertura dei servizi e della spesa per Ltc, che pure non sempre è rappresentabile e

delineabile con la voluta chiarezza, sia da quella sull'organizzazione e le aspettative di cura.
Il quadro che si delinea individua, da un lato paesi con spesa e copertura elevate ravvisabili in modelli di Ltc a copertura tendenzialmente universalistica, e, all'opposto, paesi con bassa spesa, bassa copertura e sistemi di Ltc ancora residuali e poco sviluppati. Per questi ultimi, in particolare, il rischio di ripercussioni sui livelli di disuguaglianza sociale e di genere (secondo i dati i due terzi dei caregiver sono donne) in termini tanto di accesso alle cure per quel che riguarda i carereceiver, tanto sul piano delle possibilità di conciliazione e partecipazione al mercato del lavoro per i caregiver, risulta molto elevato. Il lavoro è strutturato attorno a quattro aree di approfondimento: le caratteristiche e le trasformazioni della domanda di cura per la non autosufficienza a partire dai principali indicatori sull'invecchiamento e dalle previsioni sulle condizioni di salute delle persone anziane; l'organizzazione delle cure informali: le caratteristiche dei caregiver e gli atteggiamenti verso la cura; l'organizzazione dell'offerta pubblica in termini di livelli di spesa e copertura dei servizi; gli effetti dei vari «regimi di cura» sugli utenti e sui loro carer informali visti sia come soddisfazione e accesso ai servizi che come ripercussione dei carichi di cura sulla partecipazione dei caregiver al mercato del lavoro.

2. Le caratteristiche della domanda

2.1 La popolazione anziana nel tempo: serie storiche e proiezioni

I dati di Eurostat mettono chiaramente in luce un progressivo incremento della popolazione anziana (Eurostat, 2011). La quota di popolazione con più di 65 anni continuerà ad aumentare costantemente nei prossimi decenni non solo nei paesi europei ma in tutti i paesi Ocse. Queste trasformazioni avranno un impatto prevedibilmente significativo nella maggior parte dei paesi europei nei prossimi cinquanta anni con implicazioni sui sistemi socio-economici in generale, e più nello specifico sui sistemi pensionistici e sulla domanda di cura sanitaria e sociale.
Secondo quanto stimato in sede Eurostat (2011), nel 2060 la percentuale di persone sopra i 65 anni si aggirerà nella maggior parte dei paesi europei intorno al 30%; confrontando il dato medio del 2010 (16%) con quello previsto nel 2060 (29,3%) l'aumento è di oltre 13

punti percentuali. Analoghe tendenze si riscontrano considerando la percentuale di popolazione over 80, che nel 2010 era in media di poco superiore al 4% e che nel 2060 supererà il 10%, attestandosi in alcuni paesi dell'Europa mediterranea, come la Spagna e l'Italia, oltre il 14%.

Tabella 1 - Percentuale di popolazione di 65 e 80 anni e oltre e tasso di dipendenza degli anziani (anni 1970, 1990, 2010)

Paesi Ue	% popolazione di 65 anni e oltre (al 1° gennaio)				% popolazione di 80 anni e oltre (al 1° gennaio)				Indice di dipendenza degli anziani		
	1970	1990	2010	*Var. % 1970-2010*	1970	1990	2010	*Var. % 1970-2010*	1970	1990	2010
Be	13,3	14,8	17,2	*29,3*	2,1	3,5	4,9	*133,3*	21,2	22,1	26,0
Bg	9,4	13,0	17,5	*86,2*	1,4	2,1	3,8	*171,4*	14,0	19,5	25,4
Cz	11,9	12,5	15,2	*27,7*	1,5	2,4	3,6	*140,0*	17,2	19,0	21,6
Dk	12,2	15,6	16,3,	*33,6*	2,0	3,7	4,1	*105,0*	18,9	23,2	24,9
De	13,5	14,9	20,7	*53,3*	1,9	3,7	5,1	*168,4*	21,4	21,6	31,4
Ee	11,7	11,6	17,1	*46,2*	1,9	2,5	4,1	*115,8*	17,7	17,5	25,2
Ie	11,1	11,4	11,3	*1,8*	1,9	2,1	2,8	*47,4*	19,3	18,6	16,8
El	*nd*	13,7	18,9	–	*nd*	3,0	4,6	–	*nd*	20,4	28,4
Es	9,5	13,4	16,8	*76,8*	1,5	2,8	4,9	*226,7*	15,2	20,2	24,7
Fr	12,8	13,9	16,6	*29,7*	2,3	3,7	5,2	*126,1*	20,6	21,1	25,6
It	10,8	14,7	20,2	*87,0*	1,6	3,1	5,8	*262,5*	16,7	21,5	30,8
Cy	*nd*	10,8	13,1	–	*nd*	2,3	2,9	–	*nd*	17,2	18,6
Lv	11,9	11,8	17,4	*46,2*	2,1	2,8	3,9	*85,7*	18,0	17,7	25,2
Lt	10,0	10,8	16,1	*61,0*	1,6	2,7	3,6	*125,0*	15,9	16,2	23,3
Lu	12,5	13,4	14,0	*12,0*	1,7	3,1	3,6	*111,8*	19,1	19,3	20,4
Hu	11,5	13,2	16,6	*44,3*	1,5	2,5	3,9	*160,0*	17,0	20,0	24,2
Mt	*nd*	10,4	14,8	–	*nd*	1,9	3,3	–	*nd*	15,7	21,3
Nl	10,1	12,8	15,3	*51,5*	1,7	2,9	3,9	*129,4*	16,2	18,6	22,8
At	14,4	14,9	17,6	*22,2*	2,1	3,5	4,8	*128,6*	22,7	22,1	26,1
Pl	8,2	10,0	13,5	*64,6*	1,1	2,0	3,3	*200,0*	12,6	15,4	19,0
Pt	9,2	13,2	17,9	*94,6*	1,3	2,5	4,5	*246,2*	14,9	20	26,7
Ro	8,5	10,3	14,9	*75,3*	1,1	1,7	3,1	*181,8*	13,0	15,6	21,4
Si	*nd*	10,6	16,5	–	*nd*	2,2	3,9	–	*nd*	15,5	23,8
Sk	9,1	10,3	12,3	*35,2*	1,2	2,0	2,7	*125,0*	14,4	16,0	16,9
Fi	9,0	13,3	17,0	*88,9*	1,1	2,8	4,6	*318,2*	13,6	19,8	25,6
Se	13,6	17,8	18,1	*33,1*	2,3	4,2	5,3	*130,4*	20,7	27,7	27,7
Uk	12,9	15,7	16,4	*27,1*	2,2	3,6	4,6	*109,1*	20,5	24,1	24,9
Media	11,0	12,9	16,0	*45,5*	1,7	2,8	4,1	*141,2*	17,3	19,4	23,6

Fonte: elaborazioni degli autori su dati Eurostat (2011).

L'indice di dipendenza degli anziani, che misura il rapporto tra la popolazione over 65 e la popolazione in età lavorativa (15-64 anni), che sempre in Europa era pari al 23,6% nel 2010, quasi raddoppierà il suo valore nel 2060 raggiungendo il 52,4%.
I dati riportati nella tabella 1 mettono in luce le dinamiche di invecchiamento della popolazione. In particolare le variazioni percentuali della quota di popolazione anziana di 65 anni e oltre evidenziano incrementi superiori al 70% per i paesi del Sud Europa, Portogallo, Italia e Spagna, e in Bulgaria, Romania e Finlandia. Ancora più rilevanti gli incrementi della quota di popolazione over 80, per cui Finlandia, Spagna, Italia, Portogallo e Polonia evidenziano variazioni superiori al 200% tra il 1970 e il 2010. Tutti gli altri paesi, a esclusione di Irlanda e Lettonia, registrano incrementi superiori al 100%. L'indice di dipendenza degli anziani subisce incrementi medi di oltre 6 punti.

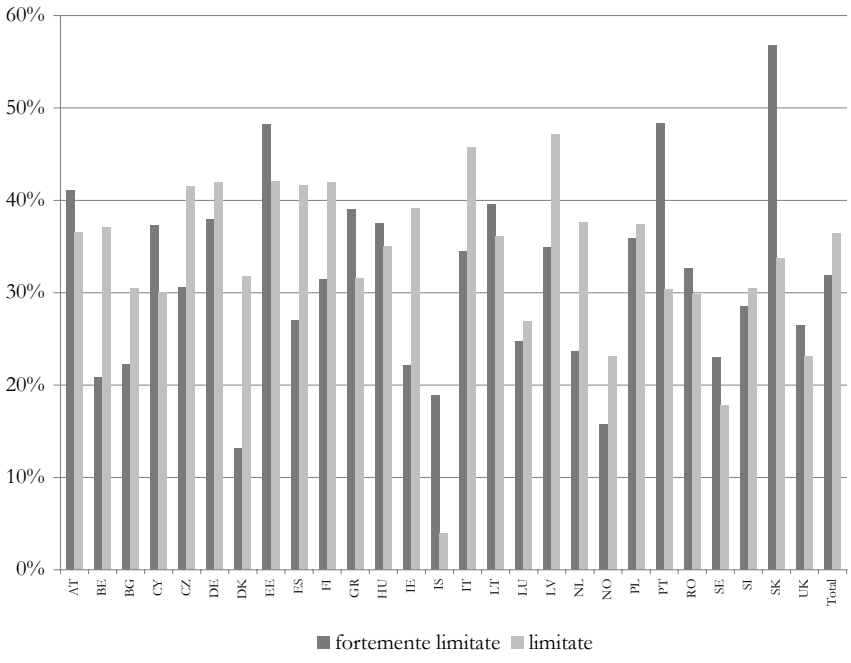
2.2 Le dimensioni del fenomeno della non autosufficienza: alcune stime

Tra la popolazione anziana in 12 paesi dell'area Ocse[1] esiste una chiara evidenza della diminuzione della disabilità tra gli anziani in soli cinque dei dodici paesi considerati (Danimarca, Finlandia, Italia, Paesi Bassi e Stati Uniti). In altri tre paesi (Belgio, Giappone e Svezia) si segnala un tasso crescente di grave disabilità tra le persone over 65 anni, mentre in due paesi (Australia, Canada) il tasso è stabile. In Francia e nel Regno Unito le indagini condotte mostrano andamenti differenziati nei tassi di disabilità tra gli anziani, rendendo impossibile raggiungere qualsiasi conclusione sulla direzione del trend.
La relazione tra l'aumento della popolazione anziana e le sue condizioni di salute è stata al centro dell'interesse di diversi autori, le cui posizioni possono essere schematizzate sostanzialmente in tre distinti approcci teorici, finalizzati a mettere in evidenza i nessi che intercorrono tra dinamiche demografiche, incremento delle aspettative di vita e disabilità. Il primo approccio ipotizza che l'aumento della longevità abbia come conseguenza un periodo prolungato di disabilità nelle fasi finali di vita, dovuto ad un incremento dei tassi di sopravvivenza delle persone malate e una crescente prevalenza delle malattie dovute all'in-

[1] Lafortune, Balestat, e i membri del Disability Study Expert Group, 2007. I paesi considerati nello studio sono: Danimarca, Finlandia, Italia, Paesi Bassi, Stati Uniti, Belgio, Giappone, Svezia, Australia, Canada, Francia e Regno Unito.

vecchiamento (teoria dell'«espansione» della disabilità; Gruenberg, 1977). Un secondo approccio teorico è quello della «compressione» della disabilità (Fries, 1980), per cui l'aumento della longevità sarebbe collegato ad un periodo più breve della disabilità alla fine della vita, dovuto ad una più efficace prevenzione delle malattie. Il terzo si basa sull'ipotesi di un aumento della disabilità lieve in corrispondenza di una riduzione delle disabilità severe, dovuta ad un miglioramento dell'assistenza sanitaria («equilibrio dinamico»; Manton, 1982).
Alla luce di questi tre approcci teorici, Lafortune e colleghi (2007) evidenziano come, sebbene i tassi di disabilità siano diminuiti in una certa misura in alcuni paesi e l'incremento della popolazione anziana non si traduca automaticamente in un corrispondente e puntuale aumento degli individui con disabilità più o meno gravi, non si possa del tutto contare su future riduzioni nella prevalenza di disabilità grave fra persone anziane al punto tale da non prestare la dovuta attenzione alla crescente domanda di assistenza di lungo termine.

Figura 1 - Anziani con limitazioni più o meno forti sul totale della popolazione anziana (anno 2008)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati Eu-Silc (2008).

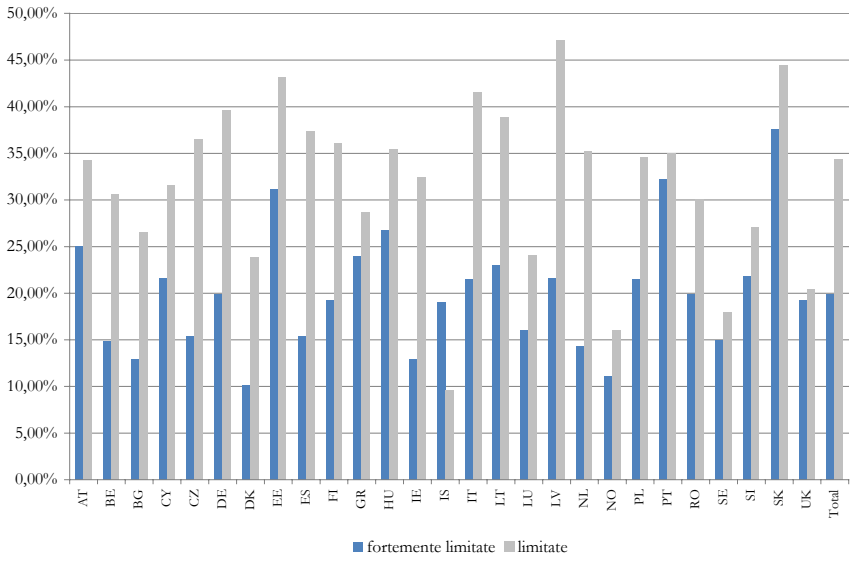
Negli ultimi anni i tassi di disabilità, come accennato in precedenza, sono diminuiti in una certa misura in alcuni paesi; tuttavia, e nonostante ciò, l'invecchiamento della popolazione e la maggiore longevità degli individui comporteranno con tutta probabilità un aumento della disabilità grave fra le persone in età più avanzata e un numero crescente di persone in questa fascia d'età bisognose di cure di lungo termine.

I dati dell'indagine Eu-Silc registrano che le persone che incontrano difficoltà limitate nello svolgimento di attività legate all'esperienza individuale dovute a problemi di salute[2] sono in media il 34,3% tra le persone con più di 64 anni (rispetto allo 0,9% della classe 15-49 e al 22% di quella 50-64), mentre le persone con forti limitazioni rappresentano quasi il 20% (rispetto al 3,1% della classe 15-49 e al 10,2% di quella 50-64) (figura 1; dati Eu-Silc, 2008).

Se si considera la classe di età over 80 (figura 2), per quanto l'andamento non sia sempre costante e coerente, le limitazioni gravi e meno gravi assumono proporzioni ben più rilevanti. Tuttavia ciò è sufficiente a evidenziare una relazione forte che associa età e rischio di non autosufficienza. A tal proposito, è anche opportuno sottolineare come dalla lettura dei dati per singoli paesi emergano scostamenti forti rispetto ai dati medi, dovuti prevalentemente alla specificità dell'indagine da cui questi scaturiscono e dalla domanda che si riferisce ad una percezione individuale valutata evidentemente anche in relazione alle aspettative sociali e culturali del contesto nazionale. Ovvero, le limitazioni riferite sono valutate facendo riferimento non solo alle variabili socio-demografiche quali il genere e l'età, ma anche in relazione ad uno standard culturalmente e socialmente determinato e condiviso dalla collettività di riferimento. Tuttavia, quello che interessa rilevare, anche prescindendo almeno parzialmente dai valori in sé (e non avendo a disposizione altri e migliori indicatori che possano fornire comparativamente una *proxy* delle persone bisognose di cure di lungo termine), sono le composizioni per classi di età e sesso. I valori percentuali mettono in luce un evidente, quanto prevedibile, inasprimento delle condizioni di limitazione sia severo che limitato per le classi di età più avanzate.

[2] Persone che vivono dei limiti nello svolgimento delle attività a causa della propria condizione di salute.

Figura 2 - Anziani over 80 con limitazioni più o meno forti sul totale della popolazione anziana (anno 2008)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati Eu-Silc (2008).

3. L'organizzazione della cura informale

3.1 Il ruolo e le caratteristiche dei caregiver *informali*

Secondo i dati Ocse (Oecd, 2011) più del 10% di persone adulte è coinvolto in attività di cura informale non retribuita nei confronti di familiari e amici. Si tratta di persone che si occupano di cure personali (*personal care*) o legate alle normali attività di vita quotidiana (*basic activities of daily living*, Adl) nei confronti di persone con limitazioni di tipo funzionale (tabella 2). Non viene evidenziata una distribuzione geografica chiara: i caregiver informali variano da paese a paese, seppure i paesi del Sud Europa si contraddistinguano per percentuali più alte (Italia: 16,2%, Spagna: 15,3%, ma non la Grecia: 8,7%), mentre Danimarca e Svezia (rispettivamente, 9,3% e 8,0%) con la Grecia, per valori più bassi (Oecd, 2011).

Tabella 2 - Caregiver informali: percentuale di popolazione che riporta di provvedere alla cura per Adl

Paesi Ue	% caregiver informale
Svezia	8,0
Grecia	8,7
Danimarca	9,3
Austria	9,8
Polonia	10,3
Francia	10,7
Svizzera	10,8
Germania	11,0
Australia	11,2
Paesi Bassi	11,4
Repubblica Ceca	12,0
Belgio	12,1
Irlanda	14,6
Regno Unito	15,2
Spagna	15,3
Italia	16,2

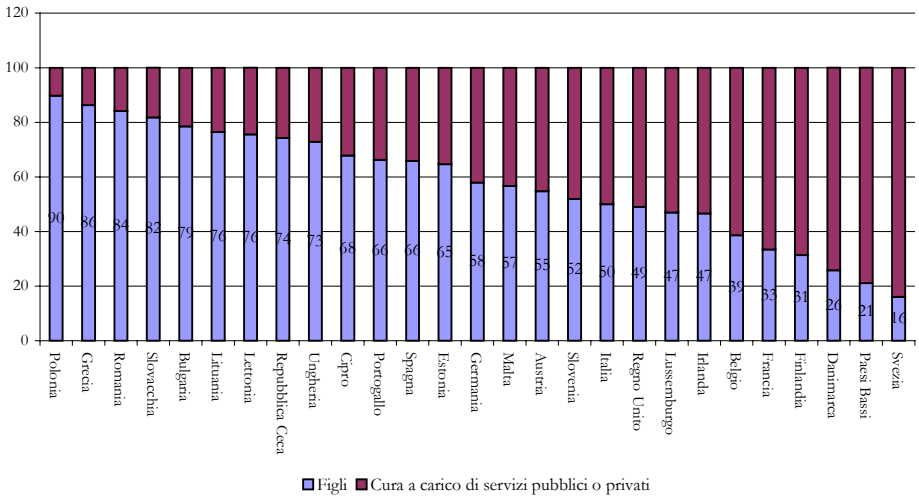
Fonte: Oecd, 2011(stime basate su indagine Hilda per l'Australia, Bhps per il Regno Unito, *Survey of health, ageing and retirement in Europe* – Share – per altri paesi europei, e Hrs per gli Stati Uniti).

Nel momento in cui si rileva un aiuto di tipo strumentale (*Instrumental activities of daily living*, Iadl; es. spesa o *paperworks*) anche in paesi che dispongono di una maggiore copertura dei servizi e di misure a supporto della Ltc, la percentuale di caregiver risulta elevata.
Sempre secondo lo stesso studio dell'Ocse (Oecd, 2011), circa i due terzi dei caregiver over 50 sono donne, anche se la distribuzione per sesso varia con l'età evidenziando, all'aumentare dell'età, in corrispondenza di una sostanziale riduzione dei caregiver, anche percentuali simili, o addirittura più alte, per gli uomini. Il forte grado di femminilizzazione del caregiving è confermato da Costa e Ranci (2010), che notano anche la dominanza tra i caregiver di persone collocate in una fascia d'età centrale, potenzialmente ancora attive sul mercato del lavoro. In base a questo studio, il caregiving viene spesso organizzato all'interno di famiglie complesse, in cui sono presenti adulti appartenenti a generazioni diverse.

3.2 Gli atteggiamenti verso la cura

Sotto il profilo della domanda, i paesi europei si differenziano fra loro non solo per caratteristiche socio-demografiche, ma anche per quelle socio-culturali. Un'indagine Eurobarometro del 2007 permette di investigare alcuni di questi aspetti, in particolare quelli in merito alle aspettative rispetto al modello di cura per la non autosufficienza preferito e al rapporto fra cura e lavoro per i familiari di persone anziane disabili. La figura 3 illustra come in Europa mutino in maniera significativa le opinioni in merito al ruolo dei familiari rispetto alla cura dei propri genitori non autosufficienti.

*Figura 3 - Preferenze nei paesi dell'Ue-27 rispetto al tipo di cura auspicabile nel caso si diventi non autosufficienti in età anziana (anno 2007; dato riferito solo a coloro che hanno esperienze sul tema della non autosufficienza)**



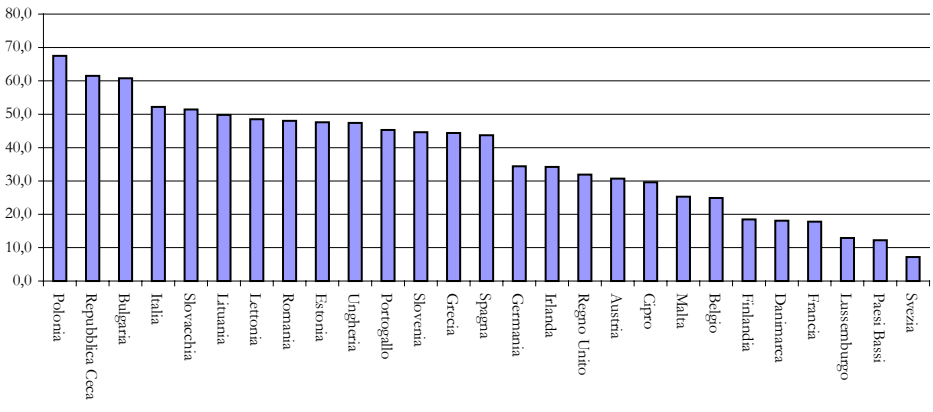
* Si tenga presente comunque che tali percentuali non variano in maniera significativa se si considera l'intero campione.

Legenda: la voce «figli» associa le seguenti due modalità di risposta previste nella survey Eurobarometro alla domanda «nel caso un genitore diventi non autosufficiente, quale sarebbe la soluzione migliore da adottare»: «vivere assieme ad un figlio» o «un figlio, pur non convivente, dovrebbe prendersi cura del suo genitore»; la voce «cura a carico di servizi pubblici o privati» associa, invece, le due seguenti modalità di risposta alla stessa domanda: «servizi pubblici o privati dovrebbero prendersi cura dell'anziano presso il suo domicilio» e «l'anziano dovrebbe andare in una struttura residenziale».

Fonte: elaborazioni degli autori a partire dai microdati Eurobarometro (2007).

Ad un estremo vi sono le realtà scandinave, assieme a Francia e Belgio, dove sono largamente maggioritari atteggiamenti che prediligono una cura assicurata tramite forme di assistenza formale, pubblica o privata. All'opposto abbiamo buona parte dei paesi dell'Europa centro-orientale, assieme alla Grecia, in cui oltre il 70% degli intervistati ritiene che l'opzione dei figli sia quella migliore. In parte vicino al gruppo precedente, vi è l'insieme di paesi che tende a prediligere la cura familiare con percentuali, però, meno accentuate: si tratta di realtà appartenenti all'area sud europea (Portogallo, Spagna, Malta e Cipro), assieme a Germania e Austria. In una posizione complessivamente intermedia si vengono a porre Italia, Regno Unito e Irlanda, dove le preferenze fra cura informale e formale si equivalgono.

*Figura 4 - Percentuale di individui che ritiene che i figli debbano prendersi cura dei propri genitori disabili anche se ciò significa rinunciare alla propria carriera lavorativa (anno 2007; dato riferito solo a coloro che hanno esperienze sul tema della non autosufficienza)**



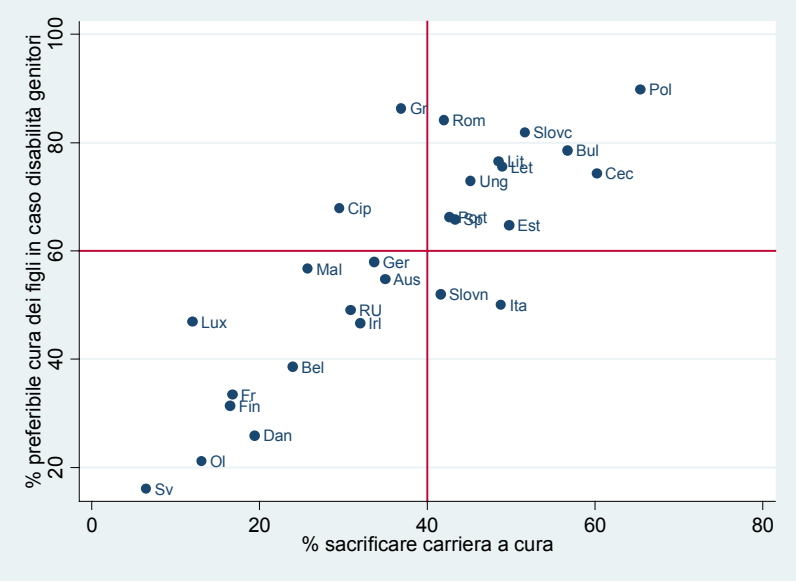
* Si tenga presente comunque che tali percentuali non variano in maniera significativa se si considera l'intero campione.

Fonte: elaborazioni a partire dai microdati Eurobarometro (2007).

Se si passa dalle opinioni in merito alle responsabilità di cura a quelle più specifiche relative alle possibili conseguenze in termini di conciliazione fra assistenza e lavoro per i carer informali, il quadro appena descritto cambia solo per alcuni versi. Se la domanda precedente riguardava la concezione che nei vari paesi si ha dei rapporti fra genitori e figli e delle relative responsabilità fra generazioni, la domanda sulla conciliazione permette di analizzare meglio come si costruisca nell'immaginario collet-

tivo il collegamento fra lavoro e «doveri» di assistenza, in un'ottica di genere, visto che in forte prevalenza i carer familiari sono donne.
In parte la classificazione dei paesi illustrata nel grafico precedente si mantiene immutata anche in questo caso: buona parte dei paesi dell'Europa centro-orientale tende ad esprimere un orientamento che prevede come il lavoro (femminile) debba essere teoricamente sacrificabile nel caso vi siano compiti di cura verso genitori fragili, mentre all'opposto in Francia, Benelux e Scandinavia sono largamente minoritarie queste posizioni. Nel centro della distribuzione vengono a trovarsi due sottogruppi di paesi: quelli che registrano come una percentuale fra il 40% e il 50% della popolazione sia d'accordo con l'idea del «sacrificio» della carriera da parte del caregiver (si tratta di varie realtà del Centro-Est Europa e dell'area meridionale), e quelli con valori compresi fra il 30% e il 40% (fondamentalmente area continentale germanica e anglosassone).

*Figura 5 - Percentuale di individui che ritiene che i figli debbano prendersi cura dei propri genitori disabili anche se ciò significa rinunciare alla propria carriera lavorativa (anno 2007; dato riferito solo a coloro che hanno esperienze sul tema della non autosufficienza)**



* Si tenga presente comunque che tali percentuali non variano in maniera significativa se si considera l'intero campione.
Fonte: elaborazioni degli autori a partire dai microdati Eurobarometro (2007).

Se si considerano contemporaneamente le risposte alle due domande si nota una forte congruenza e correlazione fra le due: a livello di paesi il coefficiente di correlazione fra le due variabili è positivo e pari a 0,829. Ciò non toglie che, per quasi tutti i paesi, sono mediamente più basse le percentuali di adesione all'idea del sacrificio della carriera per motivi di cura rispetto alla domanda più generale sulla soluzione ottimale rispetto all'assistenza di genitori non autosufficienti. Questo significa, ad esempio, che in Germania se la maggioranza della popolazione è d'accordo con l'idea che i figli siano la migliore soluzione per la cura dei genitori (58%), solo un terzo degli individui è del parere che si debba sacrificare la carriera sull'altare dei doveri filiali di assistenza. Vi sono solo alcune eccezioni a questa regola generale e una delle più interessanti è rappresentata dall'Italia e dalla Grecia (figura 5): se nell'area greca (Grecia e Cipro) alla preferenza per la cura da parte dei figli non corrisponde un'uguale propensione a premere sui caregiver (donne) nel lasciare il lavoro per motivi di cura, in Italia, invece, le opinioni sui due fenomeni sono strettamente intrecciate e riscuotono praticamente le stesse percentuali.

4. Le caratteristiche dell'offerta pubblica

4.1 Copertura e livelli di finanziamento

I sistemi nazionali di *long-term care* presentano caratteristiche molto differenziate a causa della loro diversa definizione istituzionale. I programmi di 0,829 sono stati creati dai diversi paesi, infatti, in periodi storici diversi, con l'obiettivo di completare o sostituire i sistemi precedenti di tutela dell'invalidità e della non autosufficienza. Il sentiero istituzionale precedente ha così contribuito, in ciascun paese, a definire i sistemi di Ltc in modo molto differenziato. Va anche considerato che la suddivisione delle funzioni di tutela tra i diversi comparti del welfare risulta diversa da paese a paese, contribuendo a rendere difficile la comparazione dei dati. Infine, in pressoché tutti i paesi avanzati lo sviluppo di sistemi pubblici di tutela non ha condotto alla creazione di sistemi completi di fornitura dei servizi, lasciando ampio spazio a modalità miste di finanziamento della Ltc.

Questi diversi aspetti spiegano perché le statistiche oggi disponibili sull'offerta pubblica di programmi di Ltc sono alquanto lacunose, considerando sia la spesa pubblica che l'entità delle prestazioni forni-

te. A fronte della quantità e della ricchezza dei dati oggi resi disponibili dalle numerose istituzioni che hanno pubblicato recenti rapporti sui sistemi di Ltc, sta una notevole imprecisione delle informazioni e parecchie contraddizioni. Per questo motivo limiteremo le nostre analisi a quei dati che mostrano maggiore affidabilità e consistenza nel tempo.

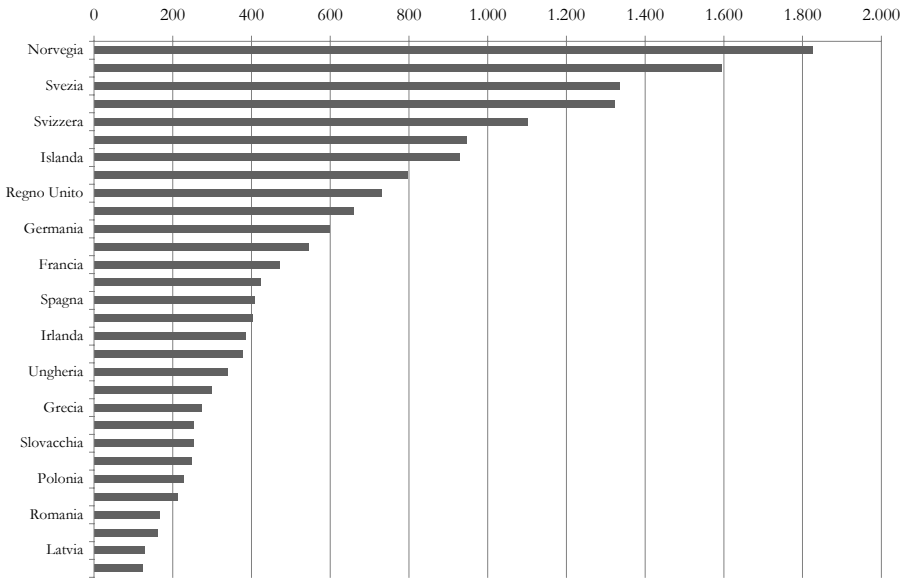
In linea generale va innanzitutto osservato che l'intervento pubblico nel campo della Ltc è ancora relativamente poco sviluppato in tutti i paesi avanzati. L'entità complessiva della spesa per Ltc rappresenta, nella media dei paesi Ocse, l'1,2% del Pil nazionale (la stessa media vale anche per i paesi europei). Se si considera anche la spesa previdenziale per l'invalidità, il peso sui Pil nazionali raggiunge il 2% in media. Sul complesso della spesa per la protezione sociale stimata da Eurostat, l'incidenza della spesa per la popolazione disabile è intorno all'8% e risulta sostanzialmente stabile per tutto l'ultimo decennio. Si tratta di somme notevolmente inferiori alla spesa sostenuta dagli stessi paesi per finanziare i programmi pensionistici (cui viene allocato il 40% circa della spesa sociale pubblica) oppure i servizi sanitari (cui viene allocato altrettanto, ovvero un altro 40% circa della spesa complessiva). Ciò nonostante, come abbiamo già affermato, si tratta di uno dei campi di policy maggiormente innovativi degli ultimi venti anni, pur non evidenziando dinamiche particolarmente evidenti di aumento della spesa pubblica.

Prima di osservare le dinamiche, consideriamo la differenziazione esistente tra i paesi europei, aggiungendo alcuni paesi Ocse su cui sono disponibili informazioni equivalenti (si veda figura 6). Sulla base dei dati Espross aggiornati al 2008, consideriamo la quota di spesa per Ltc in termini di euro pro capite (aggiustata per il diverso potere di acquisto dei paesi). Emerge un primo blocco di paesi in cui la spesa per Ltc pro capite supera i 900 euro, che include tutti i paesi nordici (nell'or-dine: Norvegia, Svezia, Danimarca e Finlandia), il Lussemburgo, la Svizzera e l'Islanda. In questi paesi i programmi di Ltc costituiscono oggi uno dei pilastri del sistema di welfare, assorbendo dal 12% al 17% della spesa sociale complessiva. In questi paesi la spesa per Ltc rappresenta una quota superiore al 50% della spesa sanitaria complessiva: un chiaro segnale di come queste politiche abbiano assunto oggi una notevole centralità anche nei confronti dei settori tradizionali del welfare state.

In un secondo blocco di paesi la spesa per Ltc supera i 700 euro e arriva a 900 euro pro capite: una quota ancora rilevante che segnala un

certo investimento in queste politiche. Ricadono in questo blocco Regno Unito, Paesi Bassi, Austria, Germania, Belgio e Francia. Molti di questi paesi hanno introdotto negli ultimi anni nuovi programmi di Ltc, aumentando di conseguenza lo sforzo finanziario.
Segue un terzo blocco di paesi in cui la spesa supera i 300 euro pro capite. Troviamo qui i paesi dell'Europa mediterranea insieme a Irlanda e a due paesi dell'Europa centro-orientale: Slovenia e Ungheria. Tutti gli altri paesi, tra cui ricadono gran parte dei paesi dell'Est Europa e la Grecia, sono caratterizzati da una spesa per Ltc inferiore a 300 euro pro capite.

Figura 6 - Quota della spesa per Ltc in Pps (Parità potere d'acquisto) pro capite (anno 2008)

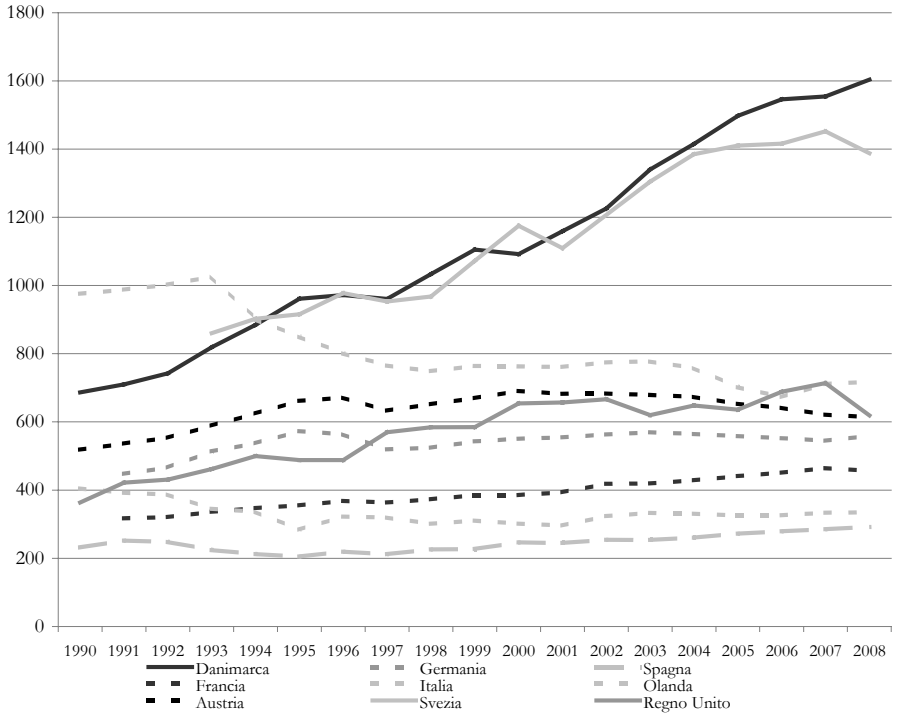


Fonte: dati Espross, Eurostat (2010).

In linea generale, questi dati mostrano come il volume di spesa assorbita dalle politiche di Ltc dipenda innanzitutto dal timing dell'innovazione istituzionale. I paesi che spendono più generosamente nella Ltc sono anche quelli che hanno introdotto precocemente, rispetto agli altri, programmi ad hoc, come è accaduto per i paesi nordici. Oltre a questo fattore storico, conta naturalmente anche l'innovazione

istituzionale più recente, che ha sospinto verso l'alto della graduatoria paesi – come la Germania, la Svizzera, i Paesi Bassi e l'Austria – nei quali l'introduzione di riforme è stata accompagnata da un aumento dello sforzo finanziario. L'Italia, infine, occupa una posizione modesta, determinata in buona parte dall'assenza di innovazione istituzionale in questo campo nell'ambito degli ultimi venti anni. In generale i paesi dell'Europa mediterranea e dell'Europa centro-orientale appaiono quelli che meno spendono in programmi di Ltc. Il gap per i cittadini di questi paesi rispetto a quelli dei paesi dell'Europa settentrionale e centro-occidentale è molto elevato: in media un cittadino svedese o danese ha a disposizione prestazioni di Ltc pari ad una spesa almeno tre volte superiore a quella di un cittadino italiano o spagnolo.

Figura 7 - Andamento della spesa pro capite per disabili, in euro Pps (anni 1990-2008)



Fonte: dati Espross, Eurostat (2010).

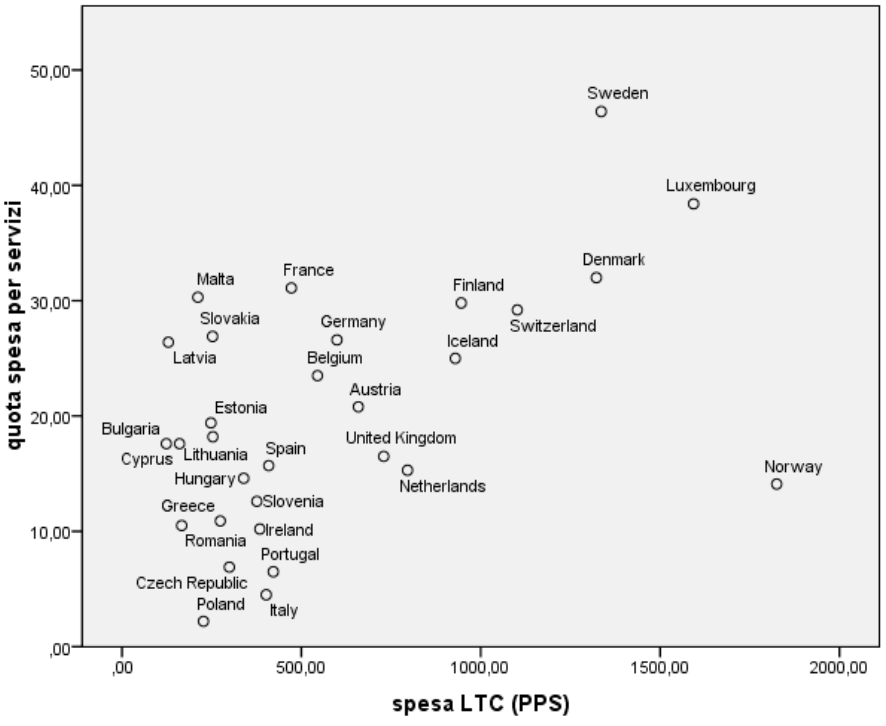
La dinamica della spesa per Ltc nelle ultime due decadi vede, a fronte dei cambiamenti istituzionali a cui abbiamo accennato, una sostanziale staticità del flusso di spesa. I dati Espross consentono di ricostruire le dinamiche della spesa a cominciare dall'inizio degli anni novanta sino al 2008. Dagli andamenti emerge come diversi paesi non abbiano conosciuto variazioni rilevanti, e anzi siano dominanti trend di spesa negativi (con l'importante eccezione di Danimarca e di Svezia). In generale, dunque, le dinamiche della spesa per Ltc hanno visto, a fronte di un forte aumento della domanda di cura, una generale inerzia e la tendenza in diversi paesi alla contrazione della spesa. L'innovazione istituzionale in questo campo di policy è dunque avvenuta contemporaneamente ad uno sforzo di equilibrare la necessità di soddisfare la domanda crescente con quella di contenere i costi pubblici. Un passaggio stretto di cui si notano i risultati nel diagramma di figura 7.

La configurazione dei sistemi di Ltc cambia notevolmente se le prestazioni fornite sono rappresentate da servizi *in kind* oppure da trasferimenti monetari. Se nel primo caso vengono offerti servizi di cura sia residenziali che domiciliari, nel secondo caso i trasferimenti cash lasciano agli individui e alle famiglie la responsabilità di organizzare la cura. La distinzione tra «care» e «cash» è tuttavia meno netta di quanto possa sembrare. Negli ultimi dieci anni sono infatti stati introdotti diversi programmi di «cash for care», in cui il trasferimento monetario è finalizzato all'acquisto di specifici servizi di cura. Non sempre le statistiche disponibili tengono conto della finalizzazione specifica di queste misure, confondendole con altre prestazioni cash per le quali non è previsto alcun vincolo di destinazione (come è il caso, ad esempio, dell'indennità di accompagnamento in Italia).

Pur con queste cautele, la figura 8 mostra la quota di spesa per Ltc destinata a servizi di cura, ordinando i paesi sulla base della generosità complessiva delle loro prestazioni. Emerge come i paesi più generosi sono generalmente anche quelli che maggiormente investono in servizi di cura (con la significativa eccezione della Norvegia). Si tratta di un risultato atteso, giacché il costo dei servizi residenziali e domiciliari è assai più elevato che quello relativo ad una prestazione cash. I paesi nordici ricadono in gran parte in questa situazione, insieme a Lussemburgo e Svizzera. Tra i paesi che hanno sviluppato una componente significativa di servizi rientrano anche Francia e Germania (insieme a Belgio, Slovacchia e alcuni altri paesi di minore dimensione), ovvero i due grandi paesi continentali che hanno introdotto nuove misure specifiche di Ltc. In altri paesi che hanno introdotto cambiamenti – come

Austria, Regno Unito e Paesi Bassi (ma in questo caso il «personal budget» viene conteggiato come cash pur costituendo una prestazione monetaria convertibile esclusivamente in servizi professionali) – le prestazioni cash assorbono ben l'80% della spesa complessiva. Anche in questo caso si tratta di risultati attesi, se si considera la struttura dei sistemi di Ltc di questi paesi. Infine, i paesi dell'Europa meridionale e orientale mostrano non solo una minore generosità dei programmi di Ltc, ma anche una forte propensione a sviluppare quasi esclusivamente misure cash. Significativo è il caso dell'Italia, in cui oltre il 95% della spesa è rappresentata da trasferimenti finanziari.
Se dal finanziamento si passa a considerare il grado di copertura del fabbisogno garantito dai programmi di Ltc, emerge un quadro più completo e chiaro della differenziazione esistente.

Figura 8 - Quota di spesa per Ltc (in Pps pro capite) destinata a servizi e ammontare della spesa per Ltc complessiva (in Pps pro capite) (anno 2008)



Fonte: dati Espross, Eurostat (2010).

In questo caso sono stati considerati soltanto la copertura dei servizi rivolti alla popolazione dipendente in età anziana, in cui si concentra gran parte del bisogno di cura. La figura 9 presenta una stima del tassi di copertura, insieme alla dinamica intervenuta nel periodo intercorrente tra la metà degli anni novanta e la metà degli anni duemila (in cui si sono concentrate le maggiori innovazioni istituzionali).

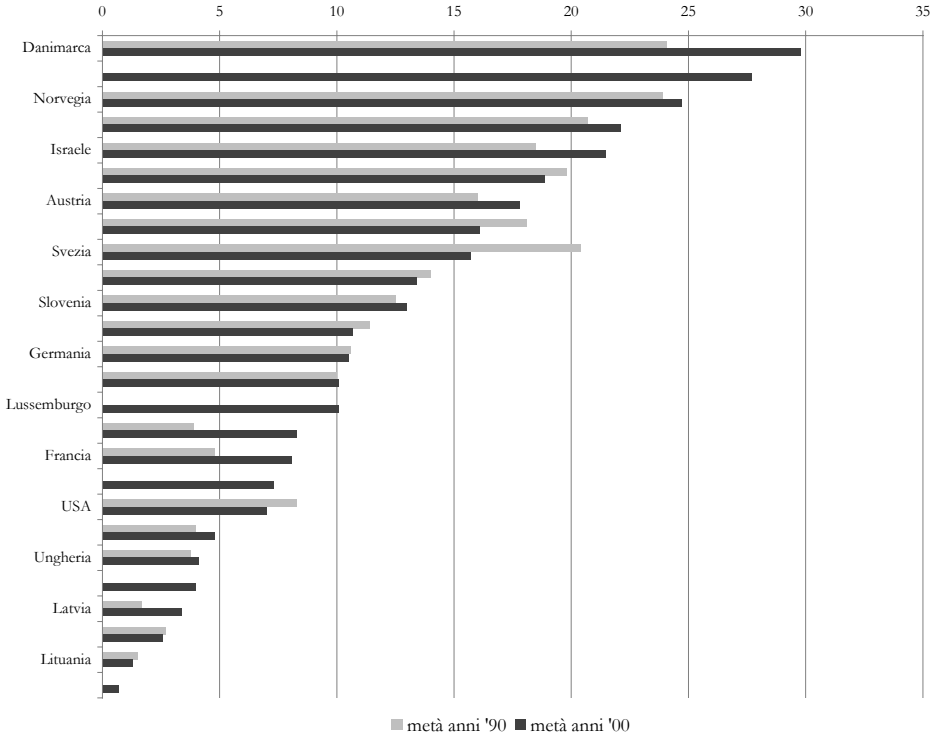
Osservando i tassi complessivi di copertura, emerge come i paesi nordici, unitamente ai Paesi Bassi (e a Israele), mostrano tassi superiori al 20% della popolazione over 65. Una copertura ancora molto elevata (oltre il 15%) è presente anche in Svizzera, Austria, Regno Unito e Svezia. Tra il 10% e il 15% si collocano paesi come la Slovenia, la Repubblica Ceca e la Germania. Tutti gli altri paesi denunciano un tasso complessivo inferiore al 10%, con l'Italia e altri paesi dell'Europa centro-orientale ad un livello di copertura inferiore al 5%.

Le dinamiche intercorrenti nel decennio 1995-2005 sono di grande interesse perché evidenziano il segno delle innovazioni in corso. Come si può notare, tra i paesi in crescita ci sono tutti i paesi di fascia alta (a partire dalla Danimarca, che ha un aumento di oltre 5 punti percentuali), e alcuni di fascia medio-alta (Austria e Slovenia). Denunciano un trend marcatamente positivo anche Francia (che passa da 4,8% a 8,1%) e Spagna (che passa da 3,9% a 8,3%). I paesi continentali che avevano già raggiunto un livello di copertura intorno al 10%, come Germania, Repubblica Ceca e Irlanda, hanno mantenuto sostanzialmente la quota precedente. Infine, alcuni paesi con copertura bassa, come Italia, Ungheria e Lettonia, hanno conosciuto un incremento insufficiente a colmare il gap rispetto agli altri paesi europei. Alcuni paesi, invece, hanno conosciuto una notevole decrescita nel livello di copertura, risultato di politiche finalizzate a tagliare i costi e a restringere il target dei programmi di Ltc. Tra questi paesi spiccano Svizzera (-1 punto percentuale), Regno Unito (-2), Usa (-1,5) e soprattutto la Svezia (da 20% a 15%).

Se il tasso di copertura misura la capacità dei programmi di Ltc di soddisfare la domanda di cura emergente, la dinamica in atto appare chiara. Sono compresenti tre dinamiche fondamentali. Alcuni paesi hanno attuato un'estensione delle politiche di Ltc, che ha consentito loro di approdare ad una copertura pressoché completa del bisogno sociale: si tratta di alcuni paesi nordici (come Danimarca, Norvegia, Finlandia) e di alcuni paesi continentali (Paesi Bassi e Austria) che hanno introdotto riforme significative nel corso del periodo considerato. Una dinamica marcatamente positiva ha anche consentito ad al-

cuni altri paesi continentali, come Francia e Spagna, di raggiungere un tasso di copertura vicino a quello già raggiunto dalla Germania alla metà degli anni novanta (intorno al 10%).
Un secondo trend ha interessato i paesi che avevano già raggiunto un livello abbastanza elevato di copertura nella fase precedente a quella analizzata. È questo il caso di Germania, Canada e alcuni paesi centro-orientali (Repubblica Ceca e Slovenia). In questi casi il decennio considerato ha visto una sostanziale stabilità del tasso di copertura. Altri paesi, come l'Italia e gran parte dei paesi dell'Europa centro-orientale, hanno segnato un incremento troppo modesto per colmare il gap rispetto ai paesi più avanzati, aumentando così la loro distanza rispetto agli standard europei.

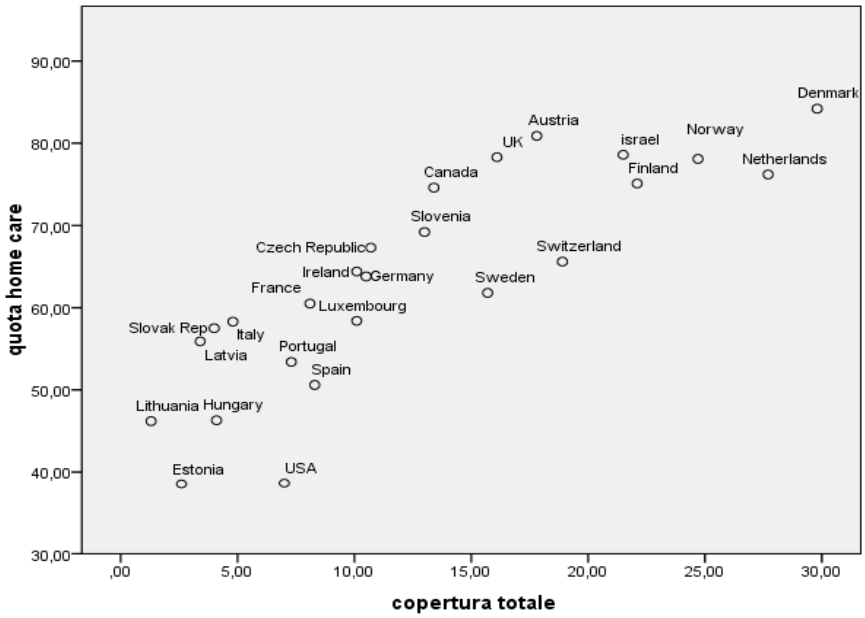
Figura 9 - Tassi di copertura delle prestazioni di Ltc sulla popolazione over 65 anni (metà anni '90 e metà anni 2000)



Fonte: dati Espross, Eurostat (2010).

Infine, alcuni paesi hanno conosciuto un vero e proprio *retrenchment* dei programmi di Ltc, che è stato determinato dal prevalere delle esigenze di contenimento dei costi su quelle di estensione della domanda di cura. Si tratta di una dinamica inversa rispetto a quella segnalata in precedenza, che ha colpito paesi che già disponevano di programmi largamente estesi, come Svizzera, Regno Unito e Svezia.

Figura 10 - Tassi di copertura complessiva delle prestazioni di Ltc sulla popolazione over 65 anni e quota di copertura totale assorbita da servizi domiciliari (metà anni 2000)



Fonte: dati Espross, Eurostat (2010).

La composizione interna della copertura riflette naturalmente la struttura dei servizi di Ltc esistente in ciascun paese. I dati disponibili consentono soltanto di valutare la distinzione tra servizi domiciliari e servizi residenziali. Nel corso degli ultimi venti anni l'accento è stato messo sempre più sullo sviluppo dei servizi domiciliari, per ragioni che uniscono alla convenienza economica di questi servizi (soprat-

tutto se forniti senza garantire una forte intensità ma contando sull'esistenza di aiuti familiari o di un'assistenza privata a pagamento) l'obiettivo di mantenere la persona dipendente quanto più possibile nel proprio ambiente di vita quotidiana (la parola d'ordine in Europa è stata infatti «*ageing in place*»).

Non colpisce quindi che ci sia una evidente correlazione lineare (si veda figura 10) tra il tasso complessivo di copertura e la prevalenza di servizi domiciliari (calcolata considerando la quota di copertura totale della domanda assorbita dai servizi domiciliari)[3]. Mentre nei paesi con copertura Ltc molto elevata la quota di utenti di assistenza domiciliare raggiunge l'80-90% dell'utenza complessiva, nei paesi a copertura più modesta la quota di utenti beneficiari di «home care» è tra il 40% e il 60%. Questi dati segnalano che la diffusione di servizi per la Ltc è avvenuta soprattutto grazie all'aumento dei servizi domiciliari.

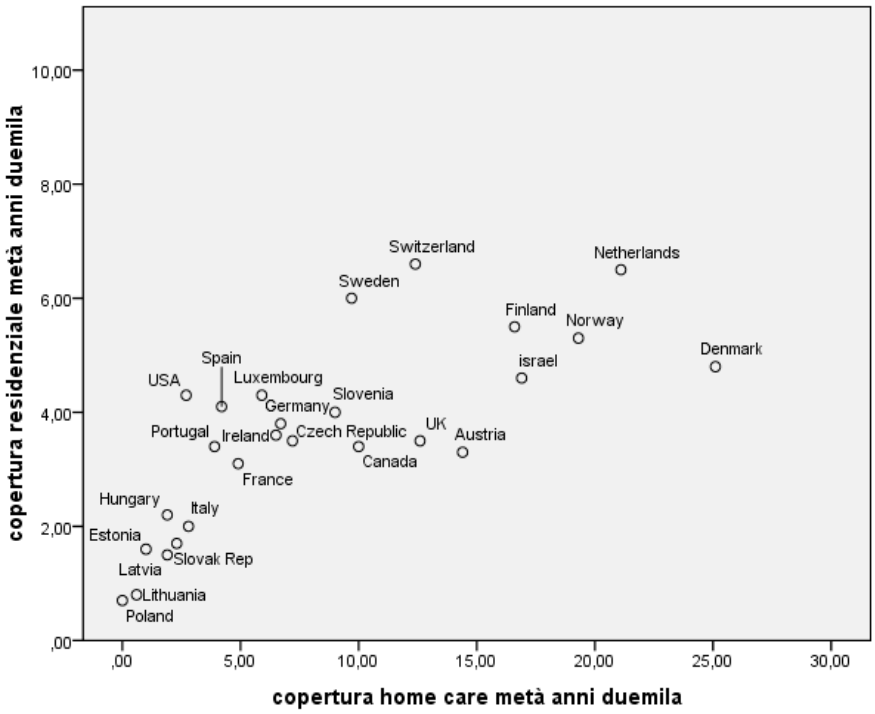
Il diverso mix tra assistenza domiciliare e servizi residenziali identifica anche alcune differenziazioni di rilievo tra i diversi paesi europei (si veda figura 11). I dati aggiornati a metà degli anni duemila mostrano l'esistenza di almeno quattro gruppi di paesi. Un primo gruppo raccoglie i paesi che mostrano un tasso di copertura molto elevato sia nei servizi domiciliari che residenziali: si tratta dei paesi nordici e di Israele. Da questi paesi si stacca la Svezia, insieme alla Svizzera, che ha ridotto alquanto, grazie alle politiche di targeting degli ultimi anni, la copertura dei servizi domiciliari (si veda anche figura 7 per un raffronto con la situazione a metà degli anni novanta). Un secondo gruppo di paesi si colloca all'estremo opposto, ed è caratterizzato da bassi tassi di copertura sia nell'home care che nell'assistenza residenziale: spicca tra questi paesi, tutti di localizzazione centro-orientale, la presenza dell'Italia. Il diagramma riferito agli anni novanta includeva in questo gruppo anche Francia e Spagna, che nell'arco dell'ultimo decennio, come abbiamo già mostrato, segnano un notevole miglioramento del loro tasso di copertura.

L'aggregato intermedio include due tipi, uniti dal fatto di avere un tasso di copertura dei servizi residenziali intorno al 4%. Ciò che li distingue è tuttavia il grado di sviluppo dei servizi domiciliari. Mentre alcuni paesi, come Francia, Spagna, Germania, Stati Uniti, hanno un tasso di

[3] I dati disponibili non consentono purtroppo di considerare anche la copertura dei programmi cash. La quota di copertura dei servizi domiciliari contiene comunque anche la quota di utenti che ricevono prestazioni cash for care, ovvero somme di denaro spendibili soltanto per acquisire cura domiciliare.

copertura dell'home care intorno al 5%, altri paesi, come Austria, Canada e Regno Unito, hanno sviluppato prestazioni domiciliari capaci di «catturare» oltre il 10% della popolazione anziana.

Figura 11 - Tassi di copertura dei servizi domiciliari e di quelli residenziali (metà anni 2000)

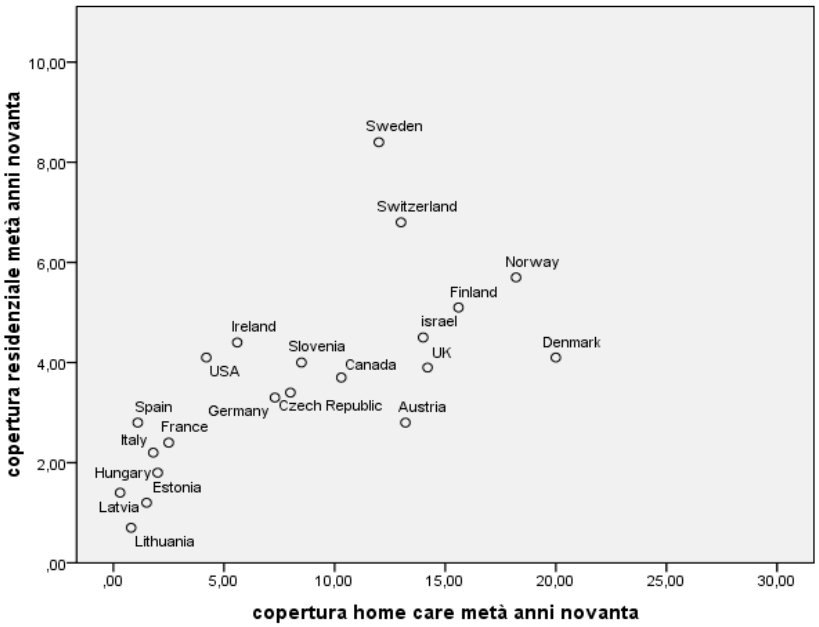


Fonte: dati Espross, Eurostat (2010).

Combinando insieme i dati di spesa con quelli relativi alla copertura, emerge una sostanziale coerenza tra i diversi indicatori (si veda figura 13). Emergono sostanzialmente tre gruppi di paesi. Un gruppo con livello di spesa molto elevato (oltre 1.000 euro Pps pro capite) e copertura elevata della domanda (tassi superiori al 15%), che include i paesi nordici e la Svizzera: paesi che dispongono di un modello di Ltc ad impronta universalistica e con la tensione alla completezza dei servizi offerti. Un secondo gruppo, opposto al primo, include i paesi con

livello della spesa almeno la metà di quello del primo gruppo (non oltre 500 euro Pps pro capite) e con tassi di copertura inferiori al 5%, in cui la Ltc costituisce un sistema ancora residuale e poco sviluppato: tale gruppo include gran parte dei paesi dell'Europa meridionale e centro-orientale.

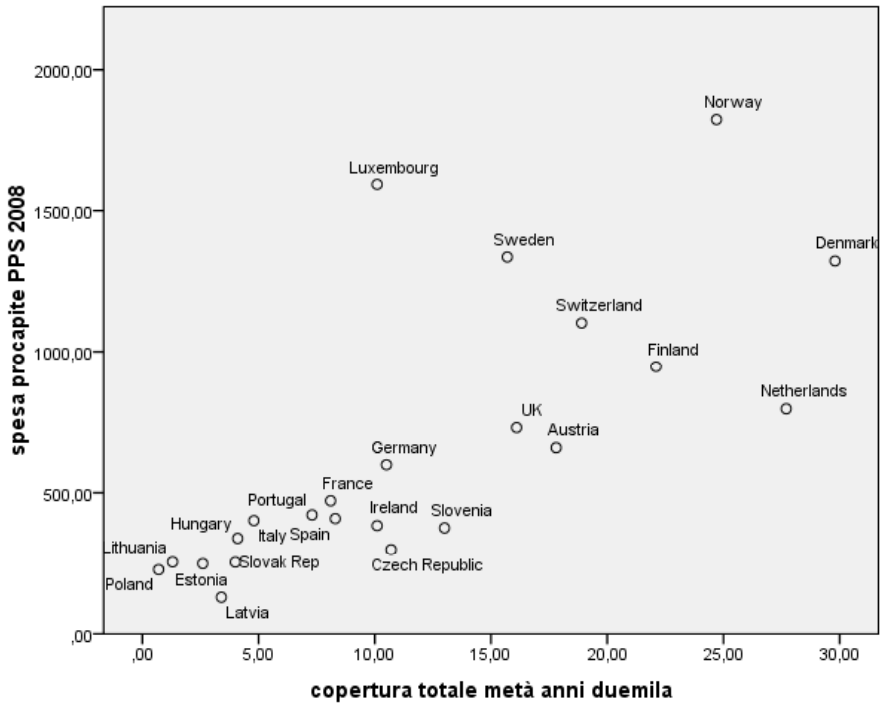
Figura 12 - Tassi di copertura dei servizi domiciliari e di quelli residenziali (metà anni '90)



Fonte: dati Espross, Eurostat (2010).

Il terzo gruppo, intermedio tra i due, vede alcuni paesi europei che hanno fatto investimenti finanziari significativi nella Ltc, in epoche diverse e seguendo modelli istituzionali e organizzativi diversificati, come abbiamo visto. In questi paesi la spesa raggiunge un livello intermedio tra i 500 euro e i 1000 euro (sempre Pps) pro capite, mentre i tassi di copertura sono molto variabili, ma accomunati dal superare la soglia del 5% della popolazione anziana. Questo insieme alquanto eterogeneo raccoglie i paesi che, in un senso o nell'altro, hanno affrontato delle innovazioni istituzionali significative negli ultimi venti anni.

Figura 13 - Tassi di copertura complessivi per la popolazione anziana (metà anni duemila) e livello della spesa per Ltc (in Ppa; anno 2008)



Fonte: dati Espross, Eurostat (2010).

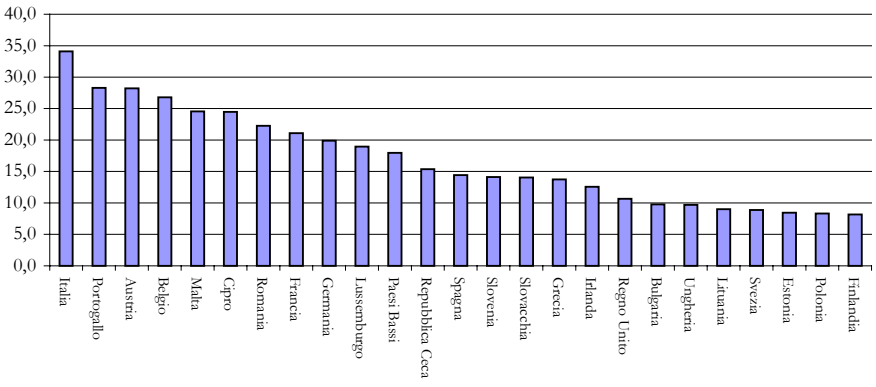
Si va dalla Francia e la Germania, sino a paesi come Austria e Regno Unito, per giungere al caso particolare dei Paesi Bassi, l'unico dei paesi continentali ad offrire un livello di copertura dei bisogni di Ltc equivalente a quello dei paesi scandinavi. Questi paesi in una posizione intermedia sono quelli che mostrano le tendenze più dinamiche nel corso degli ultimi venti anni, e che saranno oggetto di una ricostruzione specifica del loro sentiero di innovazione istituzionale e politica.

4.2 Comportamenti e soddisfazione dei cittadini

Se si passa dall'analisi dei dati di spesa e di copertura ai comportamenti e alle valutazioni che i cittadini danno del proprio sistema di Ltc, notiamo una certa, se non forte, congruenza fra le due serie di dati.

La figura 14 mostra, innanzitutto, una specificità italiana nel panorama europeo: la percentuale di persone che dichiara di aver pagato o di pagare per attività di cura a favore dei propri genitori è la più alta in Europa (34,1%). L'Italia sembra staccarsi dagli altri paesi che seguono in questa specifica classifica: Portogallo, Austria, Belgio, Cipro e Malta si collocano attorno a valori del 25-28%. È ipotizzabile che in alcuni di questi paesi (Italia e Austria, ad esempio), la spesa privata delle famiglie sia sostenuta da particolari sistemi di intervento pubblico che favoriscono i trasferimenti monetari ai servizi.
Nella situazione opposta troviamo, invece, i paesi scandinavi, assieme a quelli baltici e al Regno Unito, dove le persone che spendono per assistenza ai propri genitori rappresentano il 10% circa. Fra questi due estremi troviamo tutti gli altri paesi, tra cui alcuni caratterizzati da una diffusione più ampia del fenomeno (ad esempio i paesi occidentali continentali, con valori attorno al 20%) e altri da una diffusione relativamente più limitata (altri paesi mediterranei e dell'Europa centro-orientale).

Figura 14 - Percentuale di cittadini che dichiara come attualmente o in passato abbia pagato per servizi di cura ai propri genitori (percentuale calcolata sui rispondenti con più di 40 anni; anno 2010)



Fonte: rielaborazioni degli autori da microdati Eurobarometro (2010).

Se passiamo alle valutazioni del sistema pubblico di Ltc espresse dalle persone che hanno avuto esperienza diretta (personale o tramite familiari) o indiretta (tramite altri parenti, vicini e amici) del funzionamento di tale sistema di cure, notiamo fortissime variazioni fra paesi.

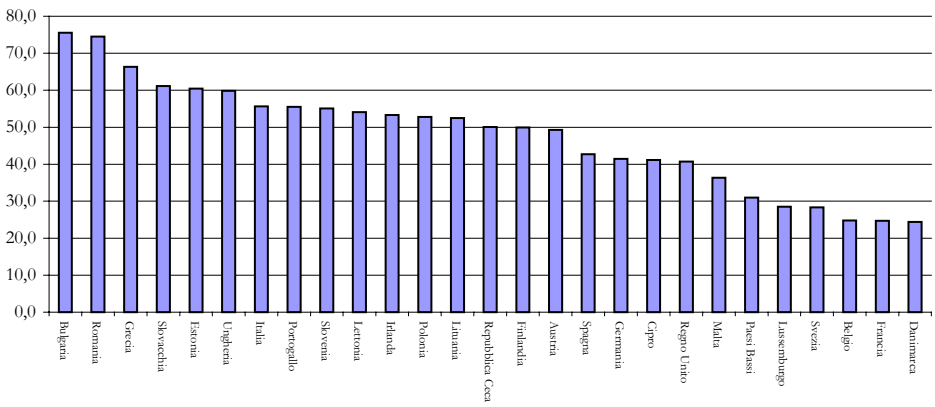
La figura 15 sintetizza le valutazioni medie di insoddisfazione per ciascun paese, mentre la tabella 3 riporta come tale livello di insoddisfazione sia collegato a vari aspetti della cura (la qualità, l'accessibilità e il costo).

I paesi in cui sembra più critica la situazione sono la Bulgaria e la Romania, seguite dalla Grecia, dove come minimo i due terzi di coloro che hanno avuto esperienze con i propri sistemi di Ltc si dichiarano complessivamente insoddisfatti. L'Italia si pone in un secondo gruppo di paesi in cui sono oltre la metà i cittadini che esprimono giudizi negativi: in questo gruppo si trovano praticamente tutti gli altri paesi dell'Europa centro-orientale, assieme a Portogallo e Irlanda.

I tassi di insoddisfazione calano sotto il 30% circa nei paesi scandinavi, nel Benelux e in Francia.

In una situazione intermedia si vengono a trovare Spagna, Germania e Regno Unito (con valori attorno al 40%).

Figura 15 - Percentuale di cittadini insoddisfatti per il funzionamento complessivo del proprio sistema di Ltc



Fonte: Eurobarometro (2007).

Questo quadro complessivo viene in buona parte confermato nel momento in cui si analizza la soddisfazione dei cittadini per le principali dimensioni inerenti gli interventi di cura alla non autosufficienza sia domiciliari che residenziali: la qualità dei servizi, la facilità di accesso ad essi e i relativi costi.

Vista la numerosità di dati riportati nella tabella 3, si è deciso di orga-

Qui tab 3

nizzare le informazioni riportando i valori per i singoli paesi, ma organizzandoli all'interno di cluster[4]. Complessivamente emergono quattro profili:

- vi è un *primo gruppo di paesi*, composto da quasi tutti quelli scandinavi, assieme a Francia e Benelux, in cui i cittadini sono in maggioranza (spesso ampia) *soddisfatti del proprio sistema di Ltc sotto tutti i profili*, tranne che, in parte e solo per alcuni casi nazionali, per i problemi di costi da sostenere per l'inserimento di anziani in strutture residenziali (Francia, Belgio e Lussemburgo);
- un *secondo gruppo di paesi* assomiglia al precedente ma se ne stacca più fortemente per *l'insoddisfazione rispetto ai costi sia domiciliari che residenziali*; in contesti quali Austria, Germania, Regno Unito e Spagna sembra porsi un trade-off abbastanza rilevante fra, da un lato, qualità e accesso, dall'altro costi dell'assistenza;
- la gran parte dei paesi del Centro-Est Europa, assieme a Italia, Portogallo, Finlandia e Irlanda, appartengono al *terzo gruppo*, in situazione critica, in cui i cittadini sono *parzialmente soddisfatti della qualità degli interventi, ma fortemente scontenti sotto il profilo della capacità di accesso e dei costi* che debbono sostenere per l'Ltc;
- il *quarto gruppo* appare quello assolutamente più in difficoltà ed è composto dall'area balcanica-sud orientale dell'Ue a 27 (Romania, Bulgaria e Grecia), in cui *i livelli di insoddisfazione raggiungono percentuali sempre molto accentuate per ogni voce*.

Il quadro fin qui ricostruito mostra, quindi, come vi sia una certa congruenza fra livelli di spesa e copertura pubblica, e valutazioni che i cittadini danno del funzionamento del proprio sistema di Ltc sotto varie prospettive (costi, accesso e qualità).

5. Gli impatti dei differenti modelli di cura

5.1 Diseguaglianze nell'accesso al servizio sanitario

L'indagine Eu-Silc di Eurostat rileva le ragioni per cui non è stato possibile soddisfare un bisogno di trattamenti medici. L'intento è esplorare le situazioni caratterizzate da un accesso ristretto o partico-

[4] In particolare l'allocazione dei paesi ai vari cluster è stata effettuata utilizzando una cluster analysis gerarchica (metodo ward).

larmente difficoltoso alle cure sanitarie. Si è deciso di utilizzare questa variabile e metterla in relazione ad un insieme di altre variabili che, sempre nella stessa indagine, permettono di individuare quelle persone che hanno problemi di salute di natura cronica. A tal fine si sono impiegate tre variabili presenti in Eu-Silc (la valutazione del proprio stato di salute, la presenza di malattie croniche e la difficoltà a compiere funzioni quotidiane per via di problemi di salute), per ricavarne una che distingue gli individui fra quelli: in buona salute; con alcuni problemi; con seri problemi di salute. Considerando solo gli anziani, le analisi contenute in questo paragrafo si basano su queste due variabili: le difficoltà di accesso ai servizi sanitari e la presenza di problemi di salute. La tabella 4 riporta sinteticamente i risultati di regressioni probit in cui si è cercato di comprendere quanto i problemi di salute degli anziani finiscano per incidere sul mancato accesso a cure e servizi sanitari. Le regressioni sono state controllate anche per altre variabili indipendenti (età, genere, nazionalità, livello di istruzione), che non vengono però riportate in tabella, visto che il focus dell'analisi è concentrato sul rapporto fra stato di salute degli anziani e limiti all'accesso.

Emergono quattro gruppi di paesi, che in buona parte assomigliano a quelli che investono in maniera diversificata e seguendo modelli differenti in Ltc:

- i paesi scandinavi, il Benelux, la Francia e la Spagna non fanno registrare differenze di accesso ai servizi sanitari per gli anziani in base allo stato di salute di questi ultimi;
- l'area germanica e la Slovenia si presentano come contesti in cui le differenze emergono solo fra coloro che hanno seri problemi di salute e quelli che non ne hanno affatto; la Germania si pone a cavallo fra questo gruppo e il precedente, visto che presenta un effetto marginale appena significativo e, comunque, molto basso rispetto a quanto avviene negli altri paesi;
- i paesi anglosassoni e la Repubblica Ceca si caratterizzano per il fatto che lo stato di salute incide in maniera moderata sull'accesso ai servizi sanitari;
- tutti i restanti paesi, fondamentalmente del Sud e Centro-Est Europa, compresa l'Italia, si caratterizzano per il fatto che lo stato di salute (e la presenza di disabilità) degli anziani incide fortemente sulla possibilità di accesso a cure e servizi sanitari.

Tabella 4 - Regressioni probit in merito al ruolo giocato dallo stato di salute degli anziani sul mancato accesso a servizi sanitari (effetti marginali; cat. rif. buona salute)

	Paese	Anziani con alcuni problemi di salute	Anziani con seri problemi di salute
Paesi in cui il diverso stato di salute dell'anziano non incide sulla probabilità di accesso ai servizi sanitari	Belgio	Ns	Ns
	Danimarca	Ns	Ns
	Finlandia	Ns	Ns
	Francia	Ns	Ns
	Lussemburgo	Ns	Ns
	Paesi Bassi	Ns	Ns
	Spagna	Ns	Ns
	Svezia	Ns	Ns
Paesi in cui solo le situazioni di maggiori problemi di salute dell'anziano incidono sulla probabilità di accesso ai servizi sanitari	Austria	Ns	0,054***
	Germania	Ns	0,018*
	Slovenia	Ns	0,045***
Paesi in cui il diverso stato di salute dell'anziano incide in misura moderata sulla probabilità di accesso ai servizi sanitari	Repubblica Ceca	0,027**	0,061***
	Regno Unito	0,023***	0,068***
	Irlanda	0,024***	0,071***
Paesi in cui il diverso stato di salute dell'anziano incide fortemente sulla probabilità di accesso ai servizi sanitari	Ungheria	0,063***	0,102***
	Polonia	0,076***	0,104***
	Portogallo	0,043***	0,110***
	Cipro	0,032***	0,111***
	Italia	0,071***	0,113***
	Estonia	0,137***	0,167***
	Lituania	0,088***	0,191***
	Grecia	0,098***	0,196***
	Bulgaria	0,140***	0,202***
	Lettonia	0,102***	0,207***
	Slovacchia	0,128**	0,260***
	Romania	0,176***	0,288***

* sig. <0,05; ** sig. < 0,01; *** sig. <0,001.

Controllato per: età, genere, livello di istruzione, nazionalità

Fonte: elaborazioni degli autori da microdati Eu-Silc (2007; anno 2008 per Romania e Bulgaria).

Per non limitarsi ad una sola analisi di coefficienti di regressione e offrire un'idea più intuitiva e diretta dei risultati appena illustrati, la tabella 5 riporta la percentuale di anziani che dichiarano di non aver avuto accesso ai servizi sanitari sulla base del loro stato di salute (per

motivi di semplificazione si riportano solo le due categorie più estreme, e cioè gli anziani senza problemi di salute e quelli con problemi seri).

Tabella 5 - Percentuale di anziani che dichiarano problemi di accesso ai servizi sanitari sulla base del loro stato di salute (anno 2007; percentuali calcolate rispetto al totale di anziani con medesimo stato di salute)

	Paese	Anziani senza problemi di salute	Anziani con seri problemi di salute
Paesi in cui il diverso stato di salute dell'anziano non incide sulla probabilità di accesso ai servizi sanitari	Belgio	0,1%	0,4%
	Danimarca	0,0%	0,6%
	Svezia	0,1%	0,9%
	Spagna	0,7%	1,3%
	Lussemburgo	1,1%	1,5%
	Finlandia	0,8%	2,0%
	Francia	1,2%	2,0%
	Paesi Bassi	0,4%	2,4%
Paesi in cui solo le situazioni di maggiori problemi di salute dell'anziano incidono sulla probabilità di accesso ai servizi sanitari	Austria	0,9%	4,9%
	Germania	3,1%	4,8%
	Slovenia	2,3%	7,3%
Paesi in cui il diverso stato di salute dell'anziano incide in misura moderata su probabilità di accesso a servizi sanitari	Regno Unito	1,1%	3,9%
	Irlanda	0,5%	4,1%
	Repubblica Ceca	2,2%	7,4%
Paesi in cui il diverso stato di salute dell'anziano incide fortemente su probabilità di accesso a servizi sanitari	Italia	3,1%	11,2%
	Cipro	4,5%	12,8%
	Ungheria	4,1%	13,5%
	Portogallo	5,3%	14,2%
	Slovacchia	5,8%	15,5%
	Estonia	4,5%	16,3%
	Polonia	7,6%	17,0%
	Grecia	3,0%	19,1%
	Lettonia	4,7%	22,5%
	Bulgaria	15,6%	34,5%
	Lituania	19,6%	38,5%
	Romania	10,2%	56,0%

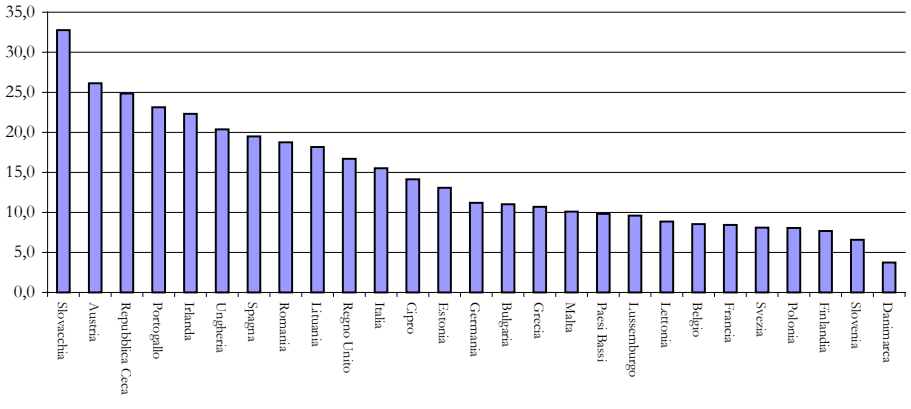
Fonte: elaborazioni degli autori da microdati Eu-Silc (2007; anno 2008 per Romania e Bulgaria).

Come si può notare, se ci si concentra soprattutto sul gruppo finale rappresentato dai paesi in cui il diverso stato di salute dell'anziano incide fortemente sulla probabilità di accesso ai servizi sanitari, la percentuale di anziani disabili o malati con problemi di accesso è estremamente alta e superiore al 10%. In Italia, a fronte di un 3% di anziani senza gravi problemi di salute con problemi di accesso ai servizi e alle cure, ve ne è un 11% fra quelli con seri problemi che non ha avuto accesso. La situazione appare particolarmente drammatica in Bulgaria (34,5%), Lituania (38,5%) e, soprattutto, Romania (56%), dove una buona parte degli anziani fragili ha difficoltà di accesso ai servizi.

5.2 L'impatto dei compiti di cura sul lavoro

Una seconda dimensione, che merita attenzione analizzare quando si discute dell'impatto del sistema di Ltc sulle famiglie e le persone con problemi di non autosufficienza, riguarda quali sono gli effetti sulla capacità di conciliazione fra cura e lavoro.

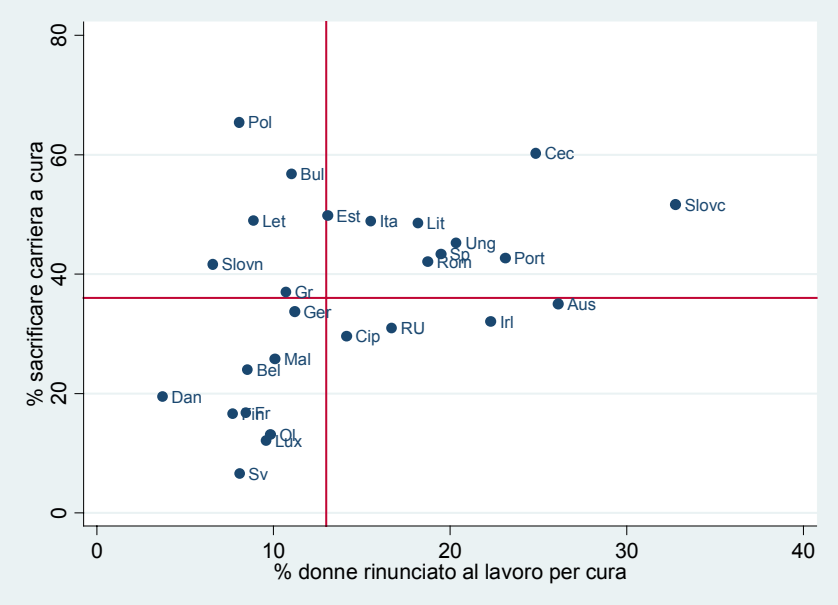
Figura 16 - Percentuale di donne che hanno rinunciato (parzialmente) a lavoro per compiti di cura (da disabilità) verso familiari stretti adulti o anziani (anno 2007; solo donne over 40 con familiari adulti o anziani disabili)



Fonte: elaborazioni a partire dai microdati Eurobarometro (2007).

Nel paragrafo 3.2 si sono riportati gli atteggiamenti rispetto al tema del rapporto fra «doveri» familiari e cura. In questo paragrafo si analizza, invece, quanto diffuso sia il fenomeno della rinuncia (anche parziale) al lavoro per via dei compiti di cura. Concentrandosi solo sulle donne che dichiarano di avere in famiglia persone adulte o anziane con disabilità, risulta come in media fra i paesi europei poco più di un decimo dei caregiver donne (circa il 13%) ha dovuto effettivamente lasciare il lavoro per compiti di assistenza o ha dovuto ridurre il carico lavorativo. La percentuale risulta più contenuta e pari o inferiore a quella media nei paesi scandinavi, in Germania, in Francia e nel Benelux, in vari paesi del Centro-Est Europa, Grecia, Cipro e Malta. Appare, invece, nettamente più alta in Austria, nelle aree della ex Cecoslovacchia, in Ungheria, Portogallo, Irlanda e Spagna. Italia e Regno Unito si pongono leggermente sopra la media complessiva, con valori attorno al 15-18%.

Figura 17 - Percentuale di donne che hanno rinunciato (parzialmente) al lavoro per compiti di cura (da disabilità) verso familiari stretti adulti o anziani (anno 2007; solo donne over 40 con familiari adulti o anziani disabili)



Fonte: elaborazioni degli autori a partire dai microdati Eurobarometro (2007).

La classifica riportata nella figura 16, che riguarda ciò che effettivamente accade sul mercato del lavoro, appare in parte differente da quella relativa agli atteggiamenti culturali in merito all'accettabilità della scelta di continuare a lavorare piuttosto che prendersi cura di familiari fragili: la correlazione fra le due variabili, seppur positiva e forte (0,441), è comunque meno robusta di quella fatta registrare da altri fenomeni analizzati in questo saggio. Le situazioni di incongruenza si registrano in due direzioni. La figura 17 mostra come soprattutto in molti paesi del Centro-Est Europa (Polonia in primis) ad una preferenza per forme di welfare familiare non corrisponda una rinuncia a partecipare al mercato del lavoro: ciò accade in Polonia, Bulgaria, Slovenia e Lettonia, ma in parte anche in Grecia e Germania. All'opposto in altri paesi, come quelli anglosassoni e l'Austria, la percentuale di donne che rinunciano (parzialmente) a lavorare per compiti di cura appare molto più alta in termini relativi rispetto al livello di preferenza per soluzioni familiari al problema dell'assistenza ad anziani non autosufficienti.

Utilizzando altre fonti, secondo la recente pubblicazione dell'Ocse, i caregiver hanno meno probabilità di essere occupati e hanno il 50% di probabilità in più dei non caregiver di essere casalinghe (tabella 6). Il gap tra tassi di occupazione dei caregiver e non caregiver è minore nei paesi del Nord Europa, maggiore in quelli del Sud (Grecia, Spagna ma anche Polonia). In Austria e Italia una percentuale elevata di caregiver si trova tra i pensionati (48,9% e 36,2% contro una media Ocse del 20%).

Nei paesi dell'Unione europea (Ue-27, dati Eurostat) le motivazioni prevalenti per cui le persone in età attiva (15-64 anni) dichiarano di non cercare lavoro si differenziano notevolmente sulla base del genere. Il peso delle responsabilità familiari in senso ampio è motivo prevalente di rinuncia alla partecipazione al mercato del lavoro per le donne a Malta, Cipro, in Spagna, Grecia, Lussemburgo, Portogallo (tra il 20 e il 40%); con percentuali comunque rilevanti in Romania, Belgio, Croazia, Austria, Irlanda, Germania, Slovenia, Bulgaria, Polonia (tra il 20 e il 10%). Le responsabilità familiari non incidono invece sulle scelte lavorative in Finlandia, Francia, Slovacchia, Ungheria, Svezia, Repubblica Ceca (tra 0,5% e 1,9%). Se si analizzano i dati sulle ragioni di inattività legate alla cura di persone non autonome, per ragioni dovute all'età o a disabilità, i paesi che raggiungono percentuali più elevate sono Regno Unito, Repubblica Ceca, Estonia, Slovacchia, Ir-

landa, Ungheria (tra il 28 e il 18%); Finlandia, Italia, Austria, Germania, Cipro, Polonia, Paesi Bassi, Spagna (14-16,5%). I paesi che si contraddistinguono per percentuali più basse sono Belgio, Croazia, Romania, Francia, Danimarca, Slovenia (2,5-5%).

Tabella 6 - Differenze fra carer e non carer sulla base del proprio status occupazionale

Paese	Pensionata/o		Occupata/o		Disoccupata/o		Casalinga	
	Carer (%)	Non carer (%)	Carer (%)	Non carer (%)	Carer (%)	Non carer (%)	Carer (%)	Non carer (%)
Australia	16,8	16,2	53,1	66,2	1,6	1,8	21,7	6,9
Austria	48,9	44,0	31,8	38,9	3,3	4,0	11,6	9,8
Belgio	22,3	25,6	39,0	42,7	10,5	6,0	16,5	13,0
Repubblica Ceca	34,7	43,4	44,7	48,1	11,2	5,6	0,3	0,0
Danimarca	19,1	22,2	59,0	60,6	7,0	5,9	1,3	1,7
Francia	24,0	25,5	51,6	52,7	4,3	6,1	13,8	9,3
Germania	23,5	20,5	48,2	53,8	9,7	11,2	11,9	8,9
Grecia	18,7	23,3	31,4	47,2	2,4	2,8	46,0	25,1
Irlanda	11,1	17,0	55,6	51,9	1,7	4,0	24,7	17,8
Italia	36,2	35,5	33,5	35,8	3,2	4,0	24,5	22,3
Corea	7,0	10,6	45,0	48,9	3,8	3,0	36,9	33,2
Paesi Bassi	6,5	11,0	52,4	5,1	2,9	3,0	27,0	17,6
Polonia	37,6	36,2	33,6	60,3	3,4	7,9	9,8	5,3
Spagna	10,0	13,8	33,0	45,1	5,9	7,5	43,9	25,7
Svezia	12,9	16,3	75,4	73,9	1,4	3,5	0,8	1,1
Svizzera	7,3	10,2	67,0	69,5	3,5	2,8	15,7	10,0
Regno Unito	10,6	7,3	77,9	80,9	1,4	0,9	5,3	5,0
Stati Uniti	17,7	15,5	58,5	62,0	2,3	1,8	10,7	9,1
Oecd (17)	20,3	21,9	49,5	52,4	4,4	4,5	17,9	12,3

Nota: dati riferiti a persone con 50-65 anni.
Fonte: Oecd (2011).

La complessità della lettura del dato è determinata da una serie di ragioni che si combinano in modo non sempre prevedibile, e che sono legate alle caratteristiche del mercato del lavoro, all'offerta di welfare, al contesto culturale relativo in particolare ai modelli familiari e alle aspettative legate all'appartenenza familiare. Resta comunque il fatto che per entrambe le modalità di risposta – altre responsabilità familiari

e esigenze di cura di bambini o adulti disabili – nella parte più alta della distribuzione si trovano Irlanda, Cipro, Spagna, Lussemburgo, Austria, Germania, Grecia, Italia.

Tabella 7 - Popolazione inattiva / donne e popolazione totale tra i 50 e i 64 anni – Motivo principale per cui non cercano lavoro: «cura di disabili o di bambini» (anni 2006 e 2010)

	50-64 anni			
	Donne		Totale	
	2006	2010	2006	2010
Unione europea (Ue-27)	3,8	4,3	2,5	3,0
Belgio	1,7	1,8	1,1	1,1
Bulgaria	4,1	4,4	3,0	3,4
Repubblica Ceca	0,8	0,6	0,5	0,4
Danimarca	*	*	*	*
Germania	2,5	3,2	1,7	2,3
Estonia	*	*	*	*
Irlanda	*	*	*	*
Grecia	1,3	1,6	0,9	1,1
Spagna	7,1	7,4	5,3	5,2
Francia	*	*	*	*
Italia	8,3	6,8	5,5	4,6
Cipro	4,4	4,7	3,5	3,5
Lettonia	*	*	*	*
Lituania	*	*	*	*
Lussemburgo	*	4,9	*	3,1
Ungheria	1,9	3,0	1,5	2,0
Malta	*	*	3,2	*
Paesi Bassi	7,1	6,4	4,9	4,4
Austria	2,1	2,6	1,4	1,7
Polonia	1,7	2,5	1,2	1,8
Portogallo	4,1	2,9	2,8	2,0
Romania	*	*	*	*
Slovenia	1,2	1,0	0,8	0,9
Slovacchia	1,6	3,8	1,2	2,9
Finlandia	*	1,2	*	0,7
Svezia	*	*	*	*
Regno Unito	*	9,3	*	7,7

* dato non disponibile

Fonte: elaborazioni degli autori su Eurostat (2011).

Inoltre, se consideriamo le donne che non sono alla ricerca del lavoro perché si occupano di bambini o adulti non autosufficienti, le distribuzioni per le fasce di età 25-49 e 50-64 variano considerevolmente. Interessante notare che per la fascia di età 50-64 (tabella 7) le percentuali di donne che non cercano lavoro perché occupate nella cura di persone dipendenti di 15 anni e oltre, è più alta per Portogallo, Ungheria, Germania, Slovacchia, Bulgaria, Cipro, Lussemburgo, Paesi Bassi, Italia, Spagna, Regno Unito (tra il 3 e il 9%).

Lo studio di Costa e Ranci (2010) ha cercato di comprendere se sia il caregiving a scoraggiare l'occupazione oppure se il caregiving sia diffuso soprattutto tra persone che già non lavoravano precedentemente all'assunzione di responsabilità di cura. Una risposta parziale a questo interrogativo deriva dal fatto che, contrariamente all'idea che l'attività di cura riguardi soprattutto persone che non sono mai state inserite nel mercato del lavoro, dall'analisi di Costa e Ranci emerge come la grande maggioranza dei caregiver in condizioni di inattività, compresi i caregiver intensivi, abbiano svolto un'attività lavorativa in precedenza all'attività di caregiving. Un secondo elemento è dato dal fatto che per quasi un terzo delle caregiver donne inattive, l'attività di cura ha impedito di svolgere un'attività lavorativa. Inoltre un quarto delle donne che svolgono contemporaneamente un'attività lavorativa e un'attività di cura sperimentano ostacoli nel campo occupazionale determinati dagli obblighi inerenti il caregiving. Poiché la stessa situazione non è segnalata per i caregiver uomini, gli autori concludono che il caregiving produce un effetto di scoraggiamento sull'assunzione di un ruolo lavorativo, o di limitazione nelle possibilità di carriera, soprattutto per le donne, e in particolare per quelle che hanno compiti di cura intensivi. L'effetto, infine, appare ridotto nei paesi scandinavi e nell'area francofona (dove i tassi di attività femminili sono più elevati) ed è invece più forte nell'area mediterranea e in quella anglosassone (dove anche una quota elevata di caregiver maschi sperimenta lo stesso problema).

Secondo le analisi svolte dall'Ocse (Oecd, 2011), le ripercussioni sulle scelte e sulla carriera lavorativa determinate dalle esigenze di cura di un familiare non autosufficiente si differenziano in base all'intensità della cura, che è più bassa nei paesi del Nord Europa e in Svizzera (dove circa la metà dei caregiver offrono cura tra 0 e 9 ore, ma meno del 20% per più di 20 ore) e più alta nei paesi del Sud Europa, in Polonia e nella Repubblica Ceca, dove oltre il 30% dei caregiver offrono una cura intensiva (più di 20 ore settimanali). L'impatto della cura

sulla partecipazione al mercato del lavoro è, infatti, significativo solo quando quest'attività è intensa: ogni incremento dell'1% delle ore di cura si ripercuote in un incremento del 10% di probabilità di interruzione del lavoro. I dati Ocse mettono in luce come le famiglie più svantaggiate siano quelle con maggiori probabilità di essere coinvolte in attività di cura, e quelle che più soffrono delle minori opportunità di lavoro dovute a queste circostanze. L'analisi evidenzia come gli «*intensive carers*» siano generalmente anziani, meno istruiti e più poveri dei «*non intensive*». Lo stesso dato emerge dallo studio di Costa e Ranci (2010), da cui emerge che nelle famiglie con caregiver «leggero» (meno di 14 ore settimanali) il reddito pro capite equivalente risulta addirittura superiore a quello medio generale, mentre il reddito diminuisce del 16% nel caso che il caregiver sia impegnato in una misura media e si riduce del 33% quando il caregiver è impegnato intensivamente (oltre 28 ore settimanali). In generale il caregiving intenso costituisce un forte fattore di vulnerabilità economica, mentre il caregiving svolto per un tempo limitato non sembra avere impatti economici rilevanti, essendo praticato soprattutto da famiglie con un livello di vita medio-alto.
Complessivamente, per quanto sin qui discusso, nei paesi del Nord Europa essere un caregiver non implica una riduzione significativa nei tassi di occupazione, mentre in quelli del Sud Europa la riduzione dell'occupazione in conseguenza dell'attività di cura è più rilevante.

6. Conclusioni

L'analisi fin qui presentata ci mostra una situazione fortemente differenziata fra paesi europei. In particolare, a fronte di una domanda sociale, sotto forma di invecchiamento della popolazione, abbastanza simile, le risposte che famiglie e welfare state offrono appaiono abbastanza differenziate e hanno conseguenze abbastanza eterogenee sia sulle persone con disabilità che sui loro familiari.
Per quanto riguarda la realtà dei sistemi pubblici di Ltc, dall'analisi relativa ai livelli di spesa e di copertura emergono due risultati principali. Il primo è che, ancora oggi, i dati utili per fare una comparazione internazionale sono alquanto carenti. Ciò riflette, da un lato, la complessità dei sistemi nazionali di Ltc, l'ampia articolazione delle forme di intervento e la diversa architettura istituzionale che definisce e differenzia tra loro i diversi comparti delle politiche di welfare (distinguendo in modo diverso, ad esempio, i confini tra intervento sociale e sa-

nitario). Dall'altro lato, l'assenza di dati affidabili segnala un ritardo storico nella costruzione di base dati omogenee a livello europeo, che consentano analisi statisticamente congruenti. L'aumento progressivo delle risorse finanziarie pubbliche investite in questo campo di policy, confermato dai dati presentati, renderà questo problema improrogabile sia per i governi nazionali, che necessitano di basi statistiche affidabili per tenere sotto controllo bilanci ed efficacia degli interventi, sia per l'Unione europea nella misura in cui assumerà nel tempo maggiori responsabilità di indirizzo in questo campo.

Il secondo risultato è che in Europa sono identificabili due modelli diversificati di sistema di Ltc. Il primo è caratterizzato da un finanziamento generoso e da una certa completezza dei servizi, segnalata dalla presenza di tassi elevati di copertura dei servizi pubblici di cura. Il secondo è invece caratterizzato da bassa spesa e forte dominanza di interventi di sostegno monetario. A questi due modelli corrispondono diverse forme di codifica e di estensione dei diritti sociali in materia di Ltc. Tra questi due modelli estremi, in una posizione intermedia, si collocano quei sistemi nazionali di Ltc, prevalentemente collocati nell'Europa continentale, che negli ultimi venti anni hanno introdotto profonde innovazioni. I dati disponibili, per quanto lacunosi, registrano puntualmente queste variazioni, segnalando come l'innovazione istituzionale delle ultime due decadi abbia condotto ad una maggiore convergenza tra i paesi europei, ferma restando la forte debolezza del sistema di Ltc nei paesi, tra cui l'Italia, in cui l'innovazione non è avvenuta.

A questi modelli istituzionali differenti si legano, da un lato, giudizi e valutazioni abbastanza congruenti dei cittadini di ciascun paese sul proprio modello di welfare pubblico, dall'altro, una serie di atteggiamenti e di aspettative verso il ruolo della famiglia nei compiti di cura spesso, ma non sempre (si veda l'esempio di molti paesi del Centro-Est Europa), allineati al funzionamento delle politiche di Ltc. È indubbio, però, che, in misura crescente con l'aumentare dei processi di invecchiamento, il modello di funzionamento dei sistemi di Ltc finisce per avere un impatto sulle disuguaglianze sociali e di quelle di genere in particolare. Vi sono vari paesi europei, fra i quali l'Italia, in cui il tema dell'accesso degli anziani ai servizi sanitari e sociosanitari è influenzato dal loro grado di salute: le persone con malattie croniche o disabilità tendono ad avere maggiori problemi di accesso.

Ugualmente il tema della conciliazione fra lavoro retribuito e attività di cura, se sembra porsi in termini più problematici soprattutto quan-

do la persona anziana esprime rilevanti bisogni assistenziali, fa emergere come i modelli di Ltc meno sviluppati o più orientati ad un sostegno tramite trasferimenti monetari e non servizi finiscono per penalizzare in maniera relativamente diffusa le donne con compiti di cura.

Riferimenti bibliografici

Costa G. e Ranci C., 2010, *Dependency as a factor of vulnerability in Europe*, paper presentato alla conferenza *Transforming Care 2010*, Copenhagen 21-23 giugno.

Eurobarometro, 2007, *Health and Longterm Care in the European Union*, European Commission, Bruxelles.

Eurobarometro, 2010, *Eurobarometer 71. Future of Europe*, European Commission, Bruxelles.

Eurostat, 2010, *ESPROSS database*, Eurostat, Bruxelles.

Eurostat, 2011, *Statistics in focus*, Eurostat, Bruxelles.

Fries J.F., 1980, *Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity*, «New England Journal of Medicine», vol. 303, pp. 130-135.

Gruenberg E.M., 1977, *The Failures of Success*, «Milbank Memorial Fund Quarterly: Health & Society», vol. 55, pp. 3-24.

Lafortune G., Balestat G. e i membri del Disability Study Expert Group, 2007, *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 Oecd Countries and the Future Implications*, Oecd Health Working Papers n. 26, Oecd Publishing, Parigi.

Manton K.G., 1982, *Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population*, «Milbank Memorial Fund Quarterly: Health & Society», vol. 60, pp. 183-244.

Oecd, 2011, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Oecd Publishing, Parigi.

Tabella 3 - Grado di soddisfazione per vari aspetti del sistema degli interventi pubblici di Ltc (anno 2007; dati riferiti solo a coloro che hanno esperienze sul tema della non autosufficienza)

		% Insoddisfatti per interventi di Ltc					
Cluster di appartenenza	Paese	Qualità servizi domiciliari	Qualità servizi residenziali	Facilità accesso servizi domiciliari	Facilità accesso servizi residenziali	Alti costi accesso servizi domiciliari	Alti costi accesso servizi residenziali
Soddisfazione complessiva (talvolta con problemi su costi residenziali)	Belgio	7,1	12,6	13,1	36,2	22,2	57,7
	Danimarca	36,3	37,5	24,7	26,8	4,8	16,3
	Francia	16,6	12,4	24,5	15,3	33,0	46,4
	Lussemburgo	12,2	23,2	8,8	61,9	12,9	52,3
	Paesi Bassi	26,2	31,1	37,5	43,5	23,8	23,8
	Svezia	24,4	23,5	25,3	40,4	24,5	31,8
	Media	*20,5*	*23,4*	*22,3*	*37,4*	*20,2*	*38,1*
Soddisfazione complessiva tranne che su costi da sostenere per Ltc	Austria	26,4	34,5	45,9	54,8	63,5	70,8
	Cipro	33,3	41,5	24,1	21,8	57,5	68,6
	Germania	26,5	40,1	14,9	35,2	54,9	77,1
	Malta	11,5	13,6	22,4	34,3	61,4	74,9
	Regno Unito	35,8	35,4	39,3	34,3	39,2	60,3
	Spagna	25,9	28,5	39,0	52,6	41,4	68,7
	Media	*26,6*	*32,3*	*30,9*	*38,8*	*53,0*	*70,1*

segue *Tabella 3 - Grado di soddisfazione per vari aspetti del sistema degli interventi pubblici di Ltc (anno 2007; dati riferiti solo a coloro che hanno esperienze sul tema della non autosufficienza)*

		% Insoddisfatti per interventi di Ltc					
Cluster di appartenenza	Paese	Qualità servizi domiciliari	Qualità servizi residenziali	Facilità accesso servizi domiciliari	Facilità accesso servizi residenziali	Alti costi accesso servizi domiciliari	Alti costi accesso servizi residenziali
Soddisfazione parziale solo in merito a qualità interventi	Estonia	44,2	47,1	55,7	71,0	59,0	85,8
	Finlandia	34,6	31,6	52,1	63,7	51,9	65,8
	Irlanda	45,0	39,3	49,7	54,8	57,6	73,5
	Italia	58,0	48,2	59,7	47,9	55,1	65,1
	Lettonia	48,0	41,1	64,3	70,7	46,7	53,8
	Lituania	47,9	51,4	57,5	63,9	46,9	47,3
	Polonia	54,6	62,6	41,3	55,4	45,3	57,7
	Portogallo	52,9	35,0	55,2	45,5	70,4	74,3
	Repubblica Ceca	24,7	25,9	60,3	84,6	47,9	57,2
	Slovacchia	46,9	46,7	62,3	78,4	60,3	72,4
	Slovenia	24,4	27,6	55,6	68,2	71,7	83,0
	Ungheria	47,0	45,5	60,2	74,7	61,3	70,3
	Media	*44,0*	*41,8*	*56,2*	*64,9*	*56,2*	*67,2*
Insoddisfazione complessiva	Bulgaria	71,5	73,3	79,1	80,4	73,4	75,6
	Grecia	54,7	74,8	51,6	51,3	76,4	89,4
	Romania	68,7	75,1	66,8	73,7	81,6	80,9
	Media	*65,0*	*74,4*	*65,8*	*68,5*	*77,1*	*82,0*

Fonte: elaborazioni a partire dai microdati Eurobarometro (2007).

Il processo di riforma nelle politiche per la non autosufficienza nei paesi dell'Unione Europea: un tentativo di interpretazione

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranci

Il saggio offre una interpretazione generale dei cambiamenti avvenuti nel campo delle politiche per la non autosufficienza negli ultimi venti anni in Europa. Più specificamente il lavoro si concentra su tre aspetti di tali riforme. Il primo riguarda l'impatto che i cambiamenti nelle politiche per la non autosufficienza hanno avuto in termini di copertura dei bisogni di cura. Il secondo riguarda l'analisi dei meccanismi politico-istituzionali attraverso i quali sono avvenuti i cambiamenti nelle politiche, nonostante i vincoli finanziari e istituzionali all'innovazione. L'ultimo aspetto affrontato nel saggio riguarda gli effetti delle riforme sui lavoratori e sulle organizzazioni che offrono servizi di cura.

1. Introduzione

Come ampiamente mostrato nei saggi contenuti in questo numero di «Rps», le politiche per la non autosufficienza (definita anche *long-term care*, Ltc) sono state uno dei settori del welfare dei paesi occidentali in cui, nell'ultimo ventennio, si è più innovato e sono avvenuti cambiamenti istituzionali. In contrasto con ciò che è accaduto in altri settori tradizionali, quali la sanità e le pensioni, dove si sono registrati sostanzialmente tentativi per ridurre o, almeno, per contenere la spesa pubblica, la Ltc ha visto un aumento spesso consistente nel finanziamento pubblico, un ampliamento dei beneficiari, e, più in generale, un tentativo di definire in maniera più precisa nuovi diritti sociali.

Il presente saggio cerca di sintetizzare e di far emergere quali sono i tratti fondamentali della stagione di riforme dell'ultimo ventennio, a partire dai risultati emersi in tutti gli studi dedicati alle esperienze nazionali riportate in questo numero di «Rps».

Il prossimo paragrafo è dedicato a illustrare un quadro delle principali traiettorie di riforma. Quello successivo si concentra sui fattori alla base delle riforme, mentre il quarto analizza, in ottica comparata, i meccanismi alla base dei cambiamenti istituzionali e di policy che si sono verificati e il ruolo dei vari attori. Il quinto paragrafo è dedicato

ad una valutazione di quale sia stato, fino ad ora, l'impatto complessivo dei mutamenti che sono avvenuti nel campo delle politiche per la non autosufficienza. Nell'ultimo paragrafo si traggono alcune considerazioni complessive sui processi di riforma.

2. Le riforme nel campo della Ltc negli ultimi venti anni: un quadro comparativo

Se gli ultimi due decenni hanno rappresentato un periodo di forte trasformazione nel campo della Ltc in Europa, non tutti i paesi sono stati interessati in maniera simile dalle riforme. La tabella 1 cerca di sintetizzare quello che è successo. Visto che buona parte delle più recenti riforme è avvenuta a cavallo degli anni '90 e della prima parte del decennio appena passato, si è deciso di collocare tali riforme all'interno di un arco temporale relativamente ampio per meglio interpretare il senso e la portata di quanto è successo, da un lato, rispetto al periodo precedente alle trasformazioni (prima del '90), dall'altro, in anni più recenti durante la fase di attuazione e implementazione.

Tra i nove paesi considerati nello studio, solo quattro hanno introdotto importanti riforme e programmi negli ultimi due decenni: si tratta di quattro welfare state di impianto bismarckiano, di cui tre nell'Europa continentale (Austria, Germania e Francia), assieme alla Spagna. Oltre a cercare di spiegare il motivo per cui questi paesi hanno deciso di riformare i loro sistemi di Ltc, è importante comprendere i motivi per cui ciò non è avvenuto negli altri cinque.

La tabella 1 ci aiuta, innanzitutto, a comprendere in parte quest'ultimo fenomeno. Il motivo per cui i due paesi scandinavi qui considerati e i Paesi Bassi non hanno prodotto grandi trasformazioni nei propri sistemi di Ltc è legato al fatto che avevano già introdotto importanti innovazioni nel campo della Ltc nei decenni precedenti, prima che nel resto d'Europa: in questi tre paesi è già a partire dagli anni '60 che vengono sviluppate politiche di taglio universalistico nel campo della non autosufficienza. Nei Paesi Bassi, ad esempio, la Awbz (l'assicurazione obbligatoria per le spese mediche straordinarie) risale al 1968 ed è considerata una delle principali istituzioni dello stato sociale olandese. Nell'ultimo ventennio non vi sono state, quindi, importanti riforme espansive sotto il profilo dei diritti sociali perché queste erano già avvenute.

Italia e Inghilterra sono due casi di più difficile interpretazione. In

entrambi i paesi si è sviluppato un dibattito relativamente vivace sulla necessità di una riforma del proprio sistema di Ltc con l'obiettivo di ampliare la copertura pubblica e il livello di finanziamento. I motivi del fallimento di ogni tentativo di riforma saranno discussi nei prossimi paragrafi.

Possiamo intanto concentrarci sui contenuti delle quattro principali riforme avvenute in Europa nel campo della Ltc, riforme che hanno mirato ad estendere la copertura.

Come indicato da Österle nel saggio riportato in questo numero, il 1993 rappresenta un importante punto di svolta per il sistema austriaco di politiche per la non autosufficienza: una riforma federale e le relative normative a livello provinciale hanno introdotto un sistema di assistenza basato principalmente su trasferimenti monetari, accompagnati dal rafforzamento della rete dei servizi sociali (residenziali, semiresidenziali e di comunità). Per raggiungere questo obiettivo, le Province sono tenute a programmare interventi rispetto allo sviluppo di servizi a livello regionale e locale, mentre il governo federale assume la responsabilità di sviluppare un sistema di copertura per gli assistenti familiari. La legge federale indica come la finalità del nuovo regime sia quella di fornire un contributo forfetario per i costi relativi all'assistenza in caso di non autosufficienza. Il sistema basato sugli assegni di cura ha una molteplicità di obiettivi: permettere alle persone con malattie croniche di rimanere presso il proprio domicilio quanto più a lungo possibile, promuovere l'autonomia e la libera scelta delle modalità di cura, sostenere l'assistenza informale fornita in famiglia e creare incentivi per lo sviluppo di un mercato della cura. È destinatario dell'assegno di cura circa il 19% della popolazione totale con almeno 60 anni, e circa la metà di coloro con più di 80 anni (Österle, *infra*).

Con l'introduzione della assicurazione di cura nel 1995-96, la Germania ha istituito una schema di assistenza federale di impianto universalistico per fornire supporto in situazioni di dipendenza. L'introduzione dell'assicurazione ha portato ad una considerevole espansione dei fondi pubblici disponibili pari a circa 18 miliardi di euro (si veda il saggio di Theobald e Hampel in questo numero).

Dalla fine degli anni 1990, il sistema francese di Ltc è principalmente organizzato intorno all'erogazione di una specifica indennità. Dopo un periodo di sperimentazioni locali (1995-1996), è stato introdotto un sistema di «cash-for-care», inizialmente mirato alle persone con maggiori problemi di non autosufficienza ed economicamente più svantaggiate, e poi progressivamente allargato ad una vasta platea di

persone fragili a partire dal 2002. La riforma del 2002, che ha creato l'Apa (il sussidio personalizzato per l'autonomia), rappresenta ad oggi il principale punto di svolta nell'impostazione delle politiche per la non autosufficienza. Il numero dei beneficiari è aumentato drasticamente da 150.000 nel 2001 a quasi 1,2 milioni nel 2010 (si veda il saggio di Le Bihan e Martin, *infra*).

La Spagna ha introdotto nel 2007 una legge per la promozione dell'autonomia personale e la cura alle persone non autosufficienti (altrimenti nota come «Legge per la non autosufficienza»). Si tratta di un sistema di protezione sociale di impronta universalistica, che è comunque sottoposto ad un certo grado di razionalizzazione della spesa e di coordinamento istituzionale. Il nuovo sistema di protezione sociale ha, comunque, avuto molti effetti: l'estensione della copertura pubblica, la creazione di nuovi servizi sociali, l'ampliamento della rete di intervento e tentativi di sviluppare l'integrazione tra servizi sociali e sanitari (si legga il saggio di Rodríguez Cabrero e Marbán Gallego, *infra*).

Il fatto che solo in alcuni paesi siano state introdotte riforme rilevanti durante l'ultimo ventennio, non significa che in altri contesti nazionali non sia successo nulla, né che, una volta che le riforme hanno avuto luogo, non siano avvenuti ulteriori cambiamenti.

Come si può leggere nella colonna a destra della tabella 1, quasi tutti i paesi studiati hanno o stanno attraversando trasformazioni nei loro sistemi di Ltc.

La Svezia, come ricostruito da Meagher e Szebehely (*infra*), dall'inizio degli anni '90 ha attraversato profondi cambiamenti, non rivedendo direttamente le istituzioni della Ltc, ma intervenendo nelle più generali impostazioni del sistema di welfare pubblico: dalla Riforma Adel e dalla «Legge sulle disabilità» all'inizio del anni '90 fino alle detrazioni fiscali sui servizi per la casa in anni più recenti, e attraverso l'introduzione di strumenti di mercatizzazione e di razionalizzazione della fornitura di assistenza agli anziani nel corso degli ultimi due decenni, il risultato è stato un ridimensionamento in generale della copertura Ltc per gli anziani.

Qualcosa di simile è stato tentato nei Paesi Bassi attraverso varie riforme (da quella relativa all'assistenza sanitaria, alle diverse forme di contenimento dei costi, tramite i ticket) per limitare l'accesso all'Awbz, ma i risultati sono stati più vicino alla ristrutturazione del sistema che ad un suo ridimensionamento reale (si veda il saggio di Da Roit, *infra*).

La Danimarca sembra il caso in cui sono state effettuate piccole ri-

forme sia a livello nazionale che locale al fine di migliorare e ristrutturare il sistema Ltc. Esperienze come il «Linguaggio comune» (1998) e la «libera scelta» sembrano avere un impatto su come i servizi vengono forniti piuttosto che rispetto al livello di copertura pubblica (come riportato da Burau e Dahl, *infra*).

L'Inghilterra è un caso interessante in cui si sono verificati grandi cambiamenti sotto il profilo della regolazione, a cui è seguita una diminuzione nel livello di copertura effettiva del sistema: le riforme dell'assistenza primaria degli anni '90 (con l'introduzione dei quasi-mercati), nonché le iniziative consumeristiche negli ultimi dieci anni (ad esempio con l'introduzione di programmi come i direct payment e il personal budget) sembrano aver giocato un ruolo nel dibattito sulla regolamentazione del Ltc maggiore rispetto alla necessità di promuovere una copertura più ampia (si legga il saggio della Glendinning, *infra*).

In Italia, infine, lo sforzo di policy si è concentrato principalmente se non unicamente sulla regolarizzazione del lavoro di cura dei migranti a partire dalla fine degli anni '90. Anche se alcune altre riforme minori sono state introdotte (nel 2007 ad esempio un Fondo nazionale per la non autosufficienza è stato creato, ma la portata finanziaria di tale programma è stata abbastanza limitata, visto che ammontava a 400 milioni di euro all'anno), il sistema sembra ruotare sempre di più intorno al lavoro di cura informale e a quello assicurato dagli immigrati (si veda Costa, *infra*).

All'interno del quadro diacronico appena presentato, è interessante sottolineare come alcuni ulteriori cambiamenti siano avvenuti *anche* nei paesi che da poco avevano introdotto importanti riforme. Questi piccoli cambiamenti tendono, infatti, ad andare nella direzione opposta alla precedente espansione del sistema del Ltc e, anche se non della stessa portata delle principali riforme, ne rappresentano una sorta di ridimensionamento: in generale si sono applicate diverse forme di contenimento dei costi, senza in genere rendere esplicita tale scelta.

In Austria sono stati effettuati alcuni tagli tramite revisioni nella definizione dei livelli delle prestazioni e l'inasprimento dei criteri di ammissibilità ai benefici del sistema di Ltc. Inoltre il valore monetario delle prestazioni non è stato adeguato per molti anni all'inflazione: di conseguenza, il potere d'acquisto reale delle prestazioni è fortemente diminuito di quasi il 20% nel corso di un quindicennio (Österle, *infra*).

In Germania un processo simile è avvenuto, almeno fino al 2008, anno in cui si è decisa una revisione verso l'alto del valore delle prestazio-

Tabella 1 - Sistemi di Ltc, riforme, post-riforme e non riforme in Europa

Paese	Situazione nel 1970-1980	Principale riforma a partire dagli anni '90	Altre riforme successive a quella principale (se presente)
Svezia	Approccio universalista	Nessuna	Legge sulle disabilità (1993) Legge in supporto per assistenti familiari (1999) Razionalizzazione *elderly care* (dal '90) Riforma Adel (1992) Legge di riforma degli enti locali (1993) Introduzione di meccanismi di mercato (1991-2010) Deduzione fiscale sui servizi per la casa e la cura personale (2007)
Danimarca	Approccio universalista	Nessuna	Ri-centralizzazione ('90) Ristrutturazione (ad esempio «Linguaggio comune» – 1998 – «libera scelta» in assistenza domiciliare – 2002)
Paesi Bassi	Approccio universalista	Nessuna	Riforma sanitaria (2005) Ristrutturazione e tentativi di riduzione (dal 1990) (es. contenimento dei costi: de-istituzionalizzazione; ticket, limiti all'accesso) Personal budget (1995) Mercatizzazione dell'erogazione dei servizi (dal 1990) Legge per il supporto sociale (2007)
Austria	Approccio residuale	Riforma «cash-for-care» (1993)	Politiche di contenimento dei costi (dal 2000) Supporto per assistenza informale (dal 1998) Regolarizzazione dei lavoratori immigrati nel campo della cura (2007)
Germania	Approccio residuale	Assicurazione di cura (1994)	Politiche di contenimento dei costi (dal 2000) con un incremento delle prestazioni nel 2008 Legge sui servizi infermieristici complementari (2002)
Francia	Approccio residuale	Apa (2002) con sperimentazioni precedenti (Psd - 1997)	Discussione in corso sul ruolo delle assicurazioni private: Ltc *vs.* creazione di «quinto pilastro» del welfare
Inghilterra	Approccio residuale (focus assistenza residenziale)	Nessuna	*Community care act* (anni '90) Iniziative consumeristiche (direct payment e personal budget - 2000)
Italia	Approccio residuale	Nessuna	Regolarizzazione del lavoro di cura dei migranti (dal '90)
Spagna	Approccio residuale	Legge per la non autosufficienza (2006)	

ni: prima del 2008 la politica di non adattamento dei benefici all'inflazione ha comportato una perdita di potere d'acquisto delle prestazioni dell'Assicurazione di cura del 18,8%. Anche in conseguenza di ciò è aumentato nel corso dell'ultimo decennio il numero di beneficiari che hanno fatto ricorso all'assistenza sociale locale (Theobald e Hampel, *infra*).

In Francia e in Spagna, in considerazione del fatto che le riforme sono avvenute più recentemente, c'è stato spazio per trasformazioni minori. La direzione presa dal dibattito in Francia è complessa da decifrare. Durante le ultime elezioni presidenziali nella primavera del 2007, una nuova riforma della Ltc è stata annunciata come imminente, ma in realtà questa è stata sistematicamente rinviata durante i cinque anni successivi. I documenti prodotti dal governo nazionale sul tema, pubblicati nel giugno 2011, dopo un'ampia consultazione con i principali attori sociali, presentano tre potenziali scenari di evoluzione del sistema di Ltc. Il governo francese non ha per ora optato o spinto in maniera particolare a favore di nessuno di essi. I tre scenari sono i seguenti: consolidare il sistema attuale dell'Apa (al fine di ridurre i costi privati per gli utenti); definire un nuovo ramo del sistema di sicurezza sociale (opzione universalista); creare un nuovo sistema basato su una assicurazione obbligatoria privata. Il dibattito appare molto acceso e gli esiti potrebbero essere completamente diversi, a seconda di quale dei tre scenari verrà scelto (universalismo *vs.* assicurazioni private) (Le Bihan e Martin, *infra*).

3. Le riforme fra opportunità e vincoli

Tutti i paesi qui considerati hanno sperimentato quello che nella letteratura sul welfare viene definito un «*problem pressure*» con una conseguente «crisi di politica pubblica» (Ferrera, 2005). Nel nostro modello, un «*problem pressure*» è una situazione caratterizzata da un crescente divario tra i nuovi problemi sociali e istituzionali emergenti in un campo specifico delle politiche sociali e la limitata capacità del repertorio di misure di policy esistente nel dare una risposta adeguata a questi problemi (Ferrera, 2005). In alcune situazioni il divario tra problemi e soluzioni viene coperto da altri programmi già disponibili nel repertorio delle politiche o adattando programmi esistenti alle nuove situazioni problematiche. In altri casi, invece, non c'è modo di trovare so-

luzioni adeguate all'interno del repertorio a disposizione, e nuove soluzioni devono essere esplorate. In questi casi *una crisi di politica pubblica* diventa sempre più evidente, spingendo verso l'innovazione istituzionale. La maggior parte dei paesi qui analizzati si è trovata in una tale situazione nelle ultime decadi.

Nel campo della Ltc, la pressione più rilevante è stata quella proveniente dai cambiamenti demografici in tutta Europa a causa dell'invecchiamento della popolazione. A seguito di tali processi non solo sono aumentate numericamente le persone non autosufficienti con bisogni di assistenza, ma si sono anche indebolite le capacità delle reti informali e familiari di fornire supporto. Allo stesso tempo, la crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro ha di fatto ridotto l'offerta di lavoro familiare di cura.

Tutti i paesi considerati nella nostra analisi hanno dovuto affrontare queste tendenze, anche se hanno fatto registrare livelli differenti di «pressione». Se i paesi mediterranei e quelli di area germanica potevano contare su reti molto radicate di solidarietà familiare, che hanno favorito la creazione di nuove modalità di cura all'interno delle famiglie, anche in questi contesti la domanda di servizi di assistenza residenziale e domiciliare è comunque esponenzialmente aumentata. La cultura di stampo maggiormente individualistico, dominante nei paesi scandinavi, in Inghilterra e in Francia ha, invece, incanalato la nuova domanda di cura verso servizi di assistenza professionali.

La crescente domanda di cura ha creato, inoltre, una forte pressione indiretta anche su alcuni degli altri pilastri dei sistemi di welfare, non specificamente pensati per l'assistenza alla non autosufficienza. Ad esempio, nella maggior parte dei paesi occidentali i costi del sistema sanitario sono collegati in misura crescente alla cura della cronicità (Oecd, 2011). Molti dei casi nazionali descritti nei saggi precedenti mostrano come la ricerca di nuove soluzioni nel campo del Ltc sia stata inserita in un dibattito più ampio che ha riguardato anche come procedere con i processi di de-ospedalizzazione e di territorializzazione dei servizi socio-sanitari, processi legati a motivi di qualità della cura ma anche, e soprattutto, di costo. In Svezia l'aumento dei costi delle case di riposo gestite dal settore sanitario ha aperto la strada a un trasferimento delle competenze dal settore sanitario ai servizi di assistenza sociale gestiti dai Comuni. In Inghilterra la pressione dei costi è stata così forte nei primi anni '90 che le soluzioni adottate hanno nella sostanza spostato la responsabilità per il finanziamento dell'assistenza residenziale e di cura dal sistema sanitario a quello sociale. Lo svilup-

po di nuovi servizi per la Ltc è stato visto come una buona strategia per ridurre e trasferire i costi dal settore sanitario, in cui i servizi sono forniti sulla base di principi universalistici, a quello sociale dove la definizione dei diritti di cittadinanza, con la relativa attribuzione dei costi ai cittadini, non era così precisa e sostanzialmente più debole. La Riforma Adel (1992) in Svezia e il *Community care Act* nel Regno Unito (1993) erano proprio finalizzati a trasferire una parte di tali costi ai servizi di assistenza sociale al fine di alleggerire la pressione sul settore sanitario.

Altre tensioni in tema di finanziamento sono provenute anche dal funzionamento dei sistemi previdenziali e assistenziali. In alcuni paesi, come Francia, Germania, Spagna e Regno Unito, gran parte dell'assistenza agli anziani, compresa l'assistenza residenziale e domiciliare, è stata finanziata dal governo nazionale o, più frequentemente, dai programmi locali di assistenza sociale. In Inghilterra le autorità locali hanno avuto la responsabilità di finanziare e organizzare la fornitura di assistenza sociale fino all'inizio degli anni '90, quando una riforma nazionale ha spostato la responsabilità di finanziamento al sistema nazionale di assistenza sociale. In Germania la crescita dei costi delle strutture residenziali, di competenza degli enti locali, ha posto questi ultimi sotto una fortissima pressione finanziaria. In Spagna nel 1985 la legge di riforma degli enti locali ha assegnato la responsabilità finanziaria a questi per fornire assistenza sociale. In Italia è a partire dalle riforme dell'assistenza del 1977 che viene trasferita una parte consistente di responsabilità alle amministrazioni locali. Lo stesso è accaduto nei paesi nordici, caratterizzati da una lunga tradizione di welfare a livello locale.

Questa rete di servizi sociali a livello locale, in gran parte sviluppatasi negli anni '70 e '80 per soddisfare la domanda di cura da parte di differenti gruppi sociali (anziani poveri, disabili, ecc.), negli anni '90 ha iniziato a subire una forte pressione dalla crescente massa di anziani non autosufficienti che chiedevano servizi di assistenza. Le amministrazioni locali si sono trovate spesso in difficoltà nel cercare di mantenere sotto controllo la spesa sociale.

Una ultima forma di pressione per riformare i sistemi di Ltc, certamente rilevante, è dipesa dal forte cambiamento negli atteggiamenti culturali nei confronti dell'assistenza sociale, che si sono iniziati a registrare a partire dagli anni '90. Mentre gli anni '70 e gli anni '80 sono stati dominati da una domanda di cura basata su professionalità e servizi di assistenza qualificati, negli anni '90 un nuovo orientamento

verso l'efficienza e la flessibilità è diventato predominante. Da un lato, ha preso campo l'ideologia del *New public management* (Npm), che in gran parte è penetrata all'interno della pubblica amministrazione e delle visioni di riforma della classe politica, proponendo una standardizzazione e una marketizzazione degli interventi. Dall'altro lato, le associazioni di *advocacy* dei disabili hanno iniziato a elaborare e richiedere una nuova visione della cura, basata sui principi di autodeterminazione e autonomia della persona disabile.

L'influenza del Npm è stata molto rilevante in tutti i paesi analizzati. Secondo Burau e Dahl (*infra*), anche in un paese socialdemocratico come la Danimarca le preoccupazioni per il contenimento della spesa e per il rapporto qualità-prezzo sono diventate predominanti. Come già sottolineato, il contenimento dei costi e la ricerca di efficienza sono diventati principi dominanti anche nei paesi dove sono state introdotte riforme radicali e nuovi principi di universalismo.

Questa attenzione per l'efficienza è stata paradossalmente accompagnata da un profondo cambiamento nella cultura della cura, centrata attorno a forme di de-istituzionalizzazione sempre più spinte, accompagnate dalla richiesta di maggiore autodeterminazione e indipendenza per i disabili: in questo contesto il concetto di professionalizzazione di cura ha iniziato a essere considerato come sinonimo di burocratizzazione e di controllo gestionale sulle strategie di vita dei disabili. Le associazioni disabili hanno, quindi, iniziato a chiedere un nuovo modello di regolazione pubblica dell'attività di cura che prevedesse maggiore autonomia e libertà di organizzare l'assistenza secondo la volontà e le esigenze degli utenti.

Quindi, richieste di libera scelta e di *empowerment*, da un lato, l'introduzione di criteri di Npm di flessibilità e mercificazione della cura, dall'altro, abbinati insieme hanno promosso una nuova definizione culturale e organizzativa di cura.

Se le pressioni per il cambiamento sono state quasi le stesse nella maggior parte dei paesi, le risposte istituzionali sono state molto diverse e sono dipese da una serie di fattori. In primo luogo, l'assetto istituzionale tradizionale dei *care regimes* ha fornito ai decisori politici differenti repertori di azione da adottare al fine di colmare il divario tra problemi e soluzioni disponibili. In secondo luogo, i vincoli e le opportunità di innovazione sono state inquadrate in modo diverso nei singoli paesi in base agli specifici percorsi storici e alle condizioni contingenti.

Nei paesi in cui si era adottato un regime universalistico nella Ltc già

prima degli anni '90, il conflitto principale che è emerso è quello tra universalismo e contenimento dei costi. Secondo i principi universalistici, la fornitura di servizi di cura doveva essere quanto più completa possibile. Inoltre, elevati standard di qualità professionale dovevano essere garantiti. Tuttavia, l'ampia copertura dei servizi di cura e la loro alta qualità hanno aumentato enormemente i costi della fornitura delle prestazioni. Nei paesi nordici questa versione originale e integrale di universalismo appariva insostenibile già a fine anni '80, richiedendo una serie di adattamenti organizzativi al fine di ridurre la spesa pubblica. Spostare gli investimenti pubblici dai servizi residenziali a quelli domiciliari non è stata solo una strategia volta a migliorare le condizioni di vita delle persone non autosufficienti, ma rappresentava anche il tentativo di coinvolgere maggiormente le reti familiari nella fornitura di assistenza al fine di ridurre i costi per il settore pubblico. Dai primi anni '90 la strategia di riduzione, o almeno di contenimento, della spesa è diventata dominante. Dato che gran parte della responsabilità finanziaria per la fornitura di Ltc ricade sugli enti locali, in Danimarca e Svezia è stata introdotta una nuova legislazione che cerca di tagliare il finanziamento statale alle amministrazioni locali e di limitare la tassazione e la spesa sociale a livello locale. Un strategia di ricentralizzazione è stata, quindi, adottata al fine di contenere le spese sociali. Tale approccio, in linea con la dottrina del Npm, è stato seguito sia dai governi socialdemocratici che neoliberali o conservatori.

Il divario tra problemi e soluzioni disponibili è stato, quindi, interpretato in questi paesi come un problema organizzativo e di gestione. Il contenimento dei costi non è mai stato considerato, però, come una sfida radicale ai principi tradizionali di universalismo nella Ltc. L'ampio consenso nell'opinione pubblica per l'approccio universalistico si è mantenuto nel corso del tempo e non vi sono stati seri tentativi di sostenere esplicitamente una riforma della Ltc volta a depotenziarlo. Le innovazioni introdotte non hanno, infatti, esplicitamente messo in discussione l'assetto istituzionale e i principi normativi del sistema di assistenza, ma si sono concentrate sugli aspetti tecnici e organizzativi relativi al finanziamento e alla fornitura dei servizi. In questi paesi, quindi, l'universalismo *di per sé* non è stato considerato come parte del problema. Solo la Svezia, a differenza di Paesi Bassi e Danimarca, ha sperimentato una diminuzione della copertura e ha visto il diffondersi di una critica, per certi versi radicale, da parte dell'approccio del Npm al principio dell'universalismo nella Ltc. In Svezia una nuova comunità epistemica formata da economisti, manager ed esperti di forma-

zione liberista, ha sostenuto l'approccio del Npm ed è riuscita a permeare l'arena pubblica con i propri argomenti. La forte influenza culturale del Npm, secondo Meagher e Szebehely (*infra*), è in grado di spiegare la particolarità del caso svedese nei confronti degli altri paesi nordici, e il fatto che, a partire dagli anni '90, i politici, compresa una parte rilevante della Socialdemocrazia svedese, hanno iniziato a ricercare soluzioni istituzionali anche al di fuori del tradizionale disegno universalistico nella Ltc. Anche in Svezia, la via d'uscita dall'universalismo, o perlomeno un suo indebolimento, è stata raggiunta attraverso modifiche incrementali, non esplicitamente orientate a ridurre la copertura di diritti sociali.

Nei rimanenti paesi dell'Europa, caratterizzati da regimi di cura residuali fino agli anni '80, la pressione più importante verso il cambiamento è venuta dal forte aumento delle richieste di cura, associato con l'aumento dei costi per i programmi di assistenza sociale a carico delle amministrazioni locali. Inoltre, la natura residuale dei programmi di assistenza sociale, forniti principalmente sulla base della «prova dei mezzi», limitando fortemente la capacità di risposta dei servizi sociali locali, ha contribuito ad aumentare i costi sanitari di ospedali e servizi sanitari territoriali: su questi ultimi si è, infatti, riversata la crescente domanda di cura inevasa da parte delle persone non autosufficienti.

I tentativi di ri-centralizzare la spesa, ponendola sotto il controllo dei governi nazionali, sono stati compiuti nel Regno Unito con il *Community care e Nhs Act* promulgato nel 1993. In Italia, Francia e Spagna, la responsabilità locale per fornire assistenza è stata a lungo mantenuta a livello locale, senza coinvolgimento dei governi nazionali, esponendo le persone non autosufficienti ad una lunga carenza nell'offerta di servizi sanitari. Solo nell'ultimo quindicennio questa situazione si è rivelata non sostenibile e ha provocato rilevanti riforme in Francia ed in Spagna.

In Italia, invece, gran parte della pressione da parte della domanda è stata contenuta grazie alla presenza, fino dagli anni '80, dell'indennità di accompagnamento, inizialmente introdotta per soddisfare le esigenze economiche dei soli disabili adulti, ma diventata poi il principale strumento a sostegno delle persone anziane non autosufficienti. Negli ultimi anni più di un milione di persone disabili sta ricevendo questa prestazione in denaro, che di fatto sostituisce la mancanza di fornitura di servizi ed è principalmente utilizzata per sostenere le famiglie nei loro compiti di cura e nell'acquisto di servizi sul mercato (sommerso).

Infine, solo in Austria e Germania le crescenti difficoltà finanziarie

delle amministrazioni locali e la loro incapacità di estendere la fornitura di servizi di assistenza hanno promosso la ricerca di soluzioni politiche nuove che implicano una responsabilità finanziaria nazionale, aprendo la strada ad una profonda riforma.

4. Il sistema di Ltc, il ruolo degli attori e i meccanismi di cambiamento istituzionale

4.1 Il livello di integrazione negli interventi di Ltc

Se analizziamo il livello di frammentazione – integrazione dei vari tipi di intervento nel campo della Ltc, i paesi analizzati nel nostro studio possono essere raggruppati in tre gruppi (vedi tabella 2).

I paesi scandinavi e i Paesi Bassi presentano una situazione definibile di «*integrazione*»: vi è la presenza di una comunità matura, che è stata creata dagli anni '60, e la Ltc è un'arena di policy istituzionalizzata saldamente e ben inserita in tre decenni di relazioni fra il governo nazionale e quelli locali (in Scandinavia) e di relazioni fra il settore pubblico e quello privato dei fornitori (nei Paesi Bassi). I Paesi Bassi presentano il caso probabilmente di massima integrazione in considerazione del fatto che l'assistenza sanitaria e sociale per la Ltc sono fortemente integrati all'interno di un unico programma, l'Awbz, che è stato storicamente inquadrato all'interno del sistema sanitario.

Italia e Inghilterra si trovano nella situazione opposta: il campo della politica di Ltc appare piuttosto *frammentato* ed è storicamente stato sempre così. Diverse istituzioni si occupano, infatti, di differenti tipi di prestazioni e vi sono problemi di coordinamento tra queste istituzioni. Per esempio in entrambi i paesi vi sono programmi di «cash-for-care» (in Italia l'indennità di accompagnamento), gestiti separatamente dal sistema di servizi, che è, invece, in carico agli enti locali. Vi sono, inoltre, anche problemi di integrazione tra assistenza sociale e servizi sanitari sul territorio.

La Spagna e gli altri tre paesi continentali si caratterizzano, nel corso degli ultimi anni, per una crescente capacità di de-frammentare sistemi di Ltc precedentemente molto meno integrati.

La Spagna presentava fino al 2006 una situazione simile a quella dell'Inghilterra e dell'Italia. Ora, dopo la legge sulla disabilità, questo paese mostra un assetto *semi-integrato*, così come accade negli altri welfare continentali (Germania, Austria e Francia). Questi paesi si carat-

terizzano, innanzitutto, per il fatto che si è sviluppato un campo specifico di policy riferito alla Ltc. In tutti questi paesi si è creata una comunità a partire dagli anni '80, che si è istituzionalizzata negli anni '90 (in Germania e Austria) o negli ultimi dieci anni (in Francia e Spagna), grazie all'introduzione di programmi nazionali per la Ltc. Ancora oggi, comunque, la situazione è definibile solo come semi-integrata, visto che vi sono elementi di tensione e di frammentazione. In Spagna la linea principale di tensione concerne i ruoli dei governi centrali e di quelli regionali. In Francia, anche dopo l'introduzione dell'Apa, che è stato un fattore rilevante di integrazione tra i diversi attori istituzionali e politici, il sistema di Ltc non è ancora del tutto un campo di policy omogeneo, dato che vi sono divisioni all'interno del settore pubblico fra le diverse politiche di assistenza sociale, assistenza sanitaria, interventi per le famiglie e per l'occupazione.
L'Austria e, soprattutto, la Germania appaiono i casi in cui maggiore è stata la spinta all'integrazione.

Tabella 2 - Il livello di integrazione-frammentazione nel campo delle politiche di Ltc

		Oggi		
		Situazione frammentata	*Situazione semi-frammentata*	*Situazione integrata*
All'inizio degli anni '90	*Situazione frammentata*	Italia Inghilterra	Spagna Francia Austria Germania	
	Situazione semi-frammentata			
	Situazione integrata			Svezia Danimarca Paesi Bassi

4.2 I principali attori presenti nel campo del Ltc

L'arena di policy della Ltc è caratterizzata in quasi tutti i paesi europei dalle difficoltà di organizzazione e rappresentatività diretta da parte di quelli che dovrebbero essere i principali beneficiari di questa politica: gli anziani e le loro famiglie. Nella maggior parte dei paesi le organizzazioni degli utenti rappresentano soprattutto gli interessi dei disabili giovani e adulti, mentre gli anziani non autosufficienti sono in genere

rappresentati da sindacati o partiti politici. Le uniche eccezioni sono l'Italia, dove esistono organizzazioni sindacali dedicate specificatamente agli anziani e, soprattutto, la Danimarca, in cui esiste un'organizzazione specifica delle persone anziane: DaneAge.

L'analisi dei vari casi studio nazionali, presentati in questo numero di «Rps», fa, quindi, emergere come gli anziani non autosufficienti siano deboli sotto il profilo di una *voice* autonoma e trovino complesso esprimere direttamente la propria domanda di intervento pubblico. Alla debolezza della capacità di *advocacy* degli anziani fa da contraltare la presenza di altri attori.

Dal lato della domanda, un ruolo importante è svolto, appunto, dalle organizzazioni dei disabili giovani e adulti. Questi gruppi sono stati molto influenti specialmente nei regimi di cura universalistici, dove hanno per lungo tempo sostenuto la progressiva trasformazione degli interventi di welfare. Negli anni '90 le associazioni dei disabili hanno iniziato a mobilitarsi al fine di ottenere più servizi e un più chiaro riconoscimento dei diritti sociali dei loro rappresentati. La capacità di questi gruppi di aggregare la domanda di una popolazione più istruita è stata rilevante e spesso maggiore di quella esercitata da sindacati e sostenitori del welfare tradizionale (quello basato sulla professionalità degli interventi e sulle decisioni prese dal servizio sociale professionale). In molti paesi le associazioni dei disabili sono state in grado di stimolare discussioni sui loro bisogni e sui propri diritti attraverso manifestazioni, scioperi, eventi pubblici. In Svezia gli anni '90 hanno visto l'emergere di un forte movimento per i diritti dei disabili (Meagher e Szebehely, *infra*), che ha svolto un ruolo essenziale nel dare priorità nell'agenda delle politiche sociali al sostegno alle persone disabili giovani e adulte, ma non anziane. Il ruolo politico attivo svolto da questi gruppi spiega perché la priorità di intervento si è andata spostando in Svezia dall'assistenza agli anziani ai servizi per rispondere alle esigenze dei disabili adulti. Situazioni simili si sono registrate anche in Inghilterra, Austria, Paesi Bassi e Francia.

Dal lato dell'offerta, le innovazioni nelle modalità di gestione delle politiche di Ltc sono state sostenute dai fornitori privati di servizi di cura, che hanno svolto un ruolo rilevante nei paesi con sistemi di Ltc tradizionalmente residuali come Inghilterra, Germania, Austria, Italia e Spagna. Nei paesi nordici la predominanza del settore pubblico e la forte presenza di associazioni di assistenti sociali professionali hanno limitato una deriva mercantilista, con la parziale eccezione svedese.

In generale, il ruolo svolto dai tradizionali (pubblici e non-profit) for-

nitori privati di servizi nei processi di riforma è stato legato ad un duplice interesse: se da un lato queste realtà hanno sostenuto i nuovi programmi pubblici che allocavano più risorse finanziarie per il campo della Ltc, dall'altro, invece, hanno tentato di resistere all'introduzione di meccanismi di concorrenza e di libera scelta, considerati come un modo per spostare la responsabilità e il controllo dai fornitori ai destinatari dell'assistenza. Solo le imprese private a scopo di lucro, entrate recentemente nel settore della Ltc, hanno sostenuto l'introduzione di meccanismi di quasi-mercato al fine di ridurre il monopolio e la posizione privilegiata dei fornitori di cure tradizionali.

Inoltre le innovazioni fin qui indicate sono avvenute all'interno di una struttura di governance della Ltc di tipo multilivello. In questa ottica si tenga presente la già citata importanza delle amministrazioni locali nel sistema di offerta di servizi nella maggior parte dei paesi europei. I governi locali hanno svolto un ruolo importante, non solo nel gestire interventi, ma anche rispetto al processo di riforma. Come già ricordato, queste istituzioni sono state sottoposte ad una forte pressione finanziaria già a partire dagli anni '90 a seguito dei crescenti costi della Ltc. L'interesse da parte delle autorità locali per l'introduzione di nuovi programmi nazionali di copertura dei costi della Ltc era pertanto evidente, e ciò spiega perché tali amministrazioni sono state molto spesso coinvolte attivamente nel processo di riforma. L'obiettivo dei governi locali in questo processo è stato quello di mantenere la responsabilità nella erogazione dei servizi e la relativa autonomia normativa, spostando, però, una parte dell'onere finanziario verso il livello centrale. I governi nazionali, da parte loro, hanno cercato di aumentare il controllo sul funzionamento delle attività di cura a livello locale attraverso l'introduzione di una regolamentazione più restrittiva sulla fornitura di assistenza e i relativi finanziamenti.

In tutti i paesi, tuttavia, lo Stato ha dovuto assumere maggiori responsabilità nel campo della Ltc di quanto non fosse prima degli anni '90. Negli ultimi due decenni, tutte le principali riforme e innovazioni sono state introdotte a livello nazionale, fissando specifiche soglie nazionali per l'accesso ai diritti. In conseguenza di ciò, i governi nazionali svolgono oggi un ruolo più forte di prima, avendo assunto maggiori responsabilità di finanziamento e finendo, tramite questo strumento, per limitare l'autonomia dei governi locali. Se i sistemi di Ltc precedenti alle riforme degli ultimi due decenni si caratterizzavano per una impostazione basata su un forte principio di sussidiarietà nei confronti degli enti locali, dopo le riforme questo sistema di sussidiarietà

verticale è stato superato da controlli di bilancio più rigorosi applicati dai governi nazionali. In cambio dei loro maggiori investimenti finanziari in Ltc, gli Stati centrali hanno assunto un maggiore controllo sul sistema di erogazione delle cure. In questo campo di policy si è, quindi, verificata una parziale ri-centralizzazione delle responsabilità a livello nazionale, con le autorità locali e i governi regionali/provinciali in posizione complementare.

Il ruolo svolto dai vari attori e il loro rapporto rispetto ai processi di innovazione sono stati molto diversi a seconda del regime di cura.

Nei regimi universalistici la costellazione di interessi a sostegno dello status quo era molto forte. I fornitori di servizi tradizionali, gli operatori sociali e le organizzazioni degli utenti anziani si sono fortemente organizzate in difesa del modello tradizionale di intervento. L'alto livello di integrazione della policy community nel campo della Ltc ha sostanzialmente resistito contro ogni tentativo di attaccare frontalmente l'universalismo. In questa situazione caratterizzata dalla impraticabilità di cambiamenti radicali, le preoccupazioni in merito al contenimento dei costi si sono rivolte sulla regolazione del sistema di assistenza sociale. In tutti questi regimi l'attenzione all'innovazione si è concentrata, infatti, sull'introduzione di meccanismi di mercato, riconoscendo la libertà di scelta, e la standardizzazione nella fornitura di assistenza sociale. Gli attori principali di questo processo sono stati la nuova comunità epistemica organizzata attorno ai valori del Npm e le organizzazioni per disabili adulti, che hanno sostenuto la flessibilizzazione delle pratiche di assistenza sociale e l'*empowerment* dei cittadini.

In Danimarca uno dei meccanismi principali che ha favorito il cambiamento è venuto dai tentativi dello Stato centrale di potenziare la propria capacità di controllo e di indirizzo rispetto agli enti locali. L'innovazione si è concentrata sulla regolamentazione e implementazione piuttosto che sulla ridefinizione dei diritti sociali. Le regole del Npm sono state introdotte senza una discussione pubblica sul significato generale di libera scelta e sulle sue implicazioni in termini di diritti sociali e di impatto redistributivo, focalizzando l'attenzione solo sulle implicazioni pratiche (il numero di fornitori di assistenza sociale, la definizione di standard di qualità, la fissazione dei prezzi per la fornitura dei servizi, e così via). Socialdemocratici, partiti neoliberali e conservatori hanno condiviso questa visione. La libera scelta è stata anche fortemente sostenuta dalle associazioni dei disabili adulti, molto attive nel dibattito pubblico. I sindacati e le organizzazioni dei datori

di lavoro – i tradizionali bacini di consenso del welfare state scandinavo – hanno giocato un ruolo minore.

Anche in Svezia, socialdemocratici e conservatori hanno convenuto sulla necessità di limitare la spesa pubblica per l'assistenza sociale. Strumenti di Npm sono stati introdotti in gran parte senza contrapposizioni forti fra partito socialdemocratico e conservatore, con il primo che si è distinto per aver avviato il processo di innovazione. Ancora una volta, le associazioni che rappresentano i disabili adulti hanno assunto un ruolo guida in questo processo di innovazione, considerato come un modo per aiutare le persone e garantire loro l'indipendenza.

Nei Paesi Bassi le organizzazioni che rappresentano i disabili sono diventate i più importanti alleati del governo nazionale (di centrodestra) nel tentativo di ristrutturare il sistema di Ltc e ridurne i costi, attraverso processi di de-professionalizzazione, valorizzazione delle cure informali e introduzione di interventi volti ad offrire maggiore autonomia di scelta agli utenti. Anche in questo paese, tuttavia, queste trasformazioni non sono state poste in contrasto con i principi universalistici vigenti e l'innovazione si è piuttosto concentrata sull'introduzione di nuove forme di regolazione pubblica. I governi nazionali hanno cercato di perseguire strategie di contenimento dei costi così come di supporto all'autonomizzazione degli utenti (si pensi ad esempio al «personal budget»).

I rapporti fra amministrazioni locali e centrali si sono trasformati in questo processo. In Danimarca e in Svezia il ruolo guida dello Stato è stato rafforzato, mentre l'autonomia finanziaria degli enti locali è stata posta sotto un più rigoroso controllo centrale.

Nei paesi in cui il tradizionale sistema di Ltc era più residuale, si sono avute coalizioni di attori, promotrici di innovazioni, abbastanza eterogenee. Il ruolo delle associazioni disabili è stato meno rilevante, con l'eccezione dell'Austria, e in qualche modo invertito rispetto ai loro equivalenti nei paesi nordici. Gran parte della discussione pubblica sullo sviluppo dei sistemi di Ltc ha avuto luogo a livello nazionale e ha richiesto un più forte intervento diretto dei governi nazionali. Le amministrazioni locali hanno ampiamente sostenuto questo processo di centralizzazione della riforma, per poter scaricare una parte rilevante degli oneri finanziari che erano pesati sul loro bilancio fino agli anni '90.

Inoltre in Germania, Austria, Francia e Spagna le riforme sono state fortemente favorite da una tradizione neocorporativa che ha favorito accordi non solo fra i principali partiti politici, ma anche con le tradizionali forze sociali, come sindacati e organizzazioni dei datori di la-

voro. Le riforme in questi paesi hanno ottenuto un forte e largo consenso da tutti i principali attori della politica economica e sociale, dopo un processo di prolungata intermediazione tra di essi. La capacità dei governi nazionali di coordinare e di intermediare fra molti attori, con agende e priorità differenti, è stato uno dei principali motori del cambiamento istituzionale che si è svolto in questi paesi.

In Germania l'assicurazione di cura è stata istituita nel 1995 da un governo di coalizione fra Partito liberale e Cristianodemocratici (guidata da H. Kohl), con l'accordo finale anche del Partito socialdemocratico, dei sindacati e della Confindustria tedesca.

In Austria l'elaborazione delle politiche della riforma è stata delegata a diversi gruppi di lavoro coinvolgendo le organizzazioni dei disabili, i sindacati, le parti sociali e le amministrazioni locali. La struttura corporativa del sistema di rappresentanza degli interessi ha favorito tale approccio, che ha reso possibile trovare un accordo generale su un programma nazionale di Ltc. Questo approccio è stato sostenuto non solo dal Partito conservatore e da alcune Province, ma anche da gruppi di disabili. Come afferma Österle (*infra*), praticamente gli attori politici appartenenti a tutti i principali schieramenti sono stati a favore di un schema di «cash-for-care», anche se per ragioni molto diverse.

Questa capacità di costruire un accordo politico generale attorno ad un progetto di riforma sembra essere cruciale per discriminare la situazione dei regimi di assistenza residuale dove una riforma ha avuto luogo negli ultimi due decenni dai due paesi in cui nessun cambiamento è stato raggiunto. In Italia e in Inghilterra la forte frammentazione del campo politico (si veda il paragrafo precedente) ha ostacolato ogni tentativo di creare accordi tra le parti. Nei sistemi di assistenza caratterizzati da una molteplicità di programmi di Ltc, «catturati» da diversi utenti con interessi specifici, la costruzione di una coalizione di riforma si è rivelata altamente difficile. Inoltre, la debole tradizione neo-corporativa in questi paesi ha impedito qualsiasi sforzo politico in tale direzione. Infine, le associazioni della società civile hanno giocato un ruolo minore e difensivo, visto che si sono concentrate principalmente sui propri interessi specifici e non sono state realmente interessate ad un cambiamento istituzionale rilevante.

In conclusione, quindi, la composizione delle coalizioni pro riforma nel campo della Ltc è stata abbastanza diversa nei welfare state con tradizione universalistica nel campo della cura agli anziani, rispetto a quelli con importazione più residuale. In quest'ultimo caso gli attori più importanti sono stati organizzati a livello nazionale da attori neo-

corporativi, sostenendo gli interessi generali, compresi quelli degli attori tradizionali del welfare state. I sindacati e le organizzazioni dei datori di lavoro hanno svolto un ruolo chiave non solo nel supporto generale alle riforme, ma anche nella discussione specifica sul finanziamento e la distribuzione. Il coordinamento orizzontale nazionale di tali attori neocorporativi è stato integrato dal coordinamento verticale fra istituzioni locali, regionali e nazionali. La struttura multilivello della Ltc ha favorito un processo di mutuo aggiustamento con il quale il processo di ri-centralizzazione è stato facilmente supportato da attori locali e nazionali. Una distinzione nella responsabilità tra finanziamento ed erogazione degli interventi è stata introdotta anche in tali sistemi e ha facilitato gli accordi generali di tutte le parti. Infine le riforme sono state largamente consensuali, coinvolgendo partiti al governo e all'opposizione. Estensione dei diritti e fornitura di servizi da un lato, e contenimento dei costi, dall'altro, erano obiettivi condivisi tra i diversi attori in gioco nell'arena.

4.3 Meccanismi e forme del cambiamento istituzionale

Le innovazioni in atto nel settore delle politiche di Ltc hanno assunto forme diverse nei paesi qui analizzati. Il nostro studio ha fatto emergere come il processo di riforma sia avvenuto in alcuni casi tramite bruschi cambiamenti, che hanno riconfigurato tutto l'ambiente istituzionale del sistema di assistenza, in altri grazie a forme di innovazione incrementale, che hanno creato talvolta alcune discontinuità nel disegno istituzionale, senza un esplicito riferimento dei governi nazionali a riforme o modificazioni sostanziali dei programmi.

Quest'ultimo fenomeno ha preso spesso la forma di un adattamento inerziale, caratterizzato da elementi di persistenza e di continuità piuttosto che da deviazioni sostanziali dal percorso istituzionale precedente. Secondo Streeck e Thelen (2005), tuttavia, il cambiamento incrementale può produrre nel medio periodo discontinuità e modifiche sostanziali negli assetti istituzionali. Questo è esattamente quello che è successo in buona parte dei paesi europei, come vedremo di seguito.

Per analizzare le innovazioni in questa prospettiva occorre concentrarsi su due aspetti: in primo luogo, bisogna studiare con attenzione le forme e i processi di trasformazione istituzionale; in secondo luogo è necessario valutare l'impatto di questo processo in termini di continuità/discontinuità nei confronti della situazione precedente.

Il processo di innovazione istituzionale ha preso forme diverse a seconda del regime di cura. Nei regimi di impianto universalistico le riforme potenzialmente orientate verso forme di *retrenchment* erano abbastanza impossibili a causa della forte opposizione dei tradizionali attori principali nell'a-rena del welfare (sindacati, associazioni dei lavoratori sociali, organizzazioni pubbliche e private coinvolte nell'offerta di interventi) e della diffusa popolarità dei programmi di assistenza sociale. Pertanto sono state adottate misure di contenimento dei costi, tramite l'impiego di nuove procedure amministrative e nuovi strumenti di regolazione, volti a frenare il ricorso ai servizi. In Danimarca, secondo Burau e Dahl (*infra*), la nuova regolazione introdotta con il Npm ha istituzionalizzato la parziale mercificazione della fornitura di assistenza e ha rappresentato una forma di trasformazione istituzionale graduale: nuovi elementi sono stati aggiunti alle istituzioni esistenti, finendo per modificare gradualmente queste ultime. In Svezia il governo ha accresciuto il livello di copertura degli interventi a favore dei disabili adulti (il limite di età per questi servizi è stato posto a 65 anni) e ha contemporaneamente limitato gli interventi in favore degli anziani non autosufficienti. Come sottolineato da Meagher e Szebehely (*infra*), una maggiore spesa per servizi a sostegno della disabilità è direttamente correlata al ridimensionamento degli interventi in favore delle persone anziane. Inoltre, come in Danimarca, è stato introdotto nel sistema il meccanismo della concorrenza, con l'aggiunta di nuove misure di mercato nella regolazione pubblica senza sostituire il vecchio sistema. Una privatizzazione parziale del sistema di assistenza è stato, quindi, ottenuto senza alcun cambiamento radicale, ma solo tramite l'aggiunta di nuove misure e nuove regole all'interno del vecchio sistema, che è formalmente rimasto immutato.

Il contenimento dei costi nei Paesi Bassi è stato perseguito tramite l'introduzione di nuovi programmi orientati alla commercializzazione del settore (come il personal budget) nel tentativo di sostituire un'offerta basata su servizi professionali, più costosi, con trasferimenti monetari. Inoltre, un vasto insieme di specifiche misure regolamentari sono state introdotte al fine di limitare la gamma di servizi forniti dall'Awbz. Il ricorso più diffuso a forme di compartecipazione ai costi è stata una delle strategie più rilevanti adottate al fine di ostacolare il ricorso all'Awbz, senza mettere in discussione formalmente e pubblicamente l'accesso ai diritti sociali.

Per riassumere, nei modelli di Ltc ad impostazione universalistica il meccanismo adottato di cambiamento istituzionale si è basato sull'in-

crementalismo. La strategia di contenimento dei costi è stata perseguita modificando la regolazione esistente con l'aggiunta di nuove misure, senza alcun esplicito intento di ristrutturazione del sistema di assistenza. Questo approccio è stato possibile grazie al fatto che nessun potenziale conflitto è stato percepito, né dai socialdemocratici né dai conservatori, tra la necessità di contenimento dei costi e il mantenimento dei principi dell'universalismo. Tensioni e compromessi sono stati gestiti con l'introduzione di nuovi strumenti di regolamentazione del sistema esistente e, in particolare in Svezia, con l'aggiunta incrementale di nuove misure di cura, anche con l'obiettivo di indurre le persone ad un uso più mirato dei servizi di assistenza pubblici. Vedremo nella prossima sezione fino a che punto questa strategia ha funzionato e se ha prodotto alcune discontinuità in questi sistemi di assistenza.

La maggior parte dei paesi che provenivano da una tradizione di intervento più residuale di cura sono stati interessati da grandi riforme della Ltc negli ultimi due decenni. Tutte queste riforme sono state precedute da un ampio dibattito a livello nazionale, che ha coinvolto tutte le parti politiche e sociali interessate e che si è basato anche su una serie di studi e sperimentazioni locali o nazionali. Un ampio consenso politico e sociale è stato cercato e trovato al fine di stabilire queste riforme, e per la loro attuazione.

Tuttavia, il processo di attuazione e di implementazione di tali riforme, come mostrato nel paragrafo 2, ha finito per limitare in qualche maniera l'effetto di rottura istituzionale operato con esse. Per riassumere, l'innovazione in questi paesi si è verificata per mezzo di un cambiamento dirompente, con una completa ristrutturazione del precedente sistema dell'assistenza sulla base di un nuovo schema pubblico. Nuovi diritti, denaro pubblico e nuove forme di fornitura di servizi sono stati indubbiamente introdotti. Tuttavia, la manutenzione e la realizzazione di tali riforme sono state molto più difficili e meno dirompenti di quanto atteso. Preoccupazioni di contenimento dei costi hanno spinto i governi a ritardare parte dell'attuazione (come è successo in Spagna), o a moderare l'importo delle prestazioni (come è successo in Austria e Germania), o a favorire una nuova discussione per cambiare nuovamente il sistema (come sembra accadere in Francia).

Questi passi indietro non possono essere considerati come un ripristino della situazione precedente, ma come i segnali del difficile e graduale adattamento delle riforme originali ai vincoli finanziari.

Due paesi con un regime di cura residuale, Italia e Inghilterra, non hanno prodotto una grande riforma negli ultimi due decenni. Questo

non significa che al loro interno non abbia avuto luogo una ampia discussione sulla Ltc e proposte di riforma non siano state avanzate e sostenute. Secondo Glendinning (*infra*), in Inghilterra, l'ultimo ventennio è stato caratterizzato dalla simultanea coesistenza di inerzia istituzionale e di innovazione incrementale (in particolare tramite i processi di mercatizzazione). La frammentazione istituzionale del sistema di assistenza e la presenza di veti incrociati fra i vari attori ha impedito un cambiamento: tutto ciò, in una situazione di crescente pressione dal lato della domanda di cura, ha significato nella sostanza un arretramento della copertura pubblica nel campo della Ltc inglese.
In Italia vi sono state ampie discussioni e molte proposte in materia di Ltc, ma nessun serio tentativo di riformare il sistema precedente è stato portato avanti. Tre elementi sembrano spiegare la specificità italiana. Il tema del debito pubblico ha dominato qualsiasi discussione di riforma (espansiva) nel campo del welfare. Inoltre paradossalmente la presenza di un programma universalistico di assistenza monetaria (l'indennità di accompagnamento), seppur di valore economico contenuto, ha impedito che si potessero introdurre riforme che avrebbero comunque limitato alcuni dei diritti degli attuali beneficiari di tale programma a favore di altri. La frammentazione delle responsabilità e degli interessi ha, infine, impedito la creazione di una coalizione pro-riforma. In assenza di una riforma nazionale, le innovazioni nel campo della Ltc sono state compiute a livello locale e regionale, attraverso l'introduzione di quasi-mercati e «fondi» locali per la non autosufficienza. La mancanza di finanziamenti e l'eterogeneità geografica di tali politiche non hanno, comunque, significativamente cambiato la situazione generale.

5. L'impatto delle riforme

Un punto importante per l'analisi delle riforme nel campo della Ltc negli ultimi vent'anni in Europa riguarda l'impatto di queste riforme. Il concetto di impatto o effetto è piuttosto complesso da definire e pertanto necessita innanzitutto di essere meglio specificato.
L'analisi comparativa fra paesi si è concentrata su tre tipi di effetto delle riforma attuali della Ltc:

a) l'impatto in termini di *spesa pubblica* e di *copertura relativa dei bisogni di cura* (in termini di numero di destinatari, ecc.);
b) l'impatto sulla struttura e le caratteristiche del *mercato del lavoro* nel campo delle Ltc;

c) l'impatto in termini di *regolamentazione* e di *fornitori di servizi di cura.*

Se, in genere si analizza il livello di finanziamento pubblico e di copertura dei bisogni di cura quale principale indicatore per valutare le riforme nel campo della non autosufficienza, le due altre dimensioni qui considerate non devono essere trascurate, visto che la Ltc ha caratteristiche tali da risultare importante non solo per i beneficiari degli interventi, ma anche per il mondo del lavoro di cura.

Le tabelle 3 e 4 riassumono i risultati dell'analisi comparativa.

Tabella 3 - L'impatto delle riforme di Ltc sulla copertura e la spesa pubblica: ridimensionamento, ristrutturazione ed espansione degli interventi

Ridimensionamento		Ristrutturazione			Espansione (con ripensamenti...)		
Svezia	Inghilterra Germania	Paesi Bassi	Danimarca	Italia	Francia	Spagna	Austria

Partiamo dalla questione del finanziamento e della copertura. Il dibattito più generale sulle politiche di welfare negli ultimi venti anni è stato centrato attorno a due concetti: le forme, nascoste o esplicite, di ridimensionamento piuttosto che di ristrutturazione dei sistemi di protezione sociali (Pierson, 2001). In molti settori si è infatti assistito a tagli (in primis nel campo delle pensioni) direttamente attuati dai governi o indirettamente promossi, attraverso vari meccanismi di «*policy drift*», come indicato da Streeck e Thelen (2005). Non sempre i cambiamenti nel campo delle politiche sociali hanno assunto la forma del ridimensionamento della generosità o dell'universalismo delle prestazioni: in vari casi sono avvenuti processi di ristrutturazione, tramite, ad esempio, strategie di «taglia e incolla» (limitando la spesa per alcuni tipi di prestazioni, al fine di rafforzare gli interventi in altri ambiti): Pierson (2001) definisce il processo di «ristrutturazione» nel campo del welfare il tentativo di introdurre riforme che mirano a rendere lo stato sociale più compatibile con gli obiettivi e le esigenze contemporanee.

All'interno di questo quadro complessivo, il campo della politiche di Ltc è uno dei pochi in cui si sia sperimentato in alcuni paesi qualcosa di più simile a quello che è accaduto negli «anni d'oro» del welfare: l'espansione della copertura e della spesa pubblica.

I risultati delle trasformazioni e delle riforme, dove hanno avuto luogo, non hanno tratti unidirezionali (tabella 3).

Come già sottolineato nei paragrafi precedenti, Germania, Austria, Spagna e Francia hanno sperimentato un ampliamento della copertura e dei finanziamenti pubblici. Dagli anni '90 (o in periodi più recenti in Francia e Spagna) il numero complessivo dei beneficiari è aumentato fortemente. Tuttavia dopo una prima ondata di espansione, questi paesi, in particolare Germania e Austria, hanno introdotto meccanismi per rallentare il ritmo di crescita nei loro programmi di Ltc. Le preoccupazioni circa il contenimento dei costi in relazione ai problemi di sostenibilità delle riforme hanno continuamente agito da freno: un set di strumenti sono stati introdotti al fine di limitare i costi (si veda il paragrafo 4).

L'Italia è un caso particolare, che possiamo definire di «(parziale) espansione non pianificata». Anche se non sono state introdotte riforme e sono state limitate le modifiche dell'assetto istituzionale del sistema (a parte la regolarizzazione del lavoro di cura dei migranti), c'è stato un forte aumento della copertura, soprattutto grazie al modo in cui il principale programma di trasferimenti monetari (l'indennità di accompagnamento) funziona: in assenza di una riforma più generale di tutto il sistema di Ltc pubblico e di ogni serio tentativo di rafforzare l'offerta di servizi, l'invecchiamento della popolazione e i criteri di ammissibilità per l'accesso alla indennità di accompagnamento (solo legata al livello dei bisogni e non a quello del reddito individuale o familiare o altre caratteristiche) hanno favorito l'aumento di richieste per beneficiare del programma: in pochi anni la percentuale di anziani che ricevono l'indennità è aumentata dal 6% circa nel 2000 a circa il 10% nel 2010. Questa espansione è definibile come parziale in quanto non è stata né prevista né pianificata e non si è verificata all'interno di un più vasto programma volto a migliorare la copertura complessiva delle prestazioni pubbliche di Ltc (Costa, *infra*).

La Danimarca sembra l'unico caso reale di ristrutturazione tra quelli qui presentati. Le politiche di Ltc hanno incluso, dal 1990 in poi, elementi sia di controllo/standardizzazione degli interventi che di flessibilità/scelta. Queste innovazioni hanno portato a cambiamenti sostanziali in termini di organizzazione dell'assistenza con l'introduzione di meccanismi di mercato e la personalizzazione dei servizi rispetto alle esigenze individuali (Burau e Dahl, *infra*).

Inghilterra e Svezia, in misura maggiore, si presentano come i due principali casi di ridimensionamento e arretramento nelle politiche di Ltc.

In Inghilterra il finanziamento pubblico si è contratto in modo significativo negli ultimi 20 anni (Glendinning, *infra*). I servizi di assistenza

domiciliare sono forniti solo a persone con alti livelli di bisogno: molte persone, anche se in possesso di redditi medio-bassi o bassi, sono escluse del tutto dalla copertura pubblica a causa di definizioni sempre più stringenti di means-testing.

In Svezia il sistema di Ltc è cambiato in modo significativo negli ultimi decenni. Si è verificato un *ridimensionamento* nella cura delle persone anziane, evidente se analizzato in termini di riduzione della spesa pubblica e del livello di copertura, visto che l'obiettivo delle politiche è diventato quello di concentrarsi sulle persone con livelli più elevati di necessità. Queste trasformazioni hanno comportato una informalizzazione delle attività di cura: rispetto ad un passato relativamente recente, varie fasce della popolazione anziana devono ricorrere all'aiuto da parte dei membri della propria famiglia per servizi che fino a pochi anni fa venivano erogati dal pubblico (Meagher e Szebehely, *infra*).

Il caso olandese si presenta come un quadro dai tratti misti. Il dibattito sulla Ltc nei Paesi Bassi è stato dominato dalle tensioni tra la copertura universale, con servizi di buona qualità e la difficoltà di tenere sotto controllo i costi ingenti dei programmi di Ltc. I tentativi di riformare radicalmente l'Awbz si sono dimostrati difficoltosi. Piuttosto che procedere lungo il sentiero di una riforma radicale, sono state introdotte numerose riforme incrementali e parziali, centrate attorno ad una serie di misure esplicitamente finalizzate a contenere o ridurre i costi del sistema di Ltc, aumentando il potere degli utenti e ridistribuendo le responsabilità nel sistema delle cure tra il settore pubblico e privato. Come precedentemente indicato, nonostante tutti i tentativi di limitare l'accesso ai benefici dell'Awbz, l'assistenza fornita tramite questo programma rimane il principale e fondamentale pilastro del sistema olandese. Fino ad ora non vi sono prove di un'accessibilità al sistema in via di riduzione. La trasformazione in prospettiva forse più dirompente introdotta nel sistema è lo spostamento di parte dei rischi coperti dall'Awbz ad altri settori della protezione sociale. Dagli inizi del 2000 sta diventando dominante nel dibattito politico l'idea che, per essere sostenibile, l'Awbz dovrebbe tornare al suo obiettivo originario degli anni '60 e lasciare la copertura di interventi complementari ad altri settori di politica sociale. Questa tendenza rappresenta uno sviluppo qualitativamente diverso rispetto a tutte le riforme precedenti, in quanto comporta la ridefinizione dei confini della Ltc (Da Roit, *infra*).

In genere l'analisi sulle politiche sociali si concentra su come le riforme influenzano la capacità di offrire assistenza ai cittadini in stato di

bisogno e alle loro famiglie, e sul livello di finanziamento pubblico richiesto per gli interventi. Tuttavia, la Ltc, come altri settori del welfare, quali la sanità, l'istruzione, i servizi sociali e socio-educativi, svolgono anche una funzione rilevante in termini di occupazione. Come illustrato dall'Ocse (Oecd, 2011), vi sono milioni di lavoratori in Europa occupati nel campo della Ltc. In molti paesi il numero complessivo dei lavoratori in questo settore è quantitativamente superiore a quello registrato in molti rami dell'industria manifatturiera o del terziario. Perciò è importante considerare quanto le riforme della Ltc discusse in questo saggio abbiano avuto un impatto sulle caratteristiche del lavoro professionale nel campo della cura. I risultati della nostra analisi mostrano un fenomeno dai tratti ambivalenti: da una parte, c'è stata negli ultimi venti anni una forte crescita nell'occupazione in questo campo, dall'altra si è spesso verificato un deterioramento delle condizioni di lavoro. L'invecchiamento della popolazione, con la sua conseguente crescita in termini di domanda sociale e, dove ha avuto luogo, l'aumento di risorse finanziarie a disposizione dei beneficiari grazie alle riforme, hanno svolto un ruolo importante nel favorire la crescita dell'occupazione nel settore.

Le condizioni di questi lavoratori sono spesso peggiorate rispetto al passato. Due fenomeni diversi sembrano spiegare questo cambiamento. Da una parte il diffondersi in molti paesi di un'organizzazione dei servizi di stampo «tayloristico». Dall'altra c'è stata una spinta verso un approccio più consumeristico.

L'adozione di un modello organizzativo di tipo tayloristico ha significato che in molti paesi è stata introdotta una definizione più puntuale, standardizzata e codificata dei compiti che devono essere eseguiti da professionisti del settore, nel momento in cui erogano i servizi. Per esempio, in Germania sono stati introdotti all'interno dell'assicurazione di cura, «pacchetti standardizzati di assistenza», in cui vengono previsti in maniera molto puntuale i tempi da dedicare (in termini di minuti) alle singole attività a contatto con il beneficiario e la sua famiglia. Se i servizi tendono ad essere sempre più standardizzati in termini di compiti, allo stesso tempo una crescente quantità di risorse pubbliche per la Ltc sono date direttamente ai beneficiari e alle loro famiglie, in modo tale che possano decidere con una relativa autonomia come impiegarle. Questo processo ha assunto forme differenti che vanno dai programmi di cash-for-care (in alternativa alla fornitura di servizi) alla maggiore libertà di scelta lasciata agli utenti nel decidere le modalità di cura anche nei casi in cui i beneficiari possono solo optare fra servizi (vedi tabella 5).

Tab 4

Tab 4

Tavola 5 - Le modalità di concessione di crescente autonomia nei confronti dei beneficiari

Italia Austria Spagna	Germania Paesi Bassi Inghilterra Francia Svezia Danimarca
Cash-for-care i programmi	Più libertà di scelta nella modalità di cura

Da un lato paesi come l'Italia e l'Austria e, in misura leggermente inferiore Spagna e Germania, hanno introdotto o rafforzato i programmi di cash-for-care, consentendo ai beneficiari di impiegare tali risorse in maniera relativamente discrezionale e con pochi controlli sull'appropriatezza. L'indennità di accompagnamento italiana ne è un classico esempio, mentre l'assicurazione di cura tedesca offre la possibilità ai beneficiari di scegliere tra servizi o trasferimenti monetari, con il risultato che la stragrande maggioranza degli utenti opta per la libertà e discrezionalità di utilizzo assicurato da questo secondo strumento.

Dall'altra parte i paesi scandinavi hanno scelto di non dare troppo spazio a programmi basati sui trasferimenti monetari, ma hanno rafforzato la libertà e l'autonomia dei beneficiari nell'organizzazione dei servizi che ricevono. Per esempio i programmi danesi consentono agli utenti la possibilità di scegliere quali servizi ricevere. Tuttavia, la scelta è vincolata: la decisione dei singoli utenti deve essere approvata dal servizio sociale professionale.

Francia, Inghilterra e Paesi Bassi hanno cercato un mix tra i programmi basati sui trasferimenti monetari non vincolati e il modello scandinavo. Il personal budget nei Paesi Bassi, così come i direct payment in Inghilterra e l'Apa in Francia si basano su un approccio simile: le risorse vengono messe direttamente a disposizione dei beneficiari, i quali devono, però, rendicontare al servizio sociale professionale la maniera in cui hanno impiegato tali risorse.

Un terzo cambiamento rilevante nel campo della Ltc negli ultimi venti anni, molto spesso collegato alle riforme, riguarda le forme della regolamentazione del settore e il sistema di offerta di interventi. È, infatti, in atto ormai da alcuni anni una tendenza molto chiara: un aumento del ruolo dei fornitori privati a scopo di lucro. Questo trend è evidente nei paesi tradizionalmente caratterizzati da un sistema di offerta pubblico (come quelli scandinavi), ma anche in quei contesti do-

ve vi era una tradizione di sussidiarietà, attraverso il largo ricorso ad organizzazioni non-profit (come in Germania).
In Svezia i fornitori privati di servizi svolgono oggi un ruolo significativo all'interno del sistema di finanziamento pubblico di Ltc. Nel 1993, solo il 2% delle ore di assistenza domiciliare per gli anziani, finanziate con fondi pubblici, era fornito da privati, mentre nel 2010, questa percentuale aveva raggiunto il 19%. Sempre nel 2010 una simile percentuale di persone anziane viveva in case di cura a gestione privata. L'intero incremento dell'ammontare delle prestazioni da parte dei privati è attribuibile a organizzazioni a scopo di lucro.
In Inghilterra le riforme dei primi anni '90 sono state un fattore importante nell'ascesa vertiginosa della fornitura privata nel campo dell'assistenza domiciliare: nel 1992, l'anno prima delle principali riforme, il settore privato forniva solo il 2% dell'ammontare totale delle ore di cura. Già nel 2001 tale attore copriva il 60% delle ore. Sempre nel 2001, l'85% di tutti i posti di assistenza residenziale per gli adulti erano offerti all'interno del settore privato.
In Germania la regolazione dell'assicurazione di cura ha favorito la crescita di un mercato privato a fini di lucro, in un paese tradizionalmente caratterizzato dal forte ruolo del non-profit. Dopo l'introduzione dell'assicurazione di cura la percentuale di fornitori privati a scopo di lucro a domicilio e nel settore residenziale è in costante aumento. Nel 2009, il 61,5% dell'assistenza domiciliare e circa il 40% delle strutture residenziali sono gestite da organizzazioni private a scopo di lucro (Theobald e Hampel, *infra*).

6. Conclusioni

L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti rappresenta uno dei terreni di prova della capacità di innovazione dei welfare contemporanei. Di fronte alle pressioni provenienti sia da trasformazioni sociali e demografiche, da un lato, ed esigenze di contenimento dei costi, dall'altro, tutti i paesi europei hanno sottoposto i propri sistemi di assistenza al cambiamento e adattamento. Questo saggio ha cercato di ricostruire i cambiamenti avvenuti in vari sistemi europei di Ltc negli ultimi due decenni.
Agli inizi degli anni '90 i sistemi di Ltc erano fondamentalmente organizzati secondo due modelli di base. Da un lato vi erano regimi di cura universalistici, caratterizzati da un'ampia copertura nella fornitura di

cure e da un pieno riconoscimento del diritto sociale dei cittadini disabili a ricevere servizi di assistenza e/o prestazioni in denaro. Dall'altro vi erano i sistemi di assistenza residuale che non avevano sviluppato una cultura della cura nel campo della non autosufficienza come diritto sociale.

La crisi di politica pubblica che si è verificata a partire dai primi anni '90 è stata causata esattamente dalla crescente difficoltà di coniugare diritti e copertura finanziaria.

In buona parte dei regimi di cura universalistica i diritti sociali non sono stati sostanzialmente messi in discussione. Le innovazioni sono state focalizzate rispetto al sistema delle modalità di fornitura degli interventi, attraverso cambiamenti nella regolamentazione pubblica, nel rapporto tra fornitori e finanziatori, e nel ruolo attribuito agli utenti rispetto a quello dei professionisti. Contenimento dei costi e autonomia degli utenti sono stati i due pilastri più rilevanti delle riforme attuate. In assenza di una riforma globale del sistema di assistenza, le innovazioni hanno avuto natura incrementale e adattativa, aggiungendo nuovi strumenti di regolazione a quelli già esistenti, senza alcun tentativo rilevante per riconfigurare l'intero sistema. Solo in Svezia, come è stato dimostrato, il cambiamento nella regolazione ha implicitamente rimodellato la struttura del sistema di cura, determinando una privatizzazione progressiva del sistema di Ltc.

In buona parte dei regimi di cura residuali, la riforma ha introdotto nuovi diritti sociali. In questi paesi le persone disabili hanno finalmente ottenuto un diritto (parziale) alle cure. Il sistema è stato enormemente ampliato, grazie alla mobilitazione di ulteriori risorse finanziarie attivate tramite la riforma. Le pressioni per il contenimento dei costi hanno giocato comunque un ruolo importante nelle fasi di implementazione delle riforme, e ne hanno condizionato l'ulteriore attuazione.

Nei due regimi di cura residuale in cui non si sono verificate riforme, Inghilterra e Italia, i sistemi di cura già esistenti sono stati sottoposti a strategie di contenimento dei costi, senza alcun cambiamento rispetto al riconoscimento di diritti sociali. Paradossalmente, però, questi tentativi hanno accresciuto ulteriormente la frammentazione del sistema di assistenza, rendendo ogni possibilità di cambiamento ancora più difficile.

I principali trend di cambiamento sono due.

In primo luogo, è avvenuta una grande differenziazione nei regimi di cura in tutta Europa. Il tradizionale regime di cura universalistico si è

suddiviso in due differenti sottomodelli: la Danimarca ha adeguato il proprio sistema di assistenza ai mutamenti nella domanda sociale, senza modifiche rilevanti nella copertura e nel finanziamento. La Svezia ha, invece, innovato il proprio sistema, iniziando ad introdurre una privatizzazione strisciante nel campo delle politiche per la non autosufficienza. I Paesi Bassi hanno alternato continuità con il proprio percorso universalistico con alcune discontinuità. Grandi differenziazioni hanno inoltre caratterizzato le innovazioni introdotte nei regimi di cura residuali, in cui la ristrutturazione e l'ampliamento del sistema di assistenza sono stati l'elemento centrale in Germania, Francia, Austria e Spagna. L'organizzazione dei nuovi sistemi di Ltc è stata molto diversa da paese a paese. Infine, Italia e Inghilterra hanno mantenuto il vecchio sistema di assistenza. Entrambi i paesi si caratterizzano per l'elevato livello di frammentazione e di separazione tra i vari tipi di programmi di Ltc e per una generale inadeguatezza del sistema pubblico di Ltc.

In secondo luogo, è avvenuto un processo di progressiva dualizzazione dei sistemi di assistenza in tutta Europa. Negli ultimi venti anni c'è stata una prima fase di progressiva convergenza dei sistemi di assistenza europea verso un modello assistenziale caratterizzato da un universalismo limitato: mentre i regimi di cura di impronta universalistica hanno ridimensionato i propri sistemi di disposizione, la maggior parte dei regimi di cura più residuali hanno esteso le coperture con l'introduzione di nuovi schemi nazionali di Ltc. Questo processo è durato fino al 2006, quando la Spagna è intervenuta con un programma nazionale di Ltc. Nell'ultimo decennio, tuttavia, con la sola eccezione della Spagna, tutti i paesi hanno introdotto tagli e hanno messo al centro del proprio processo di riforma il tema del contenimento dei costi. Nessuna riforma radicale è stata introdotta in questa direzione fino ad ora, ma la tendenza più consolidata è stata quella di promuovere crescenti restrizioni nell'accesso e nella fornitura pubblica di servizi di cura, in particolare, di quelli professionali. Le carenze nella fornitura di assistenza e la bassa qualità dei servizi potrebbero spingere sempre più persone non autosufficienti al di fuori dal sistema pubblico di cura, come i casi svedese, italiano e spagnolo mostrano chiaramente. Se questa tendenza verso il ridimensionamento sarà confermata in futuro, allora il rischio di polarizzazione fra insider e outsider aumenterà drammaticamente.

Riferimenti bibliografici

Ferrera M., 2005, *The Boundaries of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.

Oecd, 2011, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Oecd, Parigi.

Pierson P., 2001, *The New Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.

Streeck W. e Thelen K. (a cura di), 2005, *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press, Oxford.

Tabella 4 - Le riforme nel campo della Ltc: gli effetti sul finanziamento pubblico, i beneficiari, il mercato del lavoro e la regolamentazione

Paese	Effetti su finanziamenti e copertura	Gli effetti sui lavoratori nel campo della cura	Altri effetti sulla regolazione della Ltc e sulla fornitura di servizi
Svezia	Ridimensionamento (e parziale ri-familizzazione)	Aumento dell'occupazione nel settore, ma taylorizzazione di compiti di assistenza	Inserimento di grandi aziende a scopo di lucro; privatizzazione della fornitura (e finanziamento)
Danimarca	Ristrutturazione	Nessun impatto sulla qualità del lavoro Ambivalenza tra: Mix di controllo/standardizzazione e scelta/flessibilità	Aumento della fornitura privata (con finanziamenti pubblici)
Paesi Bassi	Nessun ridimensionamento (anche se tentativi sono stati fatti) ma forse la trasformazione più dirompente introdotta nel sistema è lo spostamento di parte dei rischi coperti dall'Awbz ad altri ambiti del welfare pubblico (ridefinizione dei confini)	Taylorizzazione del lavoro di cura; de-professionalizzazione del lavoro di cura; sostituzione delle cure formali con cure informali	
Austria	Espansione negli anni '90 con qualche ridimensionamento negli anni 2000 (considerazioni in merito al contenimento dei costi hanno svolto funzione di freno)	Aumento dell'occupazione nel settore, ma anche de-qualificazione (lavoro di cura dei migranti);	Aumento di conflitti in multi-livello delle relazioni
Germania	Espansione negli anni '90 con qualche ridimensionamento negli anni 2000 (considerazioni in merito al contenimento dei costi hanno svolto funzione di freno)	Aumento di occupazione, ma anche taylorizzazione, deterioramento delle condizioni di lavoro, sostituzione delle cure formali con cure informali (e aumento di un mercato grigio semi-formale)	Indebolimento dei fornitori non-profit e diffusione aziende a scopo di lucro

segue *Tabella 4 - Le riforme nel campo della Ltc: gli effetti sul finanziamento pubblico, i beneficiari, il mercato del lavoro e la regolamentazione*

Paese	Effetti su finanziamenti e copertura	Gli effetti sui lavoratori nel campo della cura	Altri effetti sulla regolazione della Ltc e sulla fornitura di servizi
Francia	Espansione e ora tentativi/discussione per sostenere lo sviluppo anche delle assicurazioni private	Forte incremento dell'occupazione; l'Apa ha notevolmente aumentato il numero di lavoratori qualificati, anche se rimangono insufficienti le precarie condizioni di lavoro	
Inghilterra	Ridimensionamento Spostamento dei rischi/responsabilità da enti locali a persone anziane e alle loro famiglie		Maggiore frammentazione nella gestione dei servizi pubblici di Ltc Privatizzazione fornitura
Italia	(Parziale) espansione non pianificata	Espansione del mercato del lavoro, ma anche dequalificazione del lavoro di cura (lavoro migrante)	
Spagna	Espansione	Espansione del mercato del lavoro, ma anche dequalificazione del lavoro di cura (lavoro migrante)	

Fuori dal tema

Housing matters: invecchiamento, politiche abitative e innovazione

Giovanni B. Sgritta, Fiorenza Deriu

Il rapido e diffuso invecchiamento della popolazione impone ai sistemi di welfare la ricerca di soluzioni politiche anche fortemente innovative. Nei grandi agglomerati urbani, in particolare, la necessità di contrastare diffusi fenomeni d'isolamento, solitudine e impoverimento delle relazioni sociali della terza e quarta età, impone l'esplorazione di nuovi investimenti nell'ambito dell'housing sociale, di promozione delle capacità della popolazione anziana e di allargamento del bacino di solidarietà. In questo saggio, gli autori dopo aver passato in rassegna le principali soluzioni abitative per l'età anziana adottate in alcuni dei maggiori paesi europei, presentano i primi risultati di un approfondito studio sulle esperienze di senior co-housing in Svezia, Danimarca, Paesi Bassi e Italia.

1. Premessa

Alla svolta del millennio, la demografia cambia faccia; e con la geometria delle popolazioni mutano anche i rapporti tra le parti. All'inizio del Novecento, circa un terzo della popolazione del mondo occidentale era composta di giovani sotto i 15 anni; gli anziani, vecchi per la speranza di vita dell'epoca, erano secondo i casi tra il 5 e l'8% del totale. La svolta, in effetti, risale alla seconda metà degli anni settanta. A quella data, la quota di anziani sul totale è quasi doppia rispetto a inizio secolo, mentre la leva più giovane (0-14 anni) è già ridotta a meno di un quarto. Da allora in avanti, la forbice tende ad allargarsi. Nel 2025, secondo stime delle Nazioni unite, gli ultrasessantenni saranno oltre 1,2 miliardi (rispetto a 214 milioni a metà del secolo scorso), e gli ultraottantenni 111 milioni (erano appena 15 nel 1950); sicché, nell'arco di qualche generazione, in forza di questa eccezionale crescita della popolazione anziana – assai più rapida e intensa nelle regioni del Terzo mondo che altrove – il secolo giovane ha cambiato veste per calarsi nei panni di un secolo senile. Sarà così anche nei prossimi decenni, senza che nulla possa cambiare – non nel medio termine – il corso degli eventi.

2. Il secolo dell'invecchiamento

Questo è noto; forse meno le prospettive d'invecchiamento dell'Ue a 27. La cui popolazione è destinata a restare pressoché invariata da qui al 2060: da 499 milioni a poco meno di 506. Ciò che più conta tuttavia sono i rapporti relativi tra le parti. L'istituto statistico europeo (fatti salvi gli imponderabili, che però rispetto alla popolazione anziana si riducono a ben poca cosa) stima una crescita per gli anziani di 65 anni e più dagli oltre 86 milioni del 2010 a più di 151 nel 2060; in valore percentuale, dal 17,4 al 30%, non senza apprezzabili divari tra i paesi membri (Eurostat, 2010). All'Italia e alla Germania, che spuntano percentuali superiori al 32%, si affiancano soprattutto i paesi di nuova afferenza, che in alcuni casi (Polonia e Slovacchia) superano il 36% e in altri (Romania e Bulgaria) il 34%. Più marcata è la crescita degli ultra ottantenni, che triplicano il loro peso attuale: dal 4,7% al 12,1%, che in valore assoluto passano da poco più di 23 milioni a 61,4 a fine periodo; e, messi in altra forma, destano qualche giustificato imbarazzo se oggi il rapporto tra gli over-80 e i giovanissimi sotto i 15 anni vale 1 a 3 e tra cinquant'anni sarà di 8 a 10.

Non meno rilevante è la versione economica del processo. Oggi nell'eurozona si contano quattro persone in età potenzialmente attiva (15-64) per una che ha oltrepassato quella soglia. Nel 2060, a bocce ferme, si stima un rapporto di 2 a 1. Effetto composto di un persistente declino delle nascite e di un crescente numero di sopravvissuti nella parte alta della piramide, la struttura per età dell'Ue s'ingrossa in cima e si alleggerisce ai fianchi e alla base. La misura convenzionale – il rapporto della popolazione anziana (+65) su quella in età potenzialmente attiva (15-64) – segna, da adesso al 2060, una crescita di ben 28 punti percentuali, passando dal 25,9 al 53,5%; al dunque, fermi restando i limiti d'età al pensionamento, meno 50 milioni di attivi e più 67 di inattivi. Il solo fattore di crescita sarebbe, in questo quadro, il saldo migratorio netto cumulato (+58 milioni), che tuttavia non sarebbe nel lungo periodo in grado di controbilanciare, se non in misura trascurabile, il saldo negativo naturale tra nascite e morti (-48 milioni).

3. Uno sguardo all'Italia

Un cenno particolare merita, se non altro per ragioni statistiche, la contabilità demografica dello Stivale. Per la quale, nell'intervallo con-

siderato, si prospettano, da un lato, una riduzione di circa 1,2 milioni di unità nella fascia d'età 0-14 e un più massiccio calo della popolazione in età lavorativa (-6,6 milioni), e dall'altro un aumento di 7,2 milioni di over-65 (da 12,2 milioni odierni a 19,4 a fine periodo: +59%); di cui ben 5,3 milioni sarebbero gli ultraottantenni (dagli attuali 3,5 milioni a quasi 9 nel 2060: +152%), che sul totale della popolazione equivarrebbero a circa il 15%.

Numeri da primato, non c'è dubbio, che collocano l'Italia in testa alla graduatoria continentale dell'invecchiamento demografico, con ricadute tutte rilevanti sotto il profilo economico, sociale e culturale. Va da sé, che il processo non avviene a parametri invariati. Gli anziani di domani non saranno gli stessi di oggi. Sicché sarebbe ingiustificato mandare al limite il presente per decifrare il prossimo futuro, lasciando immutato il contorno; ferme restando cioè le possibilità di sopravvivenza, lo stato di salute, le politiche, le tutele previdenziali, i livelli d'istruzione, il tenore di vita, la composizione familiare, le forme dell'assistenza e quant'altro ancora possa alterare, in più o in meno, le condizioni di esistenza della terza e in particolare della quarta età.

Resta il fatto, incontrovertibile a fronte di ogni più ottimistico scenario, che l'invecchiamento, sia in versione biologica sia demografica, pone comunque problemi di non agevole soluzione. Già solo dal punto di vista numerico, il mutamento dei pesi demografici modifica l'equilibrio di forze e viola le regole del gioco pattuite in precedenza, che tenderanno a divenire sempre più incongrue rispetto al nuovo assetto demografico. Peraltro, è noto, una popolazione che invecchia va incontro alla difficoltà di garantire un adeguato sostegno alla sua componente anziana perché cresce il rapporto tra domanda e offerta, tra destinatari e erogatori di risorse e aiuti.

Questa sfasatura, scontata nel caso dei trasferimenti previdenziali, vale non meno in quello dei servizi alla persona. E benché il continuo miglioramento dei livelli di salute della popolazione anziana prospetti la possibilità di un allungamento della speranza di vita in autonomia, non v'è dubbio che la domanda di cure e assistenza ad alta intensità (*short-* e *long-term care*) sia destinata a crescere nei prossimi decenni. Di quanto non lo sappiamo, ma è scontato che, in ragione dei mutamenti sopravvenuti nella composizione delle famiglie e nelle caratteristiche delle figure che se ne sono finora fatte carico, l'assistenza degli anziani non potrà continuare a gravare unicamente sulle spalle delle famiglie, che dovranno essere sostenute da servizi, trasferimenti e aiuti esterni. L'immagine dell'entità del problema sta tutta in un banale rapporto

numerico: la popolazione italiana comunque non crescerà nel prossimo mezzo secolo, mentre la quota dei cosiddetti «grandi anziani» è destinata ad aumentare, come ricordato, di oltre il 150%.

4. Le qualità dell'invecchiamento

Se i numeri dell'invecchiamento sono importanti, rischiano tuttavia di lasciare in ombra la qualità dei processi che lo accompagnano. Le giustificate preoccupazioni che riempiono l'agenda politica e il dibattito pubblico sulla sostenibilità dei conti previdenziali e delle spese sanitarie, meritano perciò di essere completate da una riflessione attenta circa le dinamiche collegate ai risvolti sociali del cambiamento demografico. Che s'impongono soprattutto nella forma di diffusi fenomeni di isolamento, solitudine, impoverimento delle relazioni sociali, al limite abbandono di cospicue porzioni di popolazione anziana; espressioni di una fenomenologia culturale della modernizzazione, la cui portata è di regola rubricata tra gli aspetti biografici dell'invecchiamento e pertanto ritenuti poco meritevoli di attenzione.

Il punto è che le cose non stanno così. In parte questi fenomeni sono strettamente collegati alla transizione demografica, via l'allungamento della speranza di vita e il declino delle nascite, che ha sfoltito il pool di figure potenziali sulle quali allocare l'onere delle cure degli anziani. In massima parte tuttavia sono l'effetto di una maggiore mobilità sociale e territoriale, che ha scavato il solco tra le generazioni e l'isolamento delle più anziane; e della crescente partecipazione della donna al mercato del lavoro, che, in assenza di adeguate compensazioni, costringe necessariamente a ridurre impegni e tempi tradizionalmente assorbiti dal lavoro familiare e di cura (Pugliese, 2011, pp. 309-310). E se sono cambiamenti che nascono dalle trasformazioni dell'organizzazione sociale, la società è tenuta in un modo o nell'altro a farsene carico e a dare delle risposte.

Assumendo una soglia alta – diciamo l'età degli 85 anni – si riscontrano differenze notevoli dal punto di vista del genere. Nel 2010, in Italia il 42% degli uomini in età superiore a questa soglia non è coniugato, ovvero è nella condizione di celibe, divorziato o vedovo. Il divario con l'altro sesso è cospicuo, poiché il 90% delle donne si trova in questa condizione che esprime una potenziale esposizione al bisogno per una durata della vita che si prospetta più lunga e in circostanze di salute verosimilmente più precarie. Tutte le previsioni danno un incre-

mento delle persone anziane che vivono sole, in particolare donne, e pertanto un crescente fabbisogno di cure e assistenza alle quali non è detto riesca adeguatamente a provvedere il nucleo familiare dell'anziano. Peraltro, gli anziani che vivono in una famiglia allargata sono sempre meno in Europa. Magari l'Italia presenta da questo punto di vista una situazione più favorevole, ma è in vista la convergenza verso gli altri paesi. E benché i problemi di salute non sempre siano così gravi da portare alla non-autosufficienza, per un certo numero di persone il rischio di una riduzione del grado di autonomia nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana è alquanto elevato, comunque crescente al crescere dell'età, soprattutto per la componente femminile, e tale da necessitare un sostegno esterno di persone e servizi per una parte più o meno lunga della giornata.

A complicare il quadro, c'è che le persone anziane che vivono sole sono spesso vulnerabili anche dal punto di vista economico. Soprattutto le donne, che di norma avendo alle spalle carriere economiche – dunque contributive – più brevi, più di frequente segmentate nel corso del ciclo di vita e scarsamente retribuite rispetto alla parte maschile della popolazione, vanno incontro con l'avanzare dell'età a situazioni di povertà economica e deprivazione materiale che si intrecciano con problemi di isolamento e assistenza.

Last but not least, un altro aspetto collegato all'età anziana è quello della casa, che svolge un ruolo fondamentale per l'autonomia, la partecipazione e il benessere in senso lato della persona anziana. *Enable-Age*, uno studio coordinato dall'università svedese di Lund e condotto in cinque paesi europei (Svezia, Germania, Regno Unito, Ungheria e Lettonia), è giunto alla conclusione che un'abitazione appropriata sia un fattore importante per mantenersi in buona salute e condurre una vita indipendente anche in età avanzata: «The conditions in which people live and the appropriateness of the environment to the dweller's needs are likely to have a big impact on the quality of life and health» (*Enable-Age*, 2005). Tesi peraltro confermata da molti studi e ricerche (Berkman e al., 2000; Seeman e al., 2001; Stephens e al., 2011). In effetti, invecchiando le persone tendono a trascorrere in casa periodi sempre più lunghi della giornata. Così, il contesto umano e ambientale, lo stato e la superficie dell'alloggio, l'assenza di barriere architettoniche e la disponibilità di adeguati presidi domotici e di Ict in grado di agevolare e rendere più confortevole l'esistenza costituiscono un presupposto essenziale per una buona qualità della vita nella terza e quarta età. E tuttavia, Eurostat stima che in media in Europa,

con la parziale eccezione di paesi come Belgio e Paesi Bassi, non più dell'1% dell'intero stock abitativo risponda adeguatamente alle esigenze della persona anziana (European social housing observatory, 2008, p. 3), vuoi per la scarsa funzionalità e la difficoltà di accesso ai locali dell'abitazione vuoi per la difficoltà di stabilire relazioni con i propri familiari e altri soggetti significativi.

5. Vecchi problemi, nuove risposte

Il divario tra esigenze e disponibilità è tanto più importante quanto più si accentua la tendenza, rilevabile in pressoché tutti i paesi europei e non solo, di assecondare il comprensibile anelito delle persone anziane di restare nella propria casa fintanto che non subentrino gravi problemi di salute ed esigenze di cura e assistenza, che rendono questa opzione impraticabile se non a costi difficilmente sostenibili per la stragrande maggioranza delle persone. Questa soluzione, in realtà, non nasce in risposta alla legittima attesa degli anziani di rimanere nel luogo dove hanno sempre vissuto, con i propri affetti, le loro cose, potendo contare su una consuetudine di vita che offre garanzie di sicurezza, continuità di rapporti e memoria. Se si è imposta negli ultimi anni, anche in paesi che avevano adottato politiche di assistenza all'età anziana alternative alla famiglia e di tipo semi-istituzionale, è perché i costi di queste soluzioni di fronte alla minaccia dei grandi numeri del processo d'invecchiamento e della crescita della non-autosufficienza si sono rivelati troppo elevati per il portafoglio pubblico. L'espansione del welfare in quella direzione appartiene sempre più al passato. Paesi come la Svezia e la Germania, contraddistinti da sistemi di assistenza relativamente generosi, stanno gradualmente tornando sui loro passi, perseguendo un obiettivo che si riassume nella formula del «receiving help in order to help yourself» (Blome, Keck e Alber, 2009, p. 272); aprendo, quando possibile, una sorta di «partnership» con la famiglia dell'anziano; regolando contrattualmente il rapporto di cura e remunerandolo con salari e indennità non molto lontani dal loro effettivo valore di mercato. Altrove, specie nei paesi del Sud Europa, il divario tra le politiche e i bisogni assistenziali è ancora ampio per ragioni che qui sarebbe complicato tentare di spiegare in poche battute. Con pieno beneficio d'inventario, si possono semplicemente evocare la solidità (sancita per legge) dei rapporti primari, la «femminilizzazione/familiarizzazione» del lavoro di cura, la penuria di servizi adeguati

sul territorio nonché la diffusa proprietà della casa. Così, in questi paesi, il mantenimento dell'anziano nella propria abitazione è sempre stata la norma e il ricorso all'assistenza istituzionale degli anziani una soluzione residuale e di ultima istanza. Il ricorso alla figura della badante rispecchia in effetti un'instabile situazione di compromesso, sommatoria algebrica della crescente difficoltà delle famiglie di continuare a garantire un adeguato sostegno ai propri familiari anziani, da un lato, e della cronica insufficienza di una risposta assistenziale pubblica, dall'altro (Sgritta, 2009).

Comunque sia, e ferme restando alcune differenze di fondo nei regimi di welfare delle famiglie di nazioni europee, ovunque si registrano mutamenti convergenti in direzione di una «ri-familiarizzazione» delle responsabilità di cura e assistenza degli anziani e, su altri piani, della privatizzazione delle funzioni di sicurezza. Tendenze ormai ampiamente studiate, che sembrano segnalare, se non il tramonto dello stato sociale, certamente la difficoltà di trovare un nuovo compromesso tra sfera economica e sociale, quadratura del cerchio fra crescita economica, democrazia e coesione sociale. Il dibattito è aperto. Vi è chi, come Touraine, di fronte all'inevitabile arretramento delle politiche di parte sociale, teorizza come unica risposta spontanea ancora praticabile la strada di «un communautarisme défensif» (Touraine, 2010, p. 99); e chi, tra pessimismo della ragione e ottimismo della volontà, intravede invece ancora una risposta possibile alla crisi e al «rétrécissement de l'espace de solidarité» nell'appello a un nuovo «État d'investissement social» impegnato in chiave universalistica nella promozione delle capacità e nell'*empowerment* di tutti i cittadini con particolare riferimento al lavoro, alla sfera della conciliazione e della parità di genere, e all'infanzia (Delors e Dollé, 2009); altri ancora richiamano la necessità di un'innovativa imprenditorialità sociale che coinvolga i cittadini non meno che lo Stato, volta al recupero di capacità e risorse individuali e collettive, di rete, sacrificate o non appieno utilizzate (Goldsmith, 2010; Paci, 2011, Aghion e Roulet, 2011).

Se un denominatore comune c'è in queste proposte, è che tra fini auspicabili e soluzioni inaccettabili occorra al dunque trovare il modo di immaginare sistemi e politiche sostanzialmente diversi, muovere insomma in direzione di una rinnovata compatibilità tra le esigenze delle diverse generazioni. Avere il coraggio di esplorare territori finora trascurati, approfittando di tutte le risorse liberate dalla trasformazione demografica e largamente sprecate dall'organizzazione della vita collettiva negli ultimi decenni. Dunque allargare il bacino delle solidarie-

tà, ampliare il serbatoio delle risorse e, per quanto riguarda la terza e la quarta età soprattutto, mettere in campo soluzioni che consentano di rallentare nella misura del possibile l'invecchiamento biologico, la progressiva perdita di autonomia della persona anziana, «capitalizzando» tutto il complesso delle risorse umane, materiali e tecniche di cui oggi è dato disporre. Impresa indubbiamente non facile, e tuttavia possibile e soprattutto obbligata perché priva di alternative, se l'obiettivo è quello di scongiurare un inevitabile collasso sociale in tempi che si annunciano non troppo lontani.

6. Partire dalla casa

Partire dalla casa, da una nuova politica dell'abitare, potrebbe costituire un'ipotesi realistica per dare concretezza alla soluzione di un problema – l'invecchiamento della popolazione – che, superata una certa soglia critica, da qui a qualche anno non saremo più in grado di risolvere. Molto dipende dal significato che attribuiamo alle cose. Partire dalla casa, impostare una nuova politica dell'abitare, non equivale esattamente a scegliere un qualsiasi punto d'attracco del cambiamento. La casa non è un bene come un altro. L'idea di casa deve probabilmente essere ripensata e adattata alle sfide poste dalle trasformazioni avvenute in questi anni. Non vi è dubbio che l'abitazione rappresenti ancora e sempre per chi ci vive *le lieu par excellence* della propria identità e della propria storia, deposito di memoria e contenitore materiale di legami e affetti e oggetti, abitudini e stili di vita. Per gli anziani, più che per chiunque altro, fosse solo per ragioni cronologiche, la casa è vista anche e forse soprattutto come luogo elettivo di protezione, di una familiarità vissuta come fonte di sicurezza, contraltare naturale all'isolamento e alla minaccia tutt'altro che irrealistica di una coda dell'esistenza trascorsa in un qualunque istituto di cura e assistenza.
E tuttavia, con l'uscita di casa degli altri familiari, il peggiorare dello stato di salute e il venir meno dell'indipendenza, quella che era una situazione di protezione e sicurezza rischia di tradursi nel suo contrario, accentuando l'isolamento dall'ambiente circostante e ostacolando le possibilità di assistenza. Non sempre i familiari sono disponibili ad accollarsi pienamente le cure di cui ha bisogno l'anziano; il quale, a sua volta, non sempre accetta di buon grado d'essere diventato un peso per i congiunti. Come dimostrano molte ricerche statistiche e narrative, in molti casi l'anziano che ha necessità di essere assistito in cir-

costanze che non richiedono il ricovero in una casa di cura, preferisce dipendere da personale preparato e pagato per questo, nella propria abitazione o in altro luogo, piuttosto che dai propri familiari (Kingston e al., 2001). Le esperienze realizzate nell'ultimo decennio in alcuni paesi europei, anche in Italia, confermano inoltre che l'assistenza fornita in luoghi protetti (*sheltered housing*, *begleitetes Wohnen*, ecc.) secondo modalità che si sforzano di conciliare l'erogazione delle cure con il mantenimento dell'anziano in un contesto di vita che garantisce lo sviluppo di relazioni interpersonali, non solo risponde alle richieste degli assistiti ma consente di registrare apprezzabili miglioramenti dello stato di salute e dell'aspettativa di vita dell'anziano, favorendone al tempo stesso l'autonomia (Darton e Muncer, 2008).
Fermo restando che la scelta di consentire, fin quando possibile, agli anziani di restare nella loro abitazione di vita è, per ovvie ragioni, la soluzione di gran lunga più soddisfacente, certamente preferibile al ricovero in una casa di riposo o in un istituto di lungo-degenza, dove regnano di regola limitazioni della privacy, promiscuità, restrizioni di libertà d'azione e movimento, essa si scontra però con difficoltà di diversa natura. Intanto, non sempre e non tutti gli anziani, per un complesso di motivi, sono in grado di permettersi di restare fino al termine della vita nella propria casa (Heywood e al., 2002); in secondo luogo, esistono pur sempre soluzioni intermedie tra l'*ageing in place* e il ricovero in istituto. Infine, non ultima in ordine d'importanza, c'è la questione dei costi. La risposta politica che negli ultimi anni ha fatto pendere l'ago della bilancia verso la permanenza nella propria casa in alternativa al ricovero in un'istituzione, risponde precisamente allo scopo di contenere i costi, notevolmente più elevati, di quest'ultima soluzione (Means, 2007). E attraverso l'economia, la questione diviene politica.

7. Le politiche abitative per l'età anziana

Il rapido e diffuso invecchiamento della popolazione ha imposto all'ordine del giorno delle agende di governo di gran parte dei paesi europei il ri-pensamento delle politiche abitative; riflessione che sta procedendo secondo logiche e approcci a volte anche molto distanti da paese a paese. Se non altro, per la diversa attenzione e priorità data a questo diritto sociale di cittadinanza da parte dei paesi membri.
Basti pensare che, se nell'Ue-27 la percentuale della spesa pubblica per

protezione sociale destinata all'*housing* si assesta al 2,2%, in Francia si registra il 2,6%, in Irlanda il 2,0, in Gran Bretagna il 5,1, in Italia si arriva a malapena allo 0,1 (Eurostat, 2009). E l'edilizia sociale costituisce nel nostro paese poco più del 5% del patrimonio abitativo complessivo, a fronte del 35% nei Paesi Bassi, il 30% in Austria, il 21% in Gran Bretagna e Danimarca, il 19% in Francia e il 20% della media europea (Baldini e Federici, 2008).

Tuttavia, per quanto differenti possano essere gli approcci culturali secondo cui si declinano le politiche abitative nei diversi Stati membri (Means, 2007; Giarchi, 2002), c'è una considerazione di fondo su cui tutti sembrano più o meno convergere, quando si guarda al processo di invecchiamento: favorire e sostenere la permanenza della persona anziana nella sua dimora (*ageing in place*), evitandone la istituzionalizzazione. Questo non solo per la difficile sostenibilità dei costi correlati a tale soluzione; ma anche e soprattutto in virtù della convinzione che la casa in cui si è sempre vissuti, rappresenti per ogni individuo il luogo dei legami più cari, dei ricordi, sintesi ultima del proprio passato, sostegno per la vita futura (Askham e al., 1999; Cameron e al., 2001; Heywood e al., 2002). Non solo. Già sul finire degli anni novanta Higgins sosteneva che assicurare all'anziano una vita indipendente al proprio domicilio costituisse una soluzione preferibile al ricovero in residenze assistenziali, perché capace di assicurare maggiore privacy, un ambiente più intimo e informale, spazi più ampi di libertà in cui muoversi con familiarità.

Questo orientamento, di gran lunga preferito dalla maggior parte delle persone anziane e adottato da gran parte dei governi nazionali, è stato recentemente messo in discussione dalla riflessione di Means, se non altro in riferimento alle persone anziane fragili o che vivono in condizioni abitative critiche. L'autore si interroga se il «disimpegno» dei governi nei confronti dell'ideazione di strutture residenziali protette, magari innovative, non rischi di trascurare i bisogni di quella minoranza di persone anziane che non sono in grado o presentano grandi difficoltà a invecchiare nella propria dimora. Magari, perché una dimora non l'hanno mai avuta, come nel caso degli homeless anziani; o perché rischiano di perderla o di subire abusi e maltrattamenti, dal momento che non sono in grado di mantenerla economicamente (anziani poveri in affitto); o perché fragili a causa di malattie neurodegenerative (demenze e Alzheimer) e incapaci di gestire il ménage di una vita da soli, senza aiuti e supporti (Means, 2007). Un interrogativo, dunque, quello di Means, che sollecita le politiche abitative a superare

gli slogan, per quanto realistici ed efficaci, e impegnarsi anche su fronti, spesso dimenticati, che rischiano di negare a delle minoranze il diritto a invecchiare dignitosamente.
Stabilito un punto fermo rispetto a questa ineludibile bivalenza dell'«abitare» in età anziana, è possibile affermare che la dimora in questa fase della vita, ma non solo, dovrebbe rispondere alla duplice esigenza di assicurare lo svolgimento di una vita sociale, fatta di relazioni, rapporti cooperativi e solidali, favorendo la vita attiva anche con l'incedere degli anni; ma anche di fornire, all'occorrenza, quei servizi e quell'assistenza necessari nei periodi di parziale o totale perdita della autosufficienza. A tal fine non è dato prescindere dal territorio, dovendo infatti promuovere una più stretta interazione tra l'edilizia abitativa, l'assistenza socio-sanitaria e il sistema dei collegamenti. L'indagine condotta nell'ambito del progetto *Enable Age* ha messo in evidenza come le persone anziane ritengano fondamentale per la loro qualità della vita non tanto le condizioni della loro casa, quanto la possibilità di uscire e spostarsi agevolmente sul territorio, non solo per raggiungere negozi e servizi, ma anche per poter mantenere i contatti sociali (Czischke e Pittini, 2008; Sixsmith e Green, 2005).

7.1 Esperienze in Europa

Date queste coordinate, i paesi membri dell'Unione europea hanno cercato di formulare risposte ai nuovi bisogni di *housing* in età anziana.
Una strada intrapresa da diversi paesi europei è quella delle cosiddette «residenze miste»: strutture residenziali con alloggi indipendenti, pensati per rispondere alle specifiche esigenze delle persone anziane, progettate con l'intento di favorire l'accessibilità e una più idonea distribuzione degli spazi e garantire così maggiore sicurezza personale e ambientale (Nannini, 2006). Si tratta di appartamenti collegati a strutture socio-sanitarie che però sono aperte anche agli altri residenti del quartiere che, così, possono più agevolmente fruire di assistenza e cure presso il proprio domicilio. Si risponde così sia all'esigenza di chi, non potendo più essere assistito presso il domicilio, necessita di cure specifiche in ambienti protetti e chi, invece, può ancora essere seguito all'interno della propria abitazione. Per evitare il rischio che una soluzione di questo tipo diventi «ghettizzante», nei Paesi Bassi le residenze miste sono state realizzate con l'intento di assicurare mix sociale, indispensabile per rispondere non solo ai bisogni di cura ma anche a quelli di socialità e di vita attiva. I Paesi Bassi, dove negli anni novanta

l'11% degli anziani viveva in alloggi protetti, hanno dedicato particolare attenzione alla creazione di alloggi indipendenti per l'età anziana (480.000 a oggi). Oggi circa 120.000 di questi alloggi sono collegati con case di cura o centri servizi di assistenza. Tuttavia, le politiche di *housing* sociale si sono spinte ancora oltre con il finanziamento di progetti di rigenerazione urbana di interi quartieri che non implicano meramente la ristrutturazione o il recupero di vecchi edifici, ma il ripensamento complessivo del rapporto tra abitazioni e servizi, tra spazio e movimento, in modo da favorire una più agevole accessibilità ai luoghi dell'abitare e una più ampia fruizione dei servizi necessari ad una vita piena e attiva (Nannini, 2006). Realizzando così un welfare diffuso, basato sulla cooperazione a vari livelli tra cooperative edilizie, locatari privati, istituzioni sanitarie e Comuni. Emblematico il caso del complesso residenziale assistito St. Joseph a Hilversum, un importante progetto di rigenerazione urbana che ha trasformato la fisionomia di un intero quartiere. 2.100 alloggi, in cui dimorano giovani (50% degli alloggi assegnati a persone dai 25 ai 55 anni) e anziani (50% degli alloggi a persone di 55 anni e più), autosufficienti, parzialmente autonomi e non autosufficienti. L'area prevede diversi centri di aggregazione e servizi, aperti a tutto il quartiere: l'asilo nido, il doposcuola, centri culturali, residenze protette per persone non autosufficienti, servizi di riabilitazione e assistenza. Il tutto in uno spazio perfettamente accessibile, privo di barriere architettoniche.

Accanto a queste misure di ampia portata, che richiedono sforzi in termini di ri-progettazione di ampi spazi urbani oltre che di risorse economiche, nei Paesi Bassi sono anche state adottate una serie di iniziative di sensibilizzazione e stanziati dei contributi, per consentire di adattare alloggi già esistenti in cui vivono persone anziane, realizzando interventi volti a migliorarne le condizioni di sicurezza e accessibilità. Infine, sono state sperimentate soluzioni di carattere telematico, per assicurare una più diffusa informazione dei cittadini anziani sui servizi esterni e di quartiere. Il Comune di Vedhoven ha dotato una serie di alloggi abitati da persone anziane di schermi a banda larga che forniscono in tempo reale una serie di informazioni utili non solo sui servizi, ma anche sulla sicurezza personale e ambientale, la cura personale, la prevenzione, ecc. (Nannini, 2006).

In Spagna nel 2008 è stato lanciato un programma residenziale della durata di otto anni, il Plan de la Vivienda 2008-2016, volto a sostenere le classi più deboli o gruppi sociali svantaggiati, favorendo al contempo il mix sociale. Tra i gruppi interessati dal programma, gli anziani.

Emblematica l'esperienza delle *viviendas dotacionales para mayores* di Barcellona, che ha trovato attuazione attraverso il Patronat municipal de l'habitatge, un organismo istituito fin dal 1927 per promuovere la realizzazione di abitazioni a prezzi accessibili (Cocco e Pibiri, 2011). Dal 1999 la città di Barcellona offre così, accanto alle residenze convenzionali, delle soluzioni abitative innovative, per anziani, chiamate appunto *viviendas dotacionales*. Praticamente, su suolo destinato a servizi, il Comune consente di costruire residenze per gruppi specifici – nel caso di specie per persone anziane – a condizione che il suolo rimanga di proprietà pubblica e che al piano terra degli edifici siano previsti servizi aperti ai residenti del quartiere (biblioteche, centri di aggregazione, lavanderie, mense, ambulatori, palestre, ecc.) (Cocco e Pibiri, 2011). Un aspetto particolarmente interessante della realizzazione di queste residenze sta nella partnership pubblico-privato attraverso la quale il modello è veicolato. Infatti, ferma restando la gestione delle assegnazioni degli alloggi in capo al soggetto pubblico (la municipalità), il partner privato è motivato alla realizzazione dell'opera di rilevanza pubblica dal fatto di ottenere per 50-75 anni la gestione economica dell'edificio e quindi ricavarne un profitto. Tuttavia, al termine del periodo di convenzione, l'immobile diventa proprietà della municipalità.
Gli alloggi sono assegnati a canone sociale a persone di 65 anni e più. Aggiuntivamente è prevista una quota destinata ai servizi offerti dalla struttura e alla manutenzione. Si consideri che, nonostante gli appartamenti siano di piccole dimensioni, composti da un'area living, una camera da letto e un bagno, sono provvisti di accorgimenti tecnici estremamente evoluti che eliminano le barriere architettoniche e favoriscono la piena fruibilità degli spazi. Inoltre, gli ampi spazi comuni sono dotati di apparati telematici e servizi a sostegno della socialità degli abitanti (Cocco e Pibiri, 2011).
Anche in Spagna, come nei Paesi Bassi, è stata attribuita particolare importanza alla scelta dei luoghi in cui realizzare le *viviendas* che, a prescindere dalla loro collocazione in quartieri centrali o periferici, debbono anzitutto trovarsi in prossimità di aree verdi; di mezzi di trasporti pubblico, per favorire gli spostamenti dentro e fuori la città; nonché dei principali servizi. Ciò al fine di evitare la costruzione di «isole felici», avulse dal territorio, chiuse al proprio interno, isolate dal resto della città. L'idea ispiratrice di questi modelli abitativi sta, invece, nella tensione alla creazione di luoghi aperti al territorio, dai confini fluidi, permeabili alle relazioni e alla cooperazione, generatori di capitale sociale e di una più salda tenuta del tessuto sociale urbano.

Nel Regno Unito la filosofia di fondo che ispira le politiche abitative per le persone anziane, così come per gruppi di popolazione con bisogni specifici, si basa su un approccio-micro alla progettazione e al design di soluzioni alloggiative, realizzate con l'intento di rispondere alle particolari esigenze dei potenziali beneficiari, fornendo così una risposta concreta a un problema pratico (Hanson, 2001). Ciò comporta che per favorire l'*ageing in place* le politiche abitative intervengono anzitutto sull'adattamento degli alloggi, dotandoli di tecnologie e accorgimenti idonei a supportare gli eventuali deficit della persona anziana; e quando ciò non basta l'anziano è indirizzato alle cosiddette residenze protette.

Goldsmith (1997) mette in luce la differenza tra l'approccio micro britannico e quello macro, tipico invece degli Stati Uniti, dove la condizione di eventuale fragilità derivante dall'invecchiamento non è considerata come una realtà da trattare in modo specifico, piuttosto si cerca di assicurare a tutti la piena accessibilità ad ogni ambiente, per evitare che chiunque (giovane o anziano) possa essere ostacolato o messo in difficoltà dalla presenza di barriere architettoniche nel corso della vita.

Nel Regno Unito l'*housing* sociale è considerato una soluzione alloggiativa secondaria, pensata per rispondere ai bisogni specifici di persone che non sono in grado di accedere al mercato immobiliare per varie ragioni. La principale soluzione abitativa, quella considerata «normale», è invece la *family home*: un casa che, in genere, si sviluppa su due livelli con al piano terra lo spazio living e la cucina; al piano superiore la zona notte e i bagni. Si tratta di soluzioni abitative adatte per una popolazione giovane o adulta, comunque attiva e in forma. Tuttavia, invecchiando, molte persone avvertono la pressione ambientale derivante, ad esempio, dalla presenza di scale o dalla difficile fruizione degli spazi bagno e cucina (Hanson, 2001). La Housing Corporation ha individuato ben 11 gruppi con bisogni specifici, che necessitano di soluzioni abitative ad hoc e tra questi si annoverano le persone anziane, nonostante solo il 7% di esse nel Regno Unito viva in residenze protette (*sheltered houses*) e il 5% in residenze sanitarie assistite.

Le residenze protette costituiscono attualmente nel Regno Unito la forma alloggiativa più diffusa specificamente dedicata all'accoglienza e all'assistenza di persone anziane. Esistono quattro diversi tipi di residenze protette. Si va da quelle «soft», destinate a persone anziane ancora molto attive, in cui attrezzature e servizi condivisi, nonché la presenza di un custode sono opzionali, ma è presente in ogni alloggio un

dispositivo di emergenza per ricevere tempestivo aiuto in caso di necessità; a quelle in cui servizi e attrezzature sono condivisi, è prevista la presenza di un custode, nonché di un ascensore, dal momento che gli alloggi possono anche essere disposti su più livelli. Da queste forme alloggiative pensate per persone anziane ancora autonome e indipendenti, si passa poi alle *extra care houses* destinate a persone anziane fragili, che necessitano di un'assistenza più continuativa. In genere gli spazi e le attività comuni sono più numerose che nelle residenze protette ordinarie: è prevista la presenza di un centro diurno, di una mensa e di un'area living. È inoltre presente un general manager, responsabile dell'organizzazione delle attività e dei servizi dello stabile (Hanson, 2001). Questa soluzione alloggiativa è considerata più costosa del servizio di assistenza domiciliare, ma più economica delle residenze sanitarie assistite (*residential care homes*). Il fatto è che numerosi studi condotti nel Regno Unito sui residenti di queste diverse tipologie di *sheltered houses*, hanno dimostrato che in buona parte avrebbero desiderato rimanere nella propria casa. Esito di tale insoddisfazione, sulla scia dell'esperienza statunitense, l'orientamento di sempre più numerosi anziani verso soluzioni abitative offerte dal mercato per vivere questa seconda parte della vita in luoghi creati appositamente per accompagnare la vita in età anziana (*retirement villages* o *houses*). Il rischio che potrebbe però derivare da queste formule abitative è il significativo cambiamento dell'assetto sociale di interi quartieri che registrerebbero una preoccupante perdita di quel mix sociale indispensabile per la ri-generazione del tessuto urbano.

A partire dalla fine degli anni ottanta nel Regno Unito la Fondazione Rowntree ha lanciato un programma volto a promuovere la realizzazione di *lifetime homes*, case pensate fin dalla loro nascita per rispondere alle diverse esigenze che possono manifestarsi nel corso dell'intera vita di una persona (Hanson, 2001). Sedici le raccomandazioni alla base di questo approccio macro-ambientale alla progettazione di soluzioni abitative, riconducibili all'accessibilità, alla mobilità orizzontale e verticale, alla sicurezza e ai sistemi di controllo ambientale. Alcune associazioni di *housing* sociale hanno adottato questo approccio e ideato soluzioni abitative convincenti, che hanno consentito a persone in condizioni di autonomia molto diverse tra loro di vivere insieme senza incontrare alcun problema.

Nel corso degli anni novanta nel Regno Unito il principio delle *lifetime homes* ha iniziato a prendere piede tanto che nella regolamentazione degli edifici di nuova costruzione, sia pubblici che privati, sono stati

introdotti determinati requisiti volti ad assicurare almeno la «visitabilità» dell'alloggio da parte di una persona con problemi di mobilità. Naturalmente, in prospettiva, l'obiettivo dei promotori di questa filosofia dell'«abitare» è che divenga regola assicurare la «vivibilità» dell'alloggio da parte di una persona con ridotta mobilità.

7.2 Esperienze in Italia

Le politiche abitative in Italia per lungo tempo sono rimaste assenti dall'agenda politica dei numerosi governi che negli anni si sono succeduti. Fatta eccezione per gli anni della ricostruzione, immediatamente successivi alla fine della II Guerra mondiale, in cui furono realizzati i Piani Ina-Casa (l. 43/1949) e Gescal (l. 60/1963), e la legge di riforma sulla casa del 1971, l'edilizia residenziale pubblica è rimasta ai margini della programmazione politica. Solo negli ultimi anni, la crisi economica del 2008 ha riportato in primo piano la questione dell'emergenza abitativa di ampie fasce di popolazione, giovani, adulti e anziani. Numerosi anziani si sono trovati da un giorno all'altro a non riuscire più a sostenere il canone dell'affitto o le spese di conduzione di abitazioni di proprietà, tanto da arrivare a perdere la sicurezza di «un tetto sulla testa». Ciò ha indotto molte amministrazioni locali a pensare nuove soluzioni abitative che andassero incontro alla duplice esigenza economica e di assistenza di questa fascia di popolazione.
In Italia, dunque, le esperienze di *social housing* per l'età anziana sono davvero storia molto recente; pochi e isolati i casi esemplificativi dell'impegno delle amministrazioni locali in tale direzione. Uno su tutti, il caso della città di Bologna che ha realizzato alcuni edifici per anziani ad opera della Cooperativa Ansaloni. Alla base del progetto la realizzazione di spazi abitativi per persone di 60 anni e più con gradi diversi di autosufficienza. Il complesso di Via della Salute si compone di due corpi. Il primo, composto di 43 alloggi assegnati ad anziani autonomi o solo parzialmente autosufficienti, prevede una serie di servizi e spazi comuni volti a rendere più sicuro e agevole lo svolgimento di una serie di attività della vita quotidiana: doppio ascensore; corridoio perimetrale a vetri per creare occasioni di incontro nei periodi invernali quando fa troppo freddo per uscire; telesoccorso, per consentire un rapido intervento in caso di necessità. Il secondo corpo consta invece di 39 alloggi, in parte realizzati in edifici plurifamiliari a quattro piani e alcuni in villette a schiera. Anche questi alloggi sono stati in parte venduti, in parte assegnati a canone agevolato. Tra gli

spazi comuni, di cui i residenti possono fruire, un centro sociale autogestito, un bar, una cucina, una biblioteca. Servizi aperti anche agli abitanti del quartiere, riprendendo così il modello olandese di rigenerazione urbana, anche se su scala decisamente più ridotta.
Gli edifici di Via Scandellara, invece, sono organizzati in quattro corpi sviluppati su tre livelli, ciascuno composto di 10 appartamenti. Ogni alloggio è dotato di tecnologie avanzate per la sicurezza e il controllo a distanza, rivelatori di fughe di gas e allagamenti, un allarme sanitario per fra fronte alle emergenze. Al piano terra sono presenti i servizi aperti anche al quartiere, così come nel modello delle *viviendas dotacionales*: un asilo nido, un centro di aggregazione, un ampio spazio esterno coperto, una cucina comune, un salotto, una palestra per la ginnastica dolce. Inoltre, è prevista la presenza di una psicologa che, oltre a svolgere un servizio di consulenza, dirige alcuni incontri su temi di carattere sanitario a fini informativi e preventivi (alimentazione, salute personale, igiene ecc.).
Ciò che però conta maggiormente è che in queste case si sperimenta una forma di solidarietà di prossimità: chi è in buone condizioni di salute, infatti, ha le chiavi degli appartamenti di chi è in difficoltà, in modo da poter fornire aiuto e assistenza nel corso della giornata in caso di necessità. Chi dispone di un'auto si rende invece disponibile ad accompagnare chi non ha la possibilità di spostarsi in autonomia.
Inoltre l'apertura dei servizi alla popolazione residente nel quartiere fa sì che queste esperienze all'interno del tessuto urbano diventino dei preziosi punti di congiunzione tra i residenti e la popolazione del territorio. Avviare processi di interrelazione tra chi il quartiere lo abita e chi, invece, lo vive permette di aumentare il senso di autocoscienza degli spazi e induce un maggior rispetto della cosa pubblica, poiché percepita in parte anche come propria.
Si segnala inoltre l'esperienza della politica di accompagnamento abitativo in età anziana (*begleitetes Wohnen*) e le case protette (*betreute Wohnen*) della Provincia di Bolzano. Come si dirà, si tratta di soluzioni abitative per anziani residenti, in genere di 65 anni e più, autosufficienti o comunque con una non autosufficienza lieve (di primo o secondo livello). Nel caso, dopo l'assegnazione, le condizioni di salute dell'anziano dovessero peggiorare, se ne dispone il trasferimento ad altra struttura. Ma proprio in questo punto sta la debolezza di queste soluzioni abitative. Numerosi studi dimostrano come «[…] each of these moves brings with it disruption and trauma, and for a single individual to pass through all of them would be terrible» (Robson e al.,

1997, p. 8). Lo spostamento di una persona anziana da un contesto abitativo ad un altro può essere causa addirittura del peggioramento del suo stato di salute, a causa del suo sradicamento da alcuni importanti punti di riferimento. Sarebbe senza dubbio più appropriato prevedere una rete di servizi domiciliari sul territorio, per consentire l'*ageing in place* dell'anziano.

I casi sopra descritti non fanno che confermare la necessità di pensare soluzioni di policy innovative, capaci di offrire alle persone anziane, ma non solo, concrete opportunità di mantenere una vita attiva in contesti abitativi familiari. In tal senso le politiche abitative possono concretamente costituire in Italia, così come in altri paesi europei, un campo d'azione privilegiato su cui investire, per innescare processi virtuosi di sostegno e promozione di un invecchiamento attivo, e opportunità di crescita e sviluppo futuro. Un modo nuovo e più positivo di guardare alla vita anziana, non può non comportare un ri-pensamento, una ri-formulazione delle politiche abitative secondo logiche e paradigmi adottati da altri paesi europei, in alcuni casi apparentemente distanti dalla nostra cultura, ma che cominciano a suscitare curiosità e attenzione da parte dei cittadini e delle pubbliche amministrazioni. Come nel caso del *senior co-housing*, che si rivela una vera e propria «filosofia di vita» piuttosto che una mera strategia di policy, in cui si coniugano vita privata e collettiva, soggetto e struttura, individuo e società. Una proposta innovativa, certo non convenzionale e probabilmente non facile da contestualizzare. Tuttavia, possibile.

Una sfida, non c'è dubbio, quella del *co-housing*, da raccogliere e da giocare su due livelli: da una parte, la realizzazione di soluzioni abitative non convenzionali, idonee a rispondere alle esigenze di autonomia e indipendenza degli anziani ancora pienamente attivi, che non necessariamente debbano trovarsi in difficoltà ad accedere o a sostenere i costi del mercato immobiliare o delle locazioni, ma anche al bisogno di cura e assistenza che col passare degli anni può manifestarsi per periodi più o meno prolungati. Dall'altra, la sperimentazione di nuove forme di partnership sociali tra soggetti pubblici, imprese profit, non-profit e fondazioni d'impresa al fine di potenziare le opportunità d'investimento in opere di rilevanza sociale, dando così nuova linfa alle politiche di *housing* sociale dirette alle persone in età anziana.

Delle origini, le caratteristiche e le varie declinazioni del *co-housing* in Europa si dirà ampiamente nel paragrafo che segue. Ciò che qui preme sottolineare è che la principale ragione della validità di questa soluzione abitativa come risposta all'invecchiamento della popolazione

sta nel fatto di costituire una scelta che può accompagnare la persona lungo tutto l'arco della vita. Una forma di abitare che, per la plasticità dei suoi elementi costitutivi, rappresenta, a parere di chi scrive, una soluzione particolarmente idonea a rispondere, da una parte, ad alcune criticità con cui le persone anziane possono trovarsi a dover fare i conti con l'incedere degli anni; dall'altra a incoraggiare la loro propensione alla socialità e favorirne una vita attiva.
Inoltre la realizzazione di tali opere consente di fornire risposte con un impatto sociale che supera la mera risposta ad uno specifico bisogno/diritto (la casa), in quanto favoriscono la promozione di fasce di popolazione con un enorme potenziale inespresso. Inoltre, il *co-housing* favorisce la coesione sociale e contribuisce a costruire un sistema di relazioni che si inseriscono nel territorio, potenziandone il capitale sociale che diventa ricchezza di e per tutta la collettività. Una comunità coesa è anche più motivata all'esercizio di una cittadinanza attiva, divenendo protagonista di una democrazia partecipativa.
In *Die Stadt* Max Weber definiva la città come «il luogo della cittadinanza e della libertà», in cui si coniugavano socialità, lavoro e libertà. In qualche misura il modello di *social co-housing*, presentato nel paragrafo che segue, potrebbe costituire una preziosa risorsa nel processo di costruzione di una cittadinanza attiva e partecipata: uno spazio di vita in cui coniugare la socialità di un agire cooperativo; la libertà assicurata da istituzioni che si fanno garanti della realizzazione di alcuni diritti fondamentali, tra cui quello all'«abitare».

8. Risposte innovative: il senior co-housing

Di fronte alla prospettiva di una robusta crescita della domanda di assistenza, e nel tentativo di conciliare la permanenza dell'anziano nella propria abitazione – posta pressoché ovunque come prioritaria – con il contenimento dei costi della *long-term care*, nel corso degli ultimi anni si sono affacciate, di qua e di là dell'Atlantico, svariate opzioni di policy; tra queste, l'ultima in ordine di tempo, e forse la più innovativa, è senz'altro quella che va sotto il nome di *co-housing*. Il vantaggio relativo di questa soluzione è che essa consente di rispondere a un ampio ventaglio di esigenze abitative della popolazione anziana. In realtà, non c'è una forma unica di *co-housing*; ce ne sono tante quante le possibilità economiche delle persone, le loro condizioni familiari e di salute, l'età e il luogo in cui vivono, le relazioni che hanno stabilito e le

nuove che intendono coltivare, ecc. Sicché, più che una è un insieme di modalità abitative possibili, a partire dalla possibilità di accogliere soltanto persone anziane che rientrano in quella che gli svedesi definiscono «la seconda metà della vita» o di essere aperta a più generazioni. Qui, per ragioni di spazio e opportunità, ci occupiamo soltanto del *senior co-housing*[1].

Il termine nasce verosimilmente dalla contrazione di *cooperative*, *collaborative* o *collective housing*, che si conservano pressoché immutate anche nella versione italiana (Lietaert, 2007; Rottini, 2008; Carlini, 2011); ma ogni paese ha coniato un proprio lessico al riguardo: in Svezia prende il nome di *kollektivhus*, in Danimarca *bofælleskab*, in Belgio e Paesi Bassi *woongemeenschap* o più semplicemente *woongroep*, in Germania *Wohngemeinschaft* o *gemeinschaftliche Wohnformen*, con significati in buona sostanza equivalenti; mentre il *senior* preposto al nome ne specifica semplicemente la tipologia. Gli aggettivi mettono giustamente in risalto la natura solidaristica e i rapporti di fiducia alla base di queste iniziative, le cui origini mettono radici in modelli filosofici e letterari talvolta lontani: dall'Utopia di More alla Città del sole di Campanella, al «*parallelogram*» di Robert Owen, al «*phalanstère*» di Charles Fourier, al «*familistère*» di J-B. Godin, per restare ai riferimenti storici più celebri, passando quindi per le diverse esperienze di vita associata della Svezia degli anni '30-'40, fino alle comuni familiari e non di qualche decennio dopo, in Europa e negli Stati Uniti (Vestbro, 2010).

In realtà, col passare del tempo, il *co-housing* ha assunto un'identità più definita pur nella diversità dei modelli esistenti. Oggi difficilmente potremmo parlare di *co-housing* in assenza di alcuni attributi essenziali; una sorta di minimo comune denominatore che annovera la partecipazione degli inquilini già in fase di ideazione del progetto, dalla scelta del luogo alle caratteristiche architettoniche delle abitazioni, alla definizione delle regole di convivenza, quindi la presenza di un locale comune, la condivisione di spazi, oggetti e utensili, la gestione condivisa

[1] Le notizie e le riflessioni qui riportate espongono parte dei risultati di uno studio finanziato dalla Federazione nazionali pensionati della Cisl e condotto nel 2010 presso il Dipartimento di Studi sociali, economici, attuariali e demografici dell'Università di Roma «La Sapienza». La ricerca, che ha preso in esame un ampio numero di *senior co-housing* e comunità alloggio abitate da anziani, si è svolta in Svezia, Danimarca, Paesi Bassi e Italia. Il gruppo di ricerca era formato da Giovanni B. Sgritta, Fiorenza Deriu, Fabio Uda, Giovanni Bucco, Alessandro Merazzi e Valerio Moretti.

e non gerarchica di tutto l'insieme, la lista d'attesa e il vaglio dei nuovi aderenti e quant'altro la fantasia e le esigenze dei condòmini giudichino conveniente mettere nero su bianco nel momento in cui danno vita a una comunità di questo tipo. Per quanto importante, tuttavia, la comunione degli spazi e delle cose, quale ne sia l'estensione, è solo un aspetto del *co-housing*. Accanto alla condivisione, oltre la condivisione, c'è il privato; ciascun inquilino ha il proprio appartamento, che occupa a titolo di proprietà o in affitto e arreda secondo i propri gusti e le proprie esigenze, e nel quale trascorre gran parte della giornata, non diversamente da come avviene in qualunque altro condominio urbano.

Il poco o tanto di vita comunitaria che si svolge nei locali che i condòmini hanno in comune, dipende dalle preferenze e dalla disponibilità individuali, senza obblighi di sorta. Da questo punto di vista, le esperienze di *co-housing* dei diversi paesi presentano differenze sostanziali. In alcuni casi, non molti in verità, i membri della comunità consumano insieme il pasto principale più volte alla settimana o ogni giorno, condividendo la spesa e, a rotazione, l'acquisto degli alimenti, la preparazione delle pietanze, il governo della cucina e della sala pranzo; così come partecipano alla pulizia degli spazi comuni, all'organizzazione di attività culturali e ricreative dentro e fuori la comunità e quant'altro. Ma come si diceva, non sono molti i *co-housing* organizzati in questo modo. La convivialità è un'arma a doppio taglio; se da una parte rafforza i legami tra gli inquilini, dall'altra impone obblighi di convivenza cui non tutti i residenti sono in grado o sono disposti a sottostare, e soprattutto accresce il rischio di tensioni e conflitti che mettono a repentaglio la coesione e la sopravvivenza del gruppo.

L'impressione che si ricava dall'osservazione di queste comunità d'alloggio è quella di una forma di vita «aperta», in cui il nocciolo degli elementi condivisi *cross-culturally* è, tutto considerato, piuttosto esiguo. Tra i requisiti che devono necessariamente essere presenti affinché si possa legittimamente parlare di *co-housing*, non importa se per anziani o intergenerazionale, c'è certamente la libera scelta dei membri di aderire al progetto sin dalle fasi iniziali della sua formazione. A questo presupposto se ne aggiungono almeno altri due: la definizione a priori di un chiaro catalogo di regole di convivenza, che escluda da subito quanti non ritengono opportuno di dovervi sottostare, e l'esistenza, da prevedere anch'essa sin dapprincipio nel progetto architettonico, di una o più parti comuni che, in termini di suddivisione dei costi di proprietà o d'affitto, sono considerate un'estensione millesimale della superficie del proprio appartamento. In altre parole, oltre l'area del-

l'alloggio, che varia in base alle possibilità economiche e al numero di componenti del nucleo familiare, rientra nella proprietà o nei costi d'affitto degli inquilini, anche una quota fissa – in genere il 10% – degli spazi comuni.

In Svezia e Danimarca, soprattutto, gli spazi comuni, in genere collocati simbolicamente al centro del complesso di abitazioni, constano di un vasto salone in cui trovano posto la cucina, un ampio spazio riservato agli incontri collettivi, una biblioteca, la zona Tv e, spesso, una o due camere riservate agli ospiti; talvolta la sala pranzo, la palestra, la sauna, la lavanderia comune e un laboratorio attrezzato per piccoli lavori di falegnameria e il fai da te. Dipende se l'impianto è di nuova costruzione ed è situato in un'area rurale al di fuori del centro urbano, o se invece deriva dalla ristrutturazione e dall'adattamento di edifici preesistenti inglobati nel tessuto urbano. Quest'ultima è tipicamente la situazione presente nei Paesi Bassi, benché se ne trovino esempi anche in altri paesi. Altro è il caso in cui i membri della comunità stabiliscono di comune accordo di rinunciare in parte alla loro privacy e di compiere un congruo numero di attività insieme: i pasti, l'organizzazione di iniziative culturali come letture, concerti e canti conviviali, festività e celebrazioni, viaggi, gite fuori porta e quant'altro risponda allo scopo di combattere la solitudine e consolidare i rapporti interpersonali.

Insomma, non c'è un unico modello. Dal punto di vista della struttura e non solo, il *co-housing* è una comunità abitativa a geometria variabile, tutt'altro che uniforme e standardizzata. Così è perché molteplici sono le caratteristiche e le aspirazioni di chi decide di sperimentare questa modalità dell'abitare, specie quando si tratta di persone anziane; le quali, al di là della scelta che occasionalmente le unifica, hanno età, abitudini, condizioni economiche e di salute, esigenze, storie e legami familiari anche profondamente diversi. Alcuni rifuggono da qualcosa, altri sono alla ricerca di uno scopo, di un'esperienza rinnovata che decidono di mettere alla prova nell'ultimo tratto della loro vita; spesso si tratta di single, celibi e nubili, vedovi e vedove, che compiendo questo passo intendono combattere la solitudine e allacciare su nuove basi nuove relazioni; altri sono in coppia con figli adulti ormai indipendenti. Dunque, a parte la volontà di non incamminarsi lungo una china discendente, di ricominciare e rimettersi in gioco, non sono poi molte le caratteristiche che queste persone hanno in comune.

9. La sostanza e la forma

Come si diceva, ciò che è indefettibile nell'esperienza del *co-housing* è appunto la volontà, l'intenzione, il desiderio, di aderire a un nuovo progetto di vita, mancando i quali, il *co-housing* si riduce persino al di sotto di un normale condominio di abitazioni, a prescindere dalle strutture di cui i suoi abitanti possono disporre. Anzi, rispetto al convenzionale condominio verrebbe meno anche quel minimo di rapporti di conoscenza reciproca, consuetudine e vicinato che, col passare del tempo, si stabiliscono fra le persone che vi abitano. Forse non è molto, ma è comunque un capitale sociale di relazioni e fiducia cui fare ricorso in caso di bisogno; un potenziale antidoto al rischio d'isolamento.
Sul piano controfattuale, l'evidenza di queste affermazioni si coglie in quelle esperienze che pur approssimandosi alla forma del *co-housing*, per qualche ragione hanno voluto o dovuto rinunciare al presupposto della libera scelta degli inquilini. È il caso, ad esempio, dei *begleitetes Wohnen für Senioren*, letteralmente «accompagnamento abitativo per persone anziane», istituiti dalla Provincia di Bolzano. Nata come risposta di tipo prettamente assistenziale, a integrazione e completamento di un sistema che annovera le abitazioni protette (*betreute Wohnen*), le convenzionali case di riposo (*Pflege in Heim*) e altre forme di cura e assistenza, questa soluzione abitativa è destinata agli over-65 residenti nei Comuni della Provincia che si trovano in una o più delle seguenti circostanze di bisogno: essere autosufficienti o inquadrati al più nel primo livello della non-autosufficienza, disporre di un alloggio inadatto, vivere in isolamento sociale, essere privi di aiuti esterni e avere una situazione economica precaria.
Scopo del servizio è, in sostanza, colmare la lacuna tra l'assistenza domiciliare (*Betreuung zu Hause*) e il ricorso d'ultima istanza al ricovero in casa di riposo o di cura (*Alters- und Pflegeheim*). Gli edifici destinati ad alloggiare gli anziani ammessi a usufruire del servizio constano, così il regolamento, da un minimo di quattro a un massimo di 25 abitazioni e devono essere dislocati possibilmente in prossimità dei servizi sociali e sanitari del territorio. Stando alla legge provinciale che ne disciplina l'attuazione (l. 13/1991), le strutture destinate allo scopo devono avere determinate caratteristiche: sala polivalente con annesso locale-cucina, parcheggio, giardino e ascensore, e un alloggio o stanza d'appoggio per la persona di riferimento (*Bezugperson*) cui è affidato il compito di organizzare le attività, promuovere l'integrazione degli inquilini, e facilitarne l'accesso ai servizi sociali e sanitari di zona.

Sulla carta, le somiglianze con l'assetto del *co-housing* sono molteplici. Solo sulla carta però, perché in pratica le cose non funzionano allo stesso modo. Alla prova dei fatti, gli assegnatari utilizzano unicamente gli alloggi privati; quasi non v'è traccia di vita comunitaria; gli inquilini non frequentano gli spazi comuni in dotazione alla struttura (sala soggiorno, cucina, giardino, ecc.), né vi sono attività conviviali o occasioni d'incontro e socializzazione che, se possibile, sono ancor meno frequenti che in un normale condominio. Verosimilmente, il punto è che i destinatari di questi alloggi semplicemente non hanno compiuto alcuna scelta; hanno dovuto accettare questa soluzione per uno stato di necessità, per le condizioni economiche, familiari, sociali e di salute in cui versavano. Così, venendo a mancare la volontà di condividere un percorso di vita in comune, il momento della progettualità e della definizione delle regole della convivenza, viene meno anche la motivazione a partecipare ad attività comuni, ad interagire e sostenersi vicendevolmente. Semplici estranei che solo accidentalmente dimorano nel medesimo edificio, che anche incontrandosi non potrebbero che avere come ragione di scambio e comunicazione interpersonale se non le loro soggettive difficoltà, che essendo tutte declinate al negativo è preferibile e opportuno tenere riservate.

Parte per il tutto, lo stesso vale per altre consimili esperienze di comunità abitative e alloggi condivisi, in forza di costrizioni e opportunità di varia natura, che si limitano a soddisfare il bisogno primario di un tetto, ma difficilmente consentono di aggiungere valore a questo elementare obiettivo. E in effetti, né ragioni meramente economiche (minori costi, agevolazioni varie, ecc.) né assistenziali (garantire un riparo a chi non l'ha o non è in grado di procurarselo con i propri mezzi), stanno alla base del *senior co-housing*. Anche queste, *cela va sans dire*, ragioni importanti, che devono trovare accoglimento da parte delle politiche sociali e della casa. E tuttavia non basta; se è necessario non è sufficiente. Il *co-housing* come risposta innovativa alle esigenze abitative e di vita delle persone anziane si realizza pienamente solo oltre questa soglia minima.

In forma eloquente, e naturalmente idealtipica, l'idea alla base del *senior co-housing* è racchiusa nell'interrogativo al quale cercavano di rispondere i fondatori di Färdknäppen, una delle più note e citate iniziative di questo genere, nata a Stoccolma alla fine degli anni ottanta. Questo: «Come far sì che persone di mezza età possano aiutarsi fra loro, avere più frequenti contatti, realizzare una migliore qualità della vita, essere meno dipendenti dai servizi sociali, stando vicine e viven-

do in un ambiente adeguato?» (Familijebostäder, 2002, p. 13). Nei suoi elementi costitutivi, la domanda elenca i presupposti fondamentali del (*senior*) *co-housing*: l'età, l'aiuto reciproco, l'autonomia, la prossimità, il disegno e le caratteristiche del complesso abitativo.

Si fa riferimento alla «mezza età», la seconda parte della vita, perché il *co-housing* non sia soltanto una soluzione di ripiego alla quale ricorrere quando ormai si è entrati in un percorso di solitudine e dipendenza e non vi sono migliori alternative. L'opinione di coloro che la vivono è che, passata l'età dei sessanta-sessantacinque anni, sia già tardi; a quel punto difficilmente si riescono ad allacciare nuove relazioni e ad abituarsi a un nuovo regime di vita in comune. L'ideale sarebbe di iniziare un'esperienza di questo tipo nella cosiddetta fase del «nido vuoto», intorno ai sessanta o giù di lì, quando i figli hanno lasciato la casa, si è ancora attivi, in buona salute, possibilmente in coppia, e in grado di imboccare la terza età della vita con la ferma intenzione di ricominciare una nuova stagione del proprio ciclo di vita familiare e potendo ancora contare su energie relativamente integre.

Naturalmente, si tratta di condizioni ideali. La maggior parte delle comunità di *senior co-housing*, in Svezia come nei Paesi Bassi e in Danimarca, ospita persone che hanno ampiamente oltrepassato quella soglia, hanno da tempo lasciato il lavoro, e ciò che più conta, sono per lo più single, celibi e nubili, separati o divorziati, vedovi e vedove soprattutto. Ad esempio, a Färdknäppen l'età media degli inquilini è di 71 anni, con un range che va dai 52 del più giovane ai 91 del più anziano; a Sjöfarten, sempre in Svezia, si va dai 40 agli 80; il *woongroep* di Terwijde, nei Paesi Bassi, ospita metà coppie e metà single, con un'età media di 65 anni; in quello di Olivier van Noort a Gouda il più giovane ha 50 anni, il più anziano 84; nel Comune di Langeskov, in Danimarca, nel *co-housing* Hovbanken, su 16 abitazioni, sei sono occupate da coppie e dieci da single, il più giovane ha 65 anni e il più anziano 86; più o meno lo stesso al Mårhøj Seniorbo, nel Comune di Gedved a pochi chilometri dal capoluogo Århus. Sicché, per molti dei loro abitanti, parrebbe effettivamente che l'approdo a questa soluzione abitativa sia da interpretare come una «forma reattiva» di fronte al rischio concreto di solitudine e isolamento. Ma se questa è la situazione attuale (e non è detto che sia quella di partenza), sta di fatto che l'esperienza del *co-housing* si realizza appieno come comunità di attività e partecipazione solidale proprio quando si danno le circostanze di cui si è detto prima.

La possibilità di poter contare sull'aiuto e il sostegno degli altri è un

altro dei presupposti basilari del *senior co-housing*. Ma qui occorre chiarire. Certamente il *co-housing* dà la possibilità di arricchire la rete delle relazioni comunitarie e di contrastare i tre grandi «mali» della vecchiaia: solitudine, isolamento e mancanza di aiuti (Thomas, 2004), consentendo agli anziani di mantenere la loro indipendenza, le proprie cose, i propri orari, abitudini di vita e legami affettivi. E tuttavia il *senior co-housing* non rappresenta un surrogato della famiglia, né è un'alternativa ai servizi. Non difetta il sostegno reciproco tra i membri del gruppo, ma un dato confermato dall'osservazione è il rifiuto esplicito a rivestire anche informalmente il ruolo di care-giver; così, l'aiuto è presente solo come disponibilità spontanea a farsi carico di situazioni se non eccezionali tali comunque da non richiedere un'assistenza costante e prolungata. Al di fuori della comunità, famiglia e servizi continuano a svolgere le loro funzioni.

Dunque, il *co-housing* non soppianta famiglia e servizi. E tuttavia non è escluso che possa concorrere ugualmente alla soluzione delle necessità e degli imprevisti dell'età anziana. Il che avviene effettivamente in più modi. Il *co-housing* funziona innanzitutto come «presenza» costante, rete di relazioni e amicizia a maglie strette, fonte di quei legami che gli studiosi del capitale sociale definiscono di tipo «*bonding*», che circondano i suoi membri di un'attenzione sociale diffusa, agevolata dalla partecipazione alle attività conviviali, dall'esposizione a un controllo sociale esercitato in forma attenta ma discreta, allo scambio reciproco di visite nei rispettivi alloggi; mentre nella medesima direzione operano la consapevolezza di poter contare in ogni circostanza sulla co-presenza fisica di una pluralità di persone, su densi legami di conoscenza e riconoscenza, sul disegno architettonico del complesso abitativo e la centralità, anche geometrica, degli spazi comuni: vero e proprio polo attrattore di incontri casuali e tuttavia essenziali per garantire la fisiologica continuità della comunicazione e un'interazione immediata senza imposizioni e priva di forzature. Ed è proprio grazie a queste prerogative di prossimità e socialità che la vita all'interno del *co-housing* offre l'opportunità di arginare, o quantomeno attenuare, i rischi generici dell'invecchiamento: il lento decadimento fisico causa ed effetto a un tempo di isolamento e solitudine, l'adozione di scorrette abitudini alimentari e la graduale tendenza a lasciarsi andare e a trascurare la cura del corpo e del proprio aspetto esteriore; comportamenti che alla lunga finiscono per nuocere all'organismo e alla salute, fino a condurre alla segregazione e all'abbandono, stati frequentemente riscontrati sia nelle forme di istituzionalizzazione sia nel privato della propria abitazione.

10. Tipologie architettoniche e filosofie di vita

Infine, l'ambiente adeguato: da intendersi stavolta come ambiente fisico, organizzazione di uno spazio domestico dotato di quegli accorgimenti tecnologici e funzionali che garantiscono a chi lo abita un adeguato livello di sicurezza e protezione dai pericoli interni ed esterni, agevolano il movimento e la comunicazione, e consentono di ottimizzare le risorse, soprattutto, ma non solo, a vantaggio di quell'utenza «debole» affetta da disabilità psichica o motoria, che necessita di un continuo monitoraggio medico e di cure costanti. Qui le soluzioni differiscono da un paese all'altro. La più funzionale alle esigenze di un organismo inevitabilmente destinato a invecchiare è certamente quella adottata in Danimarca e negli Stati Uniti, dove per lo più i centri di *co-housing* riservati agli anziani sono di nuova costruzione, disposti in orizzontale secondo una tipologia architettonica a «corte aperta», di regola a un solo piano, con i singoli moduli abitativi progettati secondo criteri e ritrovati domotici avanzati in grado di rispondere alle comuni esigenze della persona anziana, con o senza limitazioni, e di chi eventualmente se ne prende cura (Durret, 2009). Altrove, come ad esempio in Svezia e nei Paesi Bassi, gli insediamenti di *senior co-housing*, vuoi perché organicamente incorporati nel contesto urbano, vuoi perché ricavati dalla ristrutturazione di edifici pre-esistenti, si sviluppano di solito in verticale, in palazzine a più piani collegati fra loro tramite ascensore.

In questo caso, le tipologie sono alquanto variabili, comunque sia non rispondono a un unico modello strutturale e funzionale. In alcuni casi, a Hillegersberg-Schiebroek nella periferia di Rotterdam per esempio, l'edificio si sviluppa in sei piani e delle 59 persone che vi abitano solo poco più della metà appartengono al *woongroep*, la parte restante sono semplici inquilini i cui alloggi occupano alcuni piani della palazzina. Idem nel *woongroep* Kruisstraat, nel centro di Utrecht, un grande edificio capace di 88 appartamenti, dei quali soltanto 12 fanno capo alla comunità di anziani; l'edificio ha un impianto planimetrico piuttosto articolato, composto di tre corpi di fabbrica che circoscrivono due spazi aperti, uno destinato a ospitare il parcheggio per le autovetture e uno a verde attrezzato che s'incunea tra due delle «braccia» del fabbricato dando vita a una confortevole serra utilizzata dai residenti (tutti) come spazio di relazione e intrattenimento.

Sempre nei Paesi Bassi, negli ultimi anni si è andata affermando, anche per ragioni di costo, una soluzione mista, composta di edifici

multifunzionali, in cui trovano posto gli alloggi destinati agli anziani ma anche scuole, asili e altri servizi di utilizzo promiscuo come studi medici, dentistici, palestre, ambulatori di fisioterapia, supermercati ed esercizi commerciali. Esempi di questo tipo sono il *woongroep* Terwijde nell'immediata periferia di Utrecht, che occupa 24 appartamenti del complesso più una sala comune dotata di cucina, e l'Olivier van Noort di Gouda con 27 alloggi riservati ai membri del gruppo più un locale comune e una stanza per gli ospiti disposti in uno dei piani dell'edificio nel quale ha sede anche una scuola il cui cortile occupa l'area centrale della palazzina. Tutto lascia pensare che, per ragioni legate al contenimento dei costi di costruzione e all'incremento della domanda di abitazioni, tale configurazione sia destinata a essere ulteriormente sviluppata in futuro; in verità, con esiti talvolta discutibili.

Se la scelta di collocare gli appartamenti riservati ai *woongroepen* nello stesso fabbricato in cui sono alloggiati alcuni presìdi medici e sanitari, le scuole e gli esercizi commerciali svolge indubbiamente una funzione positiva, perché consente agli anziani di disporre nei pressi dell'abitazione dei servizi di uso più frequente e ne evita l'esclusione, spinta agli estremi questa soluzione rischia di creare più problemi di quanti ne risolva. È il caso di quegli agglomerati urbani, per lo più composti di edifici prefabbricati situati nelle aree periferiche delle grandi città, destinati a ospitare quasi esclusivamente persone in età avanzata, molti con gravi problemi di autonomia; agglomerati che, a parte i vivaci colori delle porte d'ingresso e le tendine che adornano le grandi finestre dei soggiorni, offrono alla vista l'immagine alquanto deprimente di veri e propri «quartieri per vecchi» nettamente segregati dal resto della comunità. Rientra ad esempio in questa tipologia il *woongroep* IJ-93 di Rotterdam, ospitato in una palazzina di otto piani in cui trovano sede ben 79 appartamenti, di cui 28, sparsi nei diversi piani, riservati ai membri del gruppo, che dispongono di ampi corridoi interni sui quali affacciano le porte degli alloggi, di un salone dove riunirsi e di uno spazio all'aperto destinato ad ospitare le attività comuni durante la stagione estiva. Una sorta d'isola felice, che non parrebbe affatto risentire del contesto in cui è collocata.

I *co-housing* svedesi, situati per lo più in ampie palazzine in pieno centro urbano, sono fra tutti i più attrezzati e meglio dotati dal punto di vista della disponibilità di ambienti e servizi comuni; e anche quelli nei quali la vita sociale è più sviluppata e occupa un posto più rilevante nell'architettura degli ambienti. Alla base dei *kollektivhus* per la seconda metà della vita è infatti presente un forte spirito comunitario, una filosofia di vita che nasce dalla volontà di ampliare in misura conveniente

tempi e attività da condividere; di qui la disponibilità di luoghi e spazi adeguati a complemento ed estensione degli alloggi privati. Un'accogliente e spaziosa sala da pranzo, la cucina attrezzata per la preparazione di un gran numero di pasti, la biblioteca, il laboratorio artigianale, il locale lavanderia, la palestra, la sauna, la sala computer, ecc. E naturalmente, la volontà di «riempire» questi spazi, di favorire cioè l'interazione tra i residenti e le occasioni d'incontro, l'apertura della comunità verso l'esterno. Il pasto insieme, per dire, comporta il coinvolgimento dei singoli membri del gruppo in tutta una serie di attività preliminari: l'acquisto e la conservazione delle derrate alimentari, la scelta del menù, la preparazione delle pietanze, il governo della cucina e della sala da pranzo a fine pasto. Attività che presuppongono un'ordinata disciplina, l'organizzazione in squadre e commissioni di lavoro che, a rotazione, si incaricano dell'espletamento delle diverse mansioni; idem per la pulizia degli spazi comuni, la cura del giardino, le iniziative conviviali interne ed esterne, l'amministrazione della struttura, la gestione degli orari, delle liste d'attesa dei nuovi afferenti e quant'altro sia necessario per garantire l'ordinato svolgimento della vita associativa della comunità.
Un'organizzazione, questa, che se contribuisce a rafforzare l'integrità e la coesione del gruppo, non è tuttavia priva di rischi che divengono via via più palesi con il trascorrere del tempo e l'ingresso dei residenti nell'ultimo quarto di vita, quando le forze vengono a mancare e lo spirito d'iniziativa e la volontà di partecipare si affievoliscono. Tra i risvolti negativi occorre, inoltre, annoverare i conflitti interpersonali che inevitabilmente aumentano al crescere delle occasioni d'incontro e collaborazione. Non a caso, proprio nella consapevolezza di dover per quanto possibile evitare i pericoli connessi a una convivenza troppo sbilanciata sul versante comunitario, altrove, nei *seniorbofællesskabet* danesi e ugualmente nei *woongroepen* olandesi, sono state prese opportune precauzioni. Di fatto, limitando o riducendo alquanto gli obblighi di partecipazione e le occasioni di coinvolgimento, che sono stati sostituiti con attività e iniziative conviviali e celebrative su base esclusivamente opzionale, meno rigidamente programmate e comunque non obbligatorie, proprio per evitare di sterilizzare quelle proprietà giudicate essenziali per la vita della comunità.

11. Opportunità e vincoli

Va da sé che la variabilità geografica di queste innovative forme abita-

tive destinate alla popolazione anziana, e non solo, è tutt'altro che casuale o frutto di scelte arbitrarie. A un attento esame, essa riflette piuttosto l'esistenza di differenze profonde nella storia, nella cultura e nella struttura sociale dei diversi paesi. Qui il discorso sarebbe lungo, ma è del tutto evidente che il modello sociale, concepito come insieme delle caratteristiche demografiche e del territorio, dell'assetto economico e produttivo e soprattutto come articolazione del sistema di welfare, svolga anche in questo caso un ruolo fondamentale. Non solo, evidentemente. Accanto a questi, contano anche i capitali sociali, i codici di condotta individuali e collettivi e la condivisione di regole, norme morali e comportamenti, la coesione sociale (Donolo, 2011). A prescindere da questi elementi, sarebbe difficile se non impossibile comprendere le ragioni e le modalità che hanno accompagnato finora l'andamento del fenomeno nelle singole realtà nazionali nonché concepire le possibilità di un suo sviluppo negli anni a venire. Questo perché quegli assetti, quegli obblighi, quelle qualità sociali incidono su molteplici aspetti della vita delle persone. Per stare al tema, condizionano le politiche della casa, la divisione delle responsabilità di cura e assistenza delle persone anziane, la mobilità territoriale, le scelte d'investimento con cui individui e famiglie cercano garanzie e sicurezze per il loro futuro, la trasmissione dei patrimoni lungo le generazioni e quant'altro. Detto altrimenti, la stessa idea del *co-housing* come soluzione abitativa, il disegno progettuale e la forma in cui si realizza e le regole di convivenza che si adottano nei singoli casi, sono il risultato non improvvisato di tutta una serie di condizioni; vincoli che pongono dei limiti a ciò che può essere intrapreso, ammesso che quell'idea aspiri ad affermarsi come soluzione di policy in risposta all'invecchiamento demografico e a bisogni generali della popolazione anziana.

Da questo punto di vista, la realtà italiana presenta dati contrastanti. A fronte di una domanda sempre più imponente, dettata dai numeri che è destinata nei prossimi decenni ad assumere la demografia della terza e quarta età, sta il quadro di una situazione per molti versi sfavorevole alla diffusione di una forma di vita come quella del *senior co-housing*. A cominciare dagli interventi di edilizia pubblica, che pongono da anni il nostro paese nelle ultime posizioni della graduatoria europea per quanto riguarda la spesa sul Pil destinata a questa voce. Così, indice, e reazione, della mancanza di una seria politica abitativa è l'elevata incidenza della proprietà della casa, soprattutto tra la popolazione anziana, a discapito dell'affitto che oscilla tra il 5 e il 15%. In Danimarca, ad esempio, gli anziani che occupano l'abitazione in qualità di affittua-

ri sono il 26%, nei Paesi Bassi addirittura il 40%. Altre caratteristiche della situazione italiana sono la continuità della permanenza nel tempo nella stessa abitazione, l'acquisizione della proprietà in linea familiare (Kohli, Künemund e Zähle, 2005), e la funzione «secondaria» che la casa assume come strumento di sicurezza sociale per gli anni della vecchiaia e bene d'investimento economico da lasciare in eredità ai figli.

A questi dati, per così dire strutturali, se ne debbono aggiungere altri, di non minor rilievo per stabilire in quali circostanze potrebbe innestarsi in Italia l'eventuale sviluppo d'iniziative di *senior co-housing*. Un presupposto essenziale affinché queste possano decollare è la funzione della famiglia e dei rapporti intergenerazionali. Una realtà associativa basata su legami ad ampio raggio, partecipazione, impegno volontario, scambio di esperienze, abitudine alla vita comunitaria, reciprocità di legami e condivisione – qualità ampiamente presenti nei paesi in cui quella formula ha preso piede e si sta affermando – si scontra nel nostro con un circuito di solidarietà sostanzialmente ristretto alla sola sfera familiare e ai rapporti primari della parentela; e dove l'individualismo, come sostiene Sennett citando Tocqueville, si esprime «nell'indifferenza per ogni rapporto o relazione sociale che esca dalla sfera intima» (Sennett, 2004, p. 195). Altrove, è dimostrato, gli anziani accrescono con gli anni la propensione a sviluppare atteggiamenti e comportamenti pro-sociali, a un maggiore impegno negli affari della comunità, nell'associazionismo, in iniziative di volontariato, in un circuito di relazioni che travalica i confini della famiglia. Non così in Italia, dove spiccano due dati piuttosto eloquenti.

Il primo è l'elevata prossimità territoriale di genitori e figli; la tendenza di questi, cioè, ad abitare nelle immediate vicinanze, se non nello stesso stabile, dei genitori (Blome, Keck e Alber, 2009, p. 227); anche questo un segno inequivocabile della forza dei rapporti familiari e della loro importanza come rete di aiuto e supporto a integrazione e spesso in supplenza dei servizi sociali. Il secondo dato riguarda il lavoro non retribuito erogato a favore di persone verso le quali il donatore non ha alcun particolare obbligo contrattuale né di natura familiare o di amicizia (Wilson e Musick, 1997, p. 694). In Italia, tra gli ultra cinquantenni, il tasso di volontariato non va oltre il 7%; Spagna e Grecia, per quanto importa, si arrestano persino prima, intorno al 2-3%; altrove, nei paesi del Centro-Europa, le percentuali sono assai più elevate (tra il 9-14%) e in Svezia e Danimarca quasi tre volte tanto (17 e 21%) (Brugiavini, Croda e Mariuzzo, 2005). Per giunta, poco frequente nel nostro paese, superata l'età dei 55 anni, è anche il livello di

occupazione; appena il 34% contro una media che si attesta a 10 punti percentuali sopra nell'Ue e su valori ancora superiori in paesi come Francia, Svezia, Danimarca e Regno Unito.

Tutto ciò è espressione del «familismo», più che amorale certamente utile, che caratterizza il modello di welfare dei paesi che affacciano sul Mediterraneo; di un sequestro di tempi, energie e capacità che vincola gli anziani a un rapporto di esclusività con la propria famiglia allargata, verso il primo e il secondo grado della discendenza. Perché è, in effetti, nel circuito familiare che si impiegano e utilizzano quelle risorse. Il che ci riporta diritti al punto di partenza. E cioè, che le condizioni che altrove spingono o rendono opportuno e conveniente giunti a una certa età allargare il raggio delle proprie conoscenze, investire in altre direzioni, dare inizio «a una nuova fase della vita» (come spesso si esprimono le persone che vivono in un *senior co-housing*), in un altro luogo, in altre iniziative, senza per questo interrompere i legami con i propri familiari; queste condizioni, in Italia e più in generale nei paesi dell'Europa meridionale, sono largamente deficitarie. Che la famiglia sia importante; che sulle relazioni familiari e ciò che ne resta, finché ci sono, si debba comunque fare assegnamento, non vi sono dubbi. In questa direzione, si è detto, si stanno muovendo anche paesi che fino a pochi anni orsono avevano imboccato strade diverse, come l'istituzionalizzazione degli anziani. Ma non è questo il punto.

Il punto è che nel frattempo l'Italia è rimasta pressoché immobile, ferma all'unica àncora di sostegno della famiglia; sulla quale si è continuato a contare, sia in senso orizzontale sia verticale, senza nulla investire per sostenerne e accrescerne il capitale. Senza avviare alcuna tutela assicurativa al rischio di vivere, per un tempo più o meno lungo, in uno stato di dipendenza; senza la garanzia di un'adeguata rete di servizi sociali e assistenziali; senza prendere quelle misure che consentirebbero agli anziani che intendono continuare a stare nella propria abitazione di vivere in un ambiente domestico sicuro, in grado di rispondere in modo soddisfacente alle loro esigenze.

Su ciascuno di questi fronti, come sarebbe agevole dimostrare, l'Italia somma ritardi a deficienze. Intanto, però, le cose sono cambiate. Il processo d'invecchiamento si è rafforzato, con numeri da primato. L'area della non autosufficienza si è estesa. Le reti familiari, per un complesso di ragioni, si sono sfilacciate e indebolite, soprattutto per quanto riguarda gli aiuti rivolti alla terza e quarta età. Che l'intervento delle famiglie sia riuscito finora a garantire (non senza pesanti squilibri e ricadute sociali) il funzionamento del nostro sistema di welfare è in-

contestabile; ma non è detto che possa, in un futuro che forse è già cominciato, continuare a farlo, messi nel conto l'allungamento della vita, la maggiore domanda di cure, e la minore disponibilità delle persone in grado di occuparsene. Al tempo stesso, pensare di compensare questa crescente domanda e questo deficit di risorse con un proporzionale potenziamento dell'azione dello Stato in campo sociale, è fuori discussione. Richiederebbe un impegno di spesa assolutamente incompatibile con la crisi economica in corso e la situazione dei conti pubblici.

12. Conclusioni: recuperare il sociale

Che fare? Come uscire da questo circolo vizioso, considerato che i ritardi accumulati per troppo tempo hanno depositato sul terreno inerzie, incrostazioni e ostacoli non facili da rimuovere? Orientativamente, le strade percorribili, in una prospettiva necessariamente di medio-lungo termine, sono quelle alle quali si è già fatto cenno nelle pagine precedenti. E che, in sostanza, ruotano attorno ai temi dell'investimento, dell'innovazione e della promozione sociale; al recupero di risorse e all'allargamento del bacino di solidarietà. In breve, l'una consiste nel tentativo di rimettere in gioco capacità sottoutilizzate, restituendo alla società, per quanto riguarda in particolare gli anziani, quel valore aggiunto in termini di risorse e tempo che l'allungamento della speranza di vita ha reso disponibili e che sono state finora in larga misura «requisite» e capitalizzate dal circuito ristretto delle relazioni familiari o, al più, impiegate in attività di limitato valore sociale.
Specie con l'arrivo alla pensione dei nati negli anni del baby-boom, sul capitale umano e sociale di queste leve demografiche si può contare per costruire progetti di grande rilievo civico; per la prima volta nella storia è data l'opportunità di avere a disposizione un potenziale umano così numeroso, dotato di un buon livello d'istruzione, competenze professionali ed energie ancora integre, da convogliare – nel quadro di programmi adeguati e coordinati – in attività di tipo assistenziale, iniziative di lavoro volontario, percorsi di formazione e addestramento dei più giovani *on the job*, azioni di accompagnamento professionale in fase di *start up* di impresa, di *advocacy* e consulenza e quant'altro suggeriscano le sensibilità e l'immaginazione sociale. Campi nei quali l'intervento pubblico è tuttora largamente assente o si è rilevato inadeguato o insufficiente.

Va da sé che il recupero e il coinvolgimento di queste risorse in una prospettiva di estensione orizzontale dei legami e delle reti di solidarietà impone delle contropartite; la compensazione da parte del settore pubblico di quelle prestazioni e di quegli aiuti che la popolazione anziana ha finora garantito alle famiglie, e che in questa ipotesi verrebbero a mancare. E tuttavia, l'esperienza dei paesi che si sono già mossi su questa strada dimostra che azioni di questo tipo sono in grado di innescare un circolo virtuoso con apprezzabili ricadute sia in termini di crescita dell'occupazione – in particolare femminile – sia della rete dei servizi collettivi.

L'altra via, sempre in funzione di un recupero della socialità, è quella della riforma dell'abitare anziano. Molto più difficile della prima, perché comporta la rimozione di molti ostacoli, di natura strutturale e culturale. Intanto, lo sviluppo in quantità apprezzabili di comunità abitative di tipo *co-housing* si misura necessariamente con una prospettiva di lungo termine. In un paese come l'Italia, una soluzione di questo tipo si scontra in primo luogo con una radicata cultura della proprietà della casa come bene rifugio, garanzia degli imponderabili incerti dell'esistenza e investimento patrimoniale da trasmettere alla prole. Laddove, invece, il modello *co-housing* presuppone che la casa sia un bene «fungibile», di cui l'anziano possa disporre, se necessario anche alienandolo, per potersi spostare in un alloggio e in un ambiente di vita più consoni alle proprie esigenze. Non mancano gli strumenti per realizzare questo risultato; un esempio è il *reverse mortgage*, una forma di prestito garantito, in sostanza l'opposto del mutuo, che consente di monetizzare una parte del valore dell'abitazione, trasferendolo al consumo o impiegandolo in funzione di un cambiamento del proprio tenore di vita o dello spostamento del domicilio in un altro luogo. E peraltro, uno strumento anche compatibile con la motivazione ereditaria, se nel patto sottoscritto dall'anziano, come suggerisce Fornero, «venisse stabilito che, in cambio di una rendita più bassa, una parte del valore dell'abitazione debba essere liquidato ai figli» (Fornero, 2009, p. 323).

Poi ci sono ostacoli strutturali. Per come è disegnata l'urbanistica del nostro paese, specie nei grandi agglomerati urbani e metropolitani (che poi sono quelli nei quali l'esigenza di una diversa modalità dell'abitare e i problemi dell'isolamento, della solitudine e dell'assistenza, sono decisamente più acuti), specialmente lì, l'ipotesi del *senior co-housing* richiederebbe per essere realizzata o la ristrutturazione degli edifici e dei condomìni esistenti, con costi molto elevati quando non

proibitivi e senza la garanzia di ottenere il risultato voluto, o l'edificazione di nuovi fabbricati abitativi in zone urbane periferiche sull'esempio di quanto è stato fatto, ma in circostanze del tutto diverse, in Danimarca. Non è un caso che il modello del *senior co-housing* goda oggi, ovunque, di un *appealing* assai superiore ai numeri su cui può contare. In Svezia, dove questa filosofia di vita incontra un crescente consenso, si stima che appena lo 0,03% degli ultrasessantacinquenni, una percentuale davvero esigua, viva in una comunità di questo tipo (Sandstedt, 2010, pp. 30-31); lo stesso in Danimarca, dove, nonostante il riscontro di una diffusa propensione ad aderire a questa forma di vita, non sarebbero più di 5 o 6 mila distribuiti in circa 350 centri gli anziani che condividono effettivamente questa esperienza (Kähler, 2010, p. 95). E grosso modo sugli stessi numeri sono anche i Paesi Bassi, nonostante l'esplicito obiettivo del governo di incoraggiare l'auto-aiuto e l'indipendenza delle persone anziane per contrastare la tendenza storica all'istituzionalizzazione (Jensen e al., 2008).
Apparentemente, dunque, la fama e il fascino del *co-housing*, per tutte le età o solo per la seconda metà della vita, superano abbondantemente la realtà. E tuttavia non è poco, se lo si legge come sintomo di un disagio diffuso, del desiderio, se non della volontà concreta, di trovare una via d'uscita dai problemi e dalle difficoltà a cui è destinata sempre più ad andare incontro l'età anziana in un futuro ormai prossimo. Come scriveva Thomas More, «molte cose si trovano nella repubblica di Utopia, che desidererei pei nostri Stati, ma ho poca speranza di vederle attuate» (Moro, 1966, p. 148). La speranza è una questione, l'ingegneria, gli strumenti e le condizioni che permettono di realizzarla un'altra; ma è indubbio che, nonostante gli ostacoli, questa soluzione risponda all'esigenza di sottrarre la terza e quarta età a un isolamento e a un'estraneità che negli ultimi decenni si sono notevolmente accentuati e meriti quindi di essere intrapresa.

Riferimenti bibliografici

Aghion P. e Roulet A., 2011, *Repenser l'État. Pour une social-démocratie de l'innovation*, Seuil, Parigi.

Askham J., Nelson H., Tinker A. e Hancock B., 1999, *To Have and to Hold: The Bond between Older People and the Homes They Own*, York Publishing Services, York.

Baldini M. e Federici M., 2008, *Il social housing in Europa*, CAPPaper n. 49.

Berkman L.F., Glass T., Brissette I. e Seeman T.E., 2000, *From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium*, «Social science & Medicine», n. 51, pp. 843-857.

Blome A., Keck W. e Alber J., 2009, *Family and the Welfare State in Europe. Intergenerational Relations in Ageing Societies*, Edward Elgar, Cheltenham.

Brugiavini A., Croda E. e Mariuzzo F., 2005, *Labour Force Participation of the Elderly: Unused Capacity?*, in Börsch-Supan A. e al. (a cura di), *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from Share*, Mannheim Research Institute for the economics of ageing, Mannheim.

Cameron A., Harrison L., Burton P. e Marsh A., 2001, *Crossing the Housing and Care Divide*, Policy Press, Bristol.

Carlini R., 2011, *L'economia del noi. L'Italia che condivide*, Laterza, Roma-Bari.

Cocco F. e Pibiri R., 2011, *Residenze sociali con servizi per anziani. Il modello della «vivienda dotacional» del Comune di Barcellona*, Espanet Conference «Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa», Milano, settembre 2011.

Czischke D. e Pittini A., 2008, *Anziani e Casa nell'Unione Europea*, Cecodhas European Social Housing Observatory, anno 1, num. spec.

Darton R. e Muncer A-M., 2008, *Alternative Housing and Care. Arrangements: The Evidence*, in Roe B. e Beech R. (a cura di), *Intermediate and Continuing Care: Policy and Practice*, Blackwell Pub. Ldt, Oxford.

Delors J. e Dollé M., 2009, *Investir dans le social*, Odile Jacob, Parigi.

Donolo C., 2011, *Il sociale come materia delle politiche sociali*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 89-110.

Durrett C., 2009, *The Senior Cohousing Handbook. A Community Approach to Independent Living*, New Society Publishers, Gabriola Island, Canada.

Enable-Age, 2005, disponibile al sito internet: http://www.enableage.arb.lu.se.

Eurostat, 2008, *Ageing Characterises the Demographic Perspectives of the European Societies*, Statistics in focus, 72.

European social housing observatory, 2008, *Ageing and Housing in the European Union*, Research briefing, Special issue.

Familijebostäder, 2002, *Färdknäppen, Stoccolma: una seconda casa per la seconda parte della vita*, «Soluzioni abitative per anziani: esperienze europee, AeA informa», n. 5/6.

Fornero E., 2009, *Aiutare i giovani a costruirsi una pensione e gli anziani a utilizzare meglio le loro risorse*, in Dell'Aringa C. e Treu T. (a cura di), *Le riforme che mancano. Trentaquattro proposte per il welfare del futuro*, Il Mulino, Bologna.

Giarchi G., 2002, *A Conspectus of Types, Options and Conditions of Elder Accomodation in the European Continent*, «Innovation», vol. 15 (2), pp. 99-119.

Goldsmith S., 1997, *Designing for the Disabled: The New Paradigm*, Architectural Press, Londra.

Goldsmith S., 2010, *The Power of Social Innovation*, Jossey-Bass, San Francisco.

Hanson J., 2001, *From Sheltered Housing to Lifetime Homes: An Inclusive Approach to Housing*, in Winters S. (a cura di), *Lifetime Housing in Europe*, Katholieke Universiteit, Lovanio.

Heywood F., Oldman C. e Means R., 2002, *Housing and Home in Later Life*, Open University Book, Buckingham.

Higgins J., 1989, *Defining Community Care: Realities and Myths*, «Social Policy and Administration», vol. 23 (1), pp. 3-16.

Jensen H., Stavenuiter M., Dijkhuis A., Van Dongen M.C. e Van Tricht A., 2008, *Gemeenschappelijk wonen op leeftijd. Zorgposities en sociale neterken van ouderen in woongemeenschappen*, Federatie Gemeenschappelijk Wonen; disponibile al sito internet: http://www.gemeenschappelijkwonen.nl.

Kähler M., 2010, *Collective Housing and Well-Being*, in Vestbro D.U. (a cura di), *Living Together. Cohousing Ideas and Realities around the World*, atti della conferenza internazionale sul «collaborative housing», Stoccolma 5-9 maggio, Division of Urban and Regional Studies - Kollektivhus Nu, Stoccolma, pp. 93-104.

Kingston P., Bernard M., Biggs S. e Nettleton H., 2001, *Assessing the Health Impact of Age-Specific Housing*, «Health and social care in the community», vol. 9 (4), pp. 228-234.

Kohli M., Künemund H. e Zähle T., 2005, *Housing and Living Arrangements*, in Börsch-Supan A. e al. (a cura di), *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from Share*, Mannheim Research Institute for the economics of ageing, Mannheim.

Lietaert M., 2007, *Cohousing e condomini solidali. Guida pratica alle nuove forme di vicinato e vita in comune*, Aam Terra Nuova, Firenze.

Means R., 2007, *Safe as Houses? Ageing in Place and Vulnerable Older People in UK*, «Social policy & Administration», vol. 41 (1), pp. 65-85.

Moro T., 1966, *L'Utopia o la migliore forma di repubblica*, Laterza, Bari.

Nannini V., 2006, *L'habitat dell'anziano: il quadro europeo e l'esperienza olandese*, Centro documentazione Emilio e Isa Rubbi.

Paci M., 2011, *Le politiche di emancipazione sociale e promozione delle capacità*, in Paci M. e Pugliese E. (a cura di), *Welfare e promozione delle capacità*, Il Mulino, Bologna.

Pugliese E., 2011, *Cambiamenti demografici, lavoro di cura e donne immigrate in Italia*, in Paci M. e Pugliese E. (a cura di), *Welfare e promozione delle capacità*, Il Mulino, Bologna.

Robson D., Nicholson A.M. e Baker N., 1997, *Home for the Third Age: A Design Guide for Extra Care Sheltered Housing,* Spon, Londra.

Rottini A., 2008, *Cambio casa, cambio vita. Dal co-housing all'autocostruzione, dalle comunità di famiglie alle cooperative edilizie*, Terre di Mezzo, Milano.

Sandstedt E., 2010, *Why Are We Discussing Cohousing in Sweden in the Year 2010*, in Vestbro D.U. (a cura di), *Living Together. Cohousing Ideas and Realities around the World*, atti della confernza internazionale sul «collaborative

housing», Stoccolma 5-9 maggio, Division of Urban and Regional Studies - Kollektivhus Nu, Stoccolma, pp. 87-92.

Seeman T.E., Lusignolo T.M., Albert M. e Berkman L., 2001, *Social Relationships, Social Support, and Patterns of Cognitive Aging in Healthy, High-Functioning Older Adults: MacArthur Studies of Successful Aging*, «Health Psychology», vol. 20, pp. 243-255.

Sennett R., 2004, *Rispetto. La dignità umana in un mondo di diseguali*, Il Mulino, Bologna.

Sgritta G.B., 2009, *Badanti e anziani in un welfare senza futuro*, Edizioni Lavoro, Roma.

Sixmith A. e Green S., 2005, *Home Assessment Principles for Elder People: Based on the Experience of the Enable Age Project*, in Czischke D. e Pittini A., 2008, *Anziani e Casa nell'Unione Europea*, Cecodhas European Social Housing Observatory, anno 1, num. spec.

Stephens C., Alpass F., Towers A. e Stevenson B., 2011, *The Effects of Types of Social Networks, Perceived Social Support, and Loneliness on the Health of Older People: Accounting for the Social Context*, «Journal of Ageing and Health», vol. 23, pp. 887-911.

Thomas W.H., 2004, *What Are Old People for?*, Vander Wyk & Burnham, Acton Ma.

Touraine A., 2010, *Après la crise*, Seuil, Parigi.

Vestbro D.U., 2010, *History of Cohousing. Internationally and in Sweden*, in *Living together. Cohousing ideas and realities around the world*, atti della conferenza internazionale sul «collaborative housing», Stoccolma 5-9 maggio, Division of Urban and Regional Studies - Kollektivhus Nu, Stoccolma, pp. 42-55.

Weber M., 1922, *Die Stadt*, trad. it. 2003, *La città*, Donzelli Editore, Roma.

Wilson J.E. e Musick M., 1997, *Who Cares? Toward an Integrated Theory of Volunteer Work*, «American Sociological Review», vol. 62 (5), pp. 694-713.

I diritti sociali in Europa dopo il Trattato di Lisbona*

Stefano Giubboni

Tracciando il percorso storico che ha finalmente portato con il Trattato di Lisbona all'affermazione di una garanzia espressa dei diritti sociali fondamentali al livello dell'Unione europea, l'autore si interroga sui limiti di una tutela affidata essenzialmente alle virtù maieutiche del cosiddetto «dialogo tra le Corti», in assenza di un'adeguata strategia di politica sociale europea, e sottolinea, per contro, la necessità di un rinnovato impulso politico, e in tal senso di una «ri-politicizzazione» delle questioni sociali che la drammatica crisi in atto ha ricollocato al centro del dibattito pubblico negli Stati membri.

1. Premessa

La graduale emersione dei diritti sociali nell'ordinamento dell'Unione europea è avvenuta in una sorta di «controtempo» rispetto alle dinamiche di lungo periodo dei sistemi di welfare degli Stati membri. Il contrasto e la sfasatura temporale sono evidenti se si guarda allo sviluppo storico dei welfare state dei paesi fondatori della (allora) Comunità economica europea, a partire dal secondo dopoguerra.
Se pensiamo ad esempio all'Italia, la fase di ascesa del diritto del lavoro secondo il modello garantistico classico trova il suo apice, dopo il faticoso avvio delle riforme intorno alla metà degli anni sessanta, nello Statuto dei lavoratori[1], per declinare rapidamente nel decennio successivo[2]. Gli esordi delle politiche sociali comunitarie, nella metà degli anni settanta dello scorso secolo, coincidono, in buona sostanza, con quella che, in Italia, fu chiamata la stagione del diritto del lavoro dell'«emergenza» e, poco dopo, della «crisi»[3]; stagione che ha dato avvio

* Lo scritto riprende e rielabora la relazione dell'autore al convegno *Diritto civile e principi costituzionali europei e italiani*, svoltosi a Perugia il 25 e 26 marzo 2011.

1 Ricostruisce magistralmente questa stagione di riforme sociali e di «disgelo costituzionale» Rodotà, 2011, pp. 98 ss.

2 Basti il richiamo a Giugni, 1986.

3 Tra i contributi più significativi di quel periodo si veda De Luca Tamajo e

ad un'epoca – che a ben vedere giunge a maturazione solo oggi – di profonda revisione dei paradigmi politico-normativi di riferimento, a cominciare dalla definitiva messa in discussione delle dinamiche di tipo «acquisitivo» sino ad allora dominanti[4]. La Comunità economica europea inaugura non a caso le proprie politiche armonizzatorie in materia sociale con le «grandi direttive» sulla crisi d'impresa della seconda metà degli anni settanta[5], innestando il suo intervento nel tronco della armonizzazione che Massimo D'Antona ha definito «funzionalista» (D'Antona, 1996).

L'osservazione appena fatta può del resto essere ripetuta – sia pure con le dovute distinzioni, specie nelle periodizzazioni utili alla ricostruzione delle dinamiche storico-politiche di cambiamento dei singoli sistemi nazionali[6] – anche per altri ordinamenti europei, come ad esempio per quello francese[7]. La stessa Gran Bretagna fece il suo ingresso nelle Comunità europee poco prima che il fragile compromesso di quella che è stata chiamata «l'era del *social contract*» entrasse in crisi con l'avvento al potere dei conservatori e con la successiva lunga stagione dell'inarrestabile declino del potere (delle prerogative giuridiche e, insieme, della forza e della legittimazione sociale) del sindacato (Davies e Freedland, 1993, capp. 8 e 9).

Quel «controtempo» caratterizza, del resto, in termini se si vuole paradossali, un altro aspetto della vicenda che ha condotto alla emersione dei diritti e delle politiche sociali a livello sovranazionale. La percezione e la tematizzazione del deficit sociale europeo prendono corpo, infatti, solo dopo che, a partire dall'Atto unico europeo del 1986, la Comunità non solo espande la propria azione in materia sociale, anche sul versante (pur rivisitato) delle politiche di armonizzazione, ma immette, finalmente, nel corpo del Trattato istitutivo (Tce, Trattato che istituisce la Comunità economica europea, *n.d.r.*) basi normative autonome, per quanto ancora deboli e materialmente circoscritte, per

Ventura, 1979; D'Antona, De Luca Tamajo, Ferraro e Ventura, 1988; Mariucci, 1988.

4 Per una recente ricostruzione in chiave storica, attenta anche alle vicende della cultura giuslavoristica italiana, si veda Ichino, 2008, nonché Costa, 2009.

5 Cfr. la recente ricostruzione di Lo Faro, 2009.

6 Un'aggiornata e comprensiva sintesi comparata delle trasformazioni intervenute nei principali paesi europei è ora reperibile in Hepple e Veneziani, 2009.

7 Si veda la sintesi di Supiot, 2004, in particolare capp. I e II.

una più incisiva politica sociale sopranazionale[8]. La percezione di questo *deficit* si è fatta del resto sempre più acuta nel corso degli ultimi anni, sino a diventare per certi versi lacerante oggi[9], pur a fronte dell'ulteriore espansione e dell'indubbio rafforzamento di quelle basi giuridiche e del più ampio complesso di strumenti istituzionali di azione in materia sociale, messo in atto dalla Comunità (e poi dall'Unione) europea a partire già dalla revisione di Maastricht (Trattato sull'Unione europea, Tue, *n.d.r.*), e in specie da quella di Amsterdam del 1997.

Oggi ci troviamo di fronte ad un altro «controtempo» nel riconoscimento dei diritti sociali nell'ordinamento dell'Unione europea, con risvolti, almeno all'apparenza, non meno paradossali di quelli appena segnalati[10]. La «matrice sociale del processo di costituzionalizzazione europea ha raggiunto, infatti, il suo picco»[11], in particolare con l'attribuzione alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione dello stesso valore giuridico dei trattati (art. 6, comma 1, del Tue), proprio nel momento in cui è probabilmente arrivata al suo acme anche l'asimmetria tra la penetrazione delle libertà economiche del mercato interno e la garanzia dell'autonomia dei sistemi sociali nazionali[12].

Le riflessioni proposte in questo contributo muovono da tale (apparente) paradosso per argomentare che una strategia basata sulla sola costituzionalizzazione dei diritti sociali fondamentali al livello dell'Unione, per quanto necessaria, non è sufficiente a ridurre tale asimmetria, come dimostra l'analisi critica della giurisprudenza della Corte di giustizia, se non è accompagnata da un'adeguata politica sociale europea che si riappropri di un ruolo effettivamente correttivo delle dinamiche del mercato unico, oltre il linguaggio debole e rinunciatario del metodo aperto di coordinamento. Tale giudizio critico non implica, naturalmente, la svalutazione delle significative innovazioni introdotte dal Trattato di Lisbona, da cui risulta un rafforzamento complessivo degli obiettivi e dei valori sociali (anche se non degli strumenti di

[8] Si vedano le recenti ricostruzioni di Sciarra, 2009, e di Carinci, 2010.

[9] Si veda la lucida e amara analisi lasciataci da Judt, 2010.

[10] Le ragioni di questo (apparente) paradosso sono state più diffusamente elaborate in Giubboni, 2009a.

[11] Micklitz, 2010, p. 36. Analogamente, sulla maturazione, con il Trattato di Lisbona, della «strategia costituzionale» europea all'insegna dei diritti sociali fondamentali, Bercusson, 2009.

[12] Basti il riferimento a Scharpf, 2009a, e a Joerges, 2011.

azione in materia di politica sociale) dell'Unione. Tali innovazioni – soprattutto se sapranno orientare una interpretazione della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (e in specie delle norme del suo capo IV, sulla «solidarietà») in un'ottica autenticamente «costituzionale» – possono certamente contribuire a reindirizzare la giurisprudenza della Corte di giustizia verso forme di bilanciamento più equilibrato tra diritti sociali e libertà di mercato, nei casi (sempre più frequenti) di conflitto.

Nondimeno, la formula della «economia sociale di mercato fortemente competitiva» (art. 3, par. 3, del Tue), in cui si esprime anche simbolicamente la nuova sintesi tra l'«economico» e il «sociale» prefigurata dal Trattato di Lisbona e a cui la stessa Commissione ricollega ora un ambizioso progetto di rilancio del mercato interno (che si dice) saldamente improntato alla coesione sociale (Commissione europea, 2010b), rischia di rimanere enunciato vuoto di contenuti innovativi, se non si traduce in politiche – anche sociali – conseguenti. Ma quelle ad oggi adombrate dalla Commissione, proprio sullo specifico terreno del riequilibrio tra istanze di protezione sociale e forme della concorrenza transnazionale nell'Europa allargata (ad esempio con la debolissima proposta di revisione della direttiva sul distacco dei lavoratori), appaiono del tutto inadeguate, come si metterà in evidenza negli spunti conclusivi di questo contributo.

2. L'Europa sociale nel Trattato di Lisbona

Gli osservatori più attenti hanno giustamente messo in luce i significativi elementi di innovazione contenuti, in materia sociale, nel Trattato di Lisbona (o Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, Tfue, *n.d.r.*)[13]. Questi non riguardano tanto la sfera delle competenze legislative dell'Unione, visto che gli articoli 151 e seguenti del Tfue confermano, nella sostanza, con modifiche molto limitate, il contenuto delle previsioni già presenti nel titolo sulla politica sociale del Tce.

La previsione probabilmente più innovativa del nuovo titolo X del Tfue non incide, invero, né in senso estensivo, né in termini rafforzativi, sulle competenze legislative dell'Unione nella sfera del lavoro e

[13] Cfr. in particolare Roccella e Treu, 2009; Gottardi, 2010; Alaimo e Caruso, 2010.

della sicurezza sociale[14]. L'art. 152 del Tfue – che impegna in particolare l'Unione a riconoscere e promuovere il ruolo delle parti sociali al suo livello, tenendo conto anche della diversità dei modelli nazionali, facilitandone il dialogo «nel rispetto della loro autonomia» (par. 1) – non aggiunge, infatti, nuove competenze legislative, né estende quelle esistenti. Essa, tuttavia, in raccordo con l'art. 11 del Tue e con gli strumenti di democrazia partecipativa dallo stesso previsti (Raspadori, 2010), svolge un'importante funzione di rafforzamento della legittimazione degli istituti del pluralismo sociale al livello dell'Unione (Caruso, 2010, pp. 6-7), accrescendo la rilevanza tanto della concertazione e della contrattazione collettiva come metodo di regolazione sopranazionale (art. 155 del Tfue), quanto di quei processi di negoziazione collettiva autonoma diffusisi[15], in diverse forme, nella dimensione europea e transnazionale, in questi ultimi anni[16].

In questo senso, benché rivolta alla garanzia degli strumenti del pluralismo sociale europeo, la disposizione dell'art. 152 del Tfue va letta in stretta connessione anche con le nuove previsioni di apertura del Tue, che nel rideterminare il contenuto dei valori e degli obiettivi dell'Unione corroborano senza dubbio la dimensione sociale della stessa, attribuendole una rilevanza sconosciuta al previgente testo del Tce. Il rafforzamento del peso ponderale dei valori e degli obiettivi sociali emerge agevolmente da un confronto sinottico tra la versione previgente e quella attuale degli artt. 2 e 3 del Tue, e risulta in modo ancor più marcato nel confronto con le corrispondenti previsioni attinenti alla sfera della integrazione del mercato e a quello che potrebbe dirsi il nucleo duro della costituzione economica europea (Pinelli, 2010; Williams, 2010, pp. 283 ss.).

L'art. 2 imbeve il nuovo tessuto valoriale dell'Unione di una forte

[14] Queste sono semmai interessate dalla possibilità – contemplata dall'art. 153 del Tfue – che, sulle importanti materie sociali per le quali viene tuttora conservata la regola dell'unanimità in seno al Consiglio (con gli ovvi riflessi negativi in ordine all'effettivo esercizio delle competenze legislative), quest'ultimo possa decidere il passaggio alla maggioranza qualificata e alla procedura legislativa ordinaria. La «norma passerella», di cui è difficile allo stato stimare le concrete (forse scarse) potenzialità applicative, non si applica, peraltro, alla materia della sicurezza e protezione sociale dei lavoratori, gelosamente custodita dentro la sfera della procedura legislativa speciale con la regola dell'unanimità in seno al Consiglio. Cfr. su tali aspetti Syrpis, 2008, p. 226.

[15] Cfr. in generale, da ultimo, Comandè, 2010.

[16] Si veda, più di recente, la ricostruzione teorica che ne propone Sciarra, 2010a.

connotazione sociale, laddove sancisce che essa si fonda – anzitutto – sui valori del rispetto della dignità umana, della libertà, della democrazia, dell'eguaglianza e della tutela dei diritti umani, e là dove altresì ne riconosce la partecipazione ai valori – comuni agli Stati membri – del pluralismo, della non discriminazione, della tolleranza, della giustizia, della solidarietà e della parità tra donne e uomini. L'art. 3, par. 3, innova gli obiettivi dell'Unione con la formula – assai discussa per le sue ambigue ascendenze ordoliberali (Joerges e Rödl, 2004), ma chiara quantomeno nella sua ispirazione politica di principio[17] – dell'«economia sociale di mercato fortemente competitiva, che mira alla piena occupazione e al progresso sociale», oltre che a un elevato livello di tutela e al miglioramento della qualità dell'ambiente.

Quella formula si colora d'altra parte di una pregnanza – anche operativa – potenzialmente non meno innovativa nella previsione dell'art. 9 del Tfue, alla cui stregua, nella definizione e nell'attuazione delle sue politiche e delle sue azioni, l'Unione tiene conto delle esigenze connesse, in particolare, con la promozione di un elevato livello di occupazione, la garanzia di un'adeguata protezione sociale e la lotta contro l'esclusione[18]. E un'analoga clausola orizzontale del Trattato conferisce all'Unione un pari dovere di *mainstreaming* con riguardo all'ampio ventaglio delle politiche antidiscriminatorie, che tagliano oramai trasversalmente l'intera sfera dell'azione sociale sovranazionale (art. 10 del Tfue).

Allo stesso tempo, in quelle previsioni d'apertura del nuovo Tue, il riferimento – (già) così pregnante nel connotare i principi della costituzione economica europea (cfr. ad es. Baquero Cruz, 2002) – alla «economia di mercato aperta e in libera concorrenza», che si trovava nel testo del vecchio Trattato, è stato come noto soppresso, e si trova ora relegato, e anche simbolicamente postergato, nel protocollo n. 27 allegato ai trattati. La formula – espunta dal cuore dei valori, degli obiettivi e dei principi generali dell'Unione – continua a comparire nell'apposita sede dell'art. 119 del Tfue, che apre il titolo VIII sulla politica

[17] Che è certamente nel senso del riequilibrio tra le «asimmetrie interne» che l'Unione ha accumulato «fra l'integrazione del mercato a livello sovranazionale e la protezione sociale a livello nazionale», come chiarisce autorevolmente Mario Monti (2010, p. 73).

[18] L'importanza della clausola sociale orizzontale, e il suo stretto collegamento con l'obiettivo della «economia sociale di mercato», è sottolineata nella comunicazione della Commissione europea *Verso un atto per il mercato unico* (2010b, p. 20).

economica e monetaria. Ciò sembra confermare il depotenziamento e quasi il declassamento della formula dell'«economia di mercato aperta e in libera concorrenza» da principio a valenza generale a principio di settore, caratterizzante, cioè, la sfera di competenze legislative e di azione alla quale è specificamente riferito. Sfera che, per quanto importante e qualificante, non potrebbe, tuttavia, più pretendere di assumere un significato centrale, o addirittura dominante, nell'interpretazione della costituzione (economica) europea, anche per la consapevolezza che il rilancio dello stesso progetto del mercato unico richiede – in una logica sistemica di governance unitaria – un insieme armonico e coerente di politiche della concorrenza e, appunto, di politiche industriali «attive» e di politiche di coesione sociale e territoriale[19].

Un'enfasi nuova sulla centralità della dimensione sociale del mercato interno si ritrova, d'altra parte, sorretta dalla stessa logica politica, nella riformulazione della previsione, ora contenuta nell'art. 14 del Tfue (cui si aggancia il protocollo n. 26 allegato ai trattati), sulla «importanza dei servizi economici di interesse generale nell'ambito dei valori comuni dell'Unione». Previsione nella quale pure è evidente, sempre sul piano politico (e ancorché con problematici effetti potenziali sulla futura applicazione delle regole di concorrenza in tale ambito[20]), la volontà di allargare la sfera riservata alla discrezionalità delle determinazioni e delle opzioni politiche degli Stati membri, specie in ordine alla garanzia delle condizioni di «agibilità» economica e finanziaria dei servizi di interesse generale.

È allora indubitabile come soprattutto le previsioni generali dei nuovi trattati riformati a Lisbona dischiudano, in astratto, «forti potenzialità di invertire il rapporto tra Europa economica ed Europa sociale» (Gottardi, 2010, p. 521). L'interprete, in primo luogo quello giudiziale, si trova in effetti di fronte ad un quadro di valori, di obiettivi e di principi fortemente innovato dai trattati, con una decisa proiezione oltre la dimensione funzionale ed economica dell'integrazione europea, e con un indubbio riconoscimento di una coessenziale *finalité* sociale dell'Unione. Nella nuova piattaforma assiologica profilata dalle norme di apertura dei trattati, il mercato cessa di porsi come luogo

[19] È questa la visione globale suggerita da Mario Monti, nel rapporto sulla nuova strategia per il mercato unico (Monti, 2010), e fatta propria dalla stessa Commissione europea (2010b, nonché, in precedenza, 2010a).

[20] Su cui cfr., di recente, Caggiano, 2008.

sovrano dell'Unione e la concorrenza retrocede da valore protetto finalisticamente in quanto tale, a strumento dell'«economia sociale di mercato».

Un siffatto riequilibrio costituzionale discende, del resto, in questa prospettiva, dalla definitiva acquisizione della Carta di Nizza/Strasburgo, e in particolare del corposo catalogo di diritti e principi sociali fondamentali ivi sancito, al diritto primario dell'Unione europea. È infatti nella compiuta costituzionalizzazione dei diritti sociali fondamentali al livello dell'Unione che, secondo una diffusa opinione[21], va individuato il momento di più incisiva revisione dell'assetto complessivo dell'ordinamento sovranazionale in una direzione che, finalmente, possa consentire operazioni di bilanciamento non più pregiudizialmente favorevoli alle libertà di mercato.

3. L'(accresciuta) asimmetria tra libertà economiche e diritti sociali nella giurisprudenza recente della Corte di giustizia dell'Unione europea

Nonostante l'indubbia forza persuasiva di tali argomenti[22], è difficile peraltro negare che – almeno allo stato – essi, nella migliore delle ipotesi, traguardino obiettivi di riequilibrio potenziale tra diritti e valori sociali e libertà e principi economici che appaiono ancora molto lontani dagli orientamenti dominanti, oggi, sia nella prassi delle istituzioni comunitarie sia, per quanto più interessa in questa sede, negli effettivi indirizzi della giurisprudenza della Corte di giustizia dell'Unione europea.

Affronteremo nelle conclusioni la questione se tale distonia tra il «picco» della costituzionalizzazione orientata ai valori sociali, quale emerge dal nuovo assetto del diritto primario dell'Unione europea, e l'arcigna applicazione delle libertà economiche fondamentali, che ancora impronta la giurisprudenza della Corte di giustizia, sia, per così dire,

[21] Cfr., per tutti, Cartabia, 2010; Sorrentino, 2010; e, tra i lavoristi, Bronzini, 2010; Alaimo e Caruso, 2010.

[22] Argomenti che anche chi scrive ha, peraltro, contribuito a elaborare, in particolare con riguardo al (e nella fase del) progetto, poi fallito, ma in realtà sostanzialmente ripreso dal nuovo Tue e dal Tfue, del Trattato costituzionale europeo: sia permesso il rinvio, *inter alia*, a Giubboni, 2004; 2005a; 2005b. E si veda pure, in una linea di sostanziale adesione e sviluppo di quegli argomenti, Mutarelli, 2007.

circostanza congiunturale (dovuta, cioè, al fatto contingente che il Trattato di Lisbona è solo da poco entrato in vigore e non ha quindi potuto irradiare i nuovi valori nella prassi applicativa) oppure risponda a istanze più profonde e diremmo strutturali, che la mera riscrittura dei valori e degli obiettivi dell'Unione, o la stessa garanzia formale dei diritti sociali enunciati nella Carta di Nizza/Strasburgo, ora «vincolante», non sono in grado, da sole, di correggere. Per l'intanto è necessario dar conto della persistenza di questa asimmetria, di questo «controtempo», per continuare a usare la metafora utilizzata in apertura: di questa sorta di perdurante contrasto o dissonanza ritmica e temporale, che sembra doversi ancora cogliere negli orientamenti radicati della giurisprudenza della Corte di Lussemburgo in tema di conflitto tra diritti o valori sociali e libertà economiche fondamentali.

Le celebri sentenze *Viking* e *Laval*[23] rappresentano senza dubbio il picco di tale asimmetria, come anche di quella «linea paradossale» (Gottardi, 2010, p. 552) dell'attuale fase della giurisprudenza comunitaria, nella quale il riconoscimento del diritto di sciopero, la sua inclusione tra i principi generali dell'ordinamento dell'Unione, di cui la Corte garantisce il rispetto, è funzionale alla sua radicale compressione nel «bilanciamento» con le contrapposte libertà economiche di stabilimento e di prestazione dei servizi[24]; secondo una formula di asserito contemperamento che smentisce in realtà se stessa, nel totale sacrificio di una delle situazioni soggettive in conflitto a beneficio della primazia assoluta riservata all'altra. E che risulta sostanzialmente distonica rispetto alle indicazioni ricavabili, in sede comparata, dalle (pur assai diverse) tradizioni costituzionali degli Stati membri, oltre che, ora, rispetto alla linea di equilibrio (e autentico bilanciamento) che emerge dalla più recente giurisprudenza della Corte di Strasburgo sul contenuto di tutela dell'art. 11 della Convenzione di Roma[25].

[23] Pronunciate dalla Corte di giustizia nel procedimento, rispettivamente, C-438/05 e C-341/05.

[24] Come scrive Orlandini, 2008, p. 281, nelle due sentenze «il riconoscimento del diritto di sciopero nell'Ue assume un carattere quasi beffardo, se è vero che esso è operato per negarne la possibilità di esercizio».

[25] Si fa riferimento alle note sentenze della Corte europea dei diritti dell'uomo nei casi *Demir e Baykara c. Turchia*, del 12 novembre 2008, e *Eneryi Yapi, Yol Sen c. Turchia*, del 21 aprile 2009, ove la Corte di Strasburgo ha elevato al rango di diritti fondamentali garantiti dall'art. 11 della Convenzione di Roma il diritto di negoziazione collettiva e il diritto di sciopero, in quanto corollari inscindibili della libertà di associazione sindacale. Sulla importanza e la portata innovativa di

Nella non meno nota sentenza *Albany*[26], nella quale è invece assente, nel percorso argomentativo della Corte di giustizia, l'ascrizione del diritto di negoziazione collettiva al novero dei diritti sociali fondamentali, l'attenta ponderazione degli obiettivi e dei valori sociali già enunciati dal Trattato di Roma servì nondimeno a garantire al contratto collettivo istitutivo del fondo pensionistico di categoria un'ampia sfera di immunità dalla incidenza delle regole comuni di concorrenza. Seppure nell'ambito di una logica di tendenziale funzionalizzazione del contratto collettivo[27], la Corte seppe infatti ritagliare un'ampia area di rispetto dell'autonomia collettiva e, dunque, una sfera di azione sindacale libera dai vincoli derivanti dai principi sulla libertà di concorrenza nel mercato interno. Sennonché, per fare ciò, la Corte di giustizia non dovette arrivare a riconoscere, a differenza di quanto (giustamente) fa oggi, un vero e proprio diritto (sociale) fondamentale dell'ordinamento dell'Unione europea; in quel diverso e meno favorevole contesto normativo, le fu sufficiente restare all'interno della logica funzionale della garanzia degli interessi sociali obiettivi affermati dal Trattato di Roma, da poco modificato da quello di Amsterdam. In quella logica, criticata in dottrina proprio per l'assenza del linguaggio dei diritti fondamentali, questi rimanevano perciò ancora «sullo sfondo», nella misura in cui «l'opportunità del loro soddisfacimento [era] vista soltanto nella realizzazione degli obiettivi sociali»[28]; ma la garanzia di tali interessi assicurava nondimeno all'autonomia collettiva una vasta sfera di immunità dal diritto della concorrenza e del mercato europeo.

Sicché oggi non può non apparire paradossale come, conquistato finalmente, con la compiuta costituzionalizzazione della Carta di Nizza/Strasburgo, il traguardo del pieno riconoscimento dei diritti fondamentali di azione e negoziazione collettiva allo stesso livello del-

tali sentenze, anche per le possibili ricadute sulla futura giurisprudenza della Corte di Lussemburgo per il tramite dell'art. 6 del Tue e dell'art. 53 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, si veda, tra gli altri, Bronzini, 2009.

[26] Corte di giustizia, causa C-67/96.

[27] Concezione, questa, criticata in dottrina in quanto suscettiva di limitare l'*antitrust immunity* al perseguimento, da parte delle organizzazioni sindacali stipulanti, di scopi coerenti con la «natura» e l'oggetto del contratto collettivo (punto 63 della sentenza), implicandosi, con ciò, un corrispondente sindacato giudiziale sui limiti entro i quali tale funzione di tutela collettiva dell'interesse professionale dei lavoratori potesse dirsi realizzata. Cfr. sul punto Pallini, 2000.

[28] Luciani, 2000, p. 530. In senso conforme, e parimenti critico, Giubboni, 2000, pp. 718-719.

l'Unione europea, la Corte di giustizia riconosca, almeno formalmente, una siffatta garanzia, ma, in buona sostanza, solo per abbassare la soglia di tutela già accordata, in passato, a quei medesimi «interessi sociali». È quanto a ben vedere è avvenuto, oltre che in *Viking* e *Laval* in tema di diritto di sciopero, anche nella recente sentenza *Commissione contro Repubblica federale di Germania*[29], nella quale la Corte, pur a fronte del riconoscimento del diritto fondamentale alla negoziazione collettiva, ha negato che gli accordi in materia di previdenza complementare, conclusi in tale ambito dalle parti sociali, sfuggissero all'applicazione delle norme in materia di libera prestazione dei servizi e, in particolare, alla disciplina comunitaria degli appalti pubblici. E anche in questa pronuncia, benché in termini decisamene più sfumati rispetto alla dogmatica impostazione proto-liberale seguita in *Viking* e *Laval*[30] e in una logica di giudizio senza dubbio più coerente col modello del bilanciamento di interessi di pari rilievo costituzionale[31], la Corte ha finito per assegnare una sostanziale prevalenza alla puntuale disciplina sovranazionale di settore della libertà economica, nella specie contenuta nelle direttive 92/50/Cee e 2004/18/Ce[32].

Come è stato efficacemente osservato, nelle sentenze *Viking* e *Laval* il diritto di azione collettiva in situazioni rilevanti per l'ordinamento dell'Unione viene in effetti «ampiamente anestetizzato» (Corti, 2008, p. 250) sulla base di un bilanciamento solo fittizio e apparente (soltanto proclamato «retoricamente» – Barnard, 2008, p. 14 – ma appunto non attuato) con le contrapposte libertà di mercato, le quali vedono viceversa riaffermata una netta prevalenza nella gerarchia dei

[29] Corte di giustizia, 15 luglio 2010, causa C-271/08.

[30] Quelle pronunce hanno evocato, in dottrina, forse con qualche eccesso polemico, i fantasmi della legge *Le Chapelier* della Francia rivoluzionaria del 1791, con la sottostante concezione, così tipica della fase sorgiva dell'ideologia del liberalismo economico, per cui l'esistenza stessa dell'azione collettiva e del sindacato che la realizza è contraria ai principi della libertà di mercato e alla necessità di sradicare ogni residua forma di intermediazione corporativa degli interessi espressi dalla società civile (cfr. Angiolini, 2009). Mentre un acuto giurista nordamericano ha proposto il paragone con l'era *Lochner* della Corte Suprema americana e gli effetti di smantellamento dei primi tentativi di protezione del lavoro che essa faceva derivare dal combinato disposto della dottrina del *substantive due process*, della interpretazione estesa delle leggi antitrust e della lettura restrittiva della *commerce clause* della costituzione degli Stati Uniti (cfr. Eliasoph, 2008).

[31] Su tale modello si veda da ultimo la pregevole sintesi di Morrone, 2008.

[32] Per una puntuale critica alla sentenza della Corte si veda Carabelli, 2011.

valori normativi cui la Corte si ispira. Ai limitati fini di questa critica alla concezione dei diritti sociali di natura collettiva accolta dai giudici di Lussemburgo, è sufficiente segnalare i principali elementi di contraddizione con una linea di interpretazione che, se non riesce forse ad accomunare in senso proprio gli assai diversi assetti regolativi dello sciopero dei paesi dell'Unione, certo si avvicina a qualcosa di molto simile a quella che, con il linguaggio dell'art. 6 del Tue, potremmo chiamare una «tradizione costituzionale comune».

Anzitutto, il diritto di sciopero e quello di negoziazione collettiva vengono nella sostanza considerati dalla Corte, in ragione della forza sprigionata dal conflitto sindacale e della effettiva capacità di ostacolare o addirittura di bloccare la contrapposta attività d'intrapresa transnazionale, come forme di potere del tutto analoghe a quelle esercitate dalla pubblica autorità. Sennonché è evidente, al di là della suggestione delle concrete vicende fattuali all'origine di *Viking* e *Laval*, la diversità sostanziale delle situazioni in rilievo, alla luce di una concezione che può dirsi comune al costituzionalismo liberale e democratico europeo. Come è stato osservato, infatti, «un potere non è un diritto. Un diritto reclama protezione. Il riconoscimento del diritto di sciopero richiede, in principio, una certa sfera di immunità giudiziale[33]. Al contrario, il potere implica un controllo. E comporta la responsabilità di tenere conto degli interessi sia delle imprese che dei lavoratori di altri Stati membri» (Azoulai, 2008, p. 1345). Con questa contaminazione tra la dimensione del potere e quella del diritto – impropriamente fuse nella valutazione dell'azione collettiva con riflessi transnazionali – la Corte di giustizia finisce per prendere pericolosamente le «distanze dalla tradizione che radica lo sciopero, la contrattazione collettiva e la libertà sindacale nell'autonomia privata»[34].

Questa confusione va sciolta, riaffermando la necessaria distinzione tra potere pubblico e azione privato-collettiva[35]. Per riaffermare con forza che, quando riesce ad essere efficace, l'azione collettiva esprime

[33] Una sfera, potremmo dire, di *agere licere* a tutela dell'interesse collettivo liberamente determinato dall'organizzazione sindacale; ciò che fa dello sciopero – secondo un'assai nota tassonomia – un «diritto sociale di libertà» (Baldassarre, 1997, p. 178, e da ultimo Luciani, 2009).

[34] Angiolini, 2009, p. 60. Per una critica d'analogo tenore si veda anche Dorssemont, 2009.

[35] Di «collasso della distinzione tra pubblico e privato» in *Viking* e *Laval* ha parlato anche Somek (2010, p. 6).

un contropotere privato che ha come scopo costitutivo quello di riequilibrare – all'unico livello di azione possibile[36] – il potere di mercato della controparte datoriale. In ciò, tale potere non esibisce alcuna analogia col potere pubblico dello Stato, ma differisce anzi in modo essenziale da questo, in quanto non può avvalersi, per definizione, dell'apparato coercitivo che accompagna l'esercizio di quest'ultimo e, per rinnovarsi e mantenere la sua efficacia, ha bisogno di rigenerarsi e misurarsi continuamente (anche) nel conflitto.

I gravi riflessi applicativi della contraddizione in cui cade la Corte di giustizia sono altrettanto evidenti. In *Viking*, l'applicazione del criterio di proporzionalità induce la Corte a relegare tendenzialmente lo sciopero ad *extrema ratio*, cui le organizzazioni sindacali coinvolte in tanto possono legittimamente far ricorso in quanto non dispongano di altri mezzi meno restrittivi della libertà di stabilimento per condurre a buon fine il negoziato con la controparte datoriale, dovendo il giudice nazionale accertare l'effettivo esperimento di tali percorsi meno invasivi rispetto alla contrapposta libertà di iniziativa economica. Ma, prima ancora, il giudice dovrà accertare se lo stesso obiettivo perseguito dall'azione sindacale sia giustificato; ciò che – nelle parole della Corte – sarebbe da escludere ove «fosse accertato che i posti di lavoro o le condizioni di lavoro in questione non erano compromessi o seriamente minacciati»[37].

Si tratta di una concezione singolarmente ostile all'idea stessa di conflitto collettivo. La «scivolosa trappola della proporzionalità» (Sciarra, 2010b, p. 235) spinge la Corte in territori inesplorati anche nelle tradizioni giuridiche dove lo sciopero viene più debolmente protetto[38], attirando il giudice nazionale in una difficilissima valutazione sul merito del conflitto collettivo, sulla giustificatezza stessa degli obiettivi di tutela, oltre che sulla congruità dei mezzi volti a conseguirli. Una valutazione di merito sindacale che – a rigore – non dovrebbe essere neppure lambita dal controllo giudiziale e che è oltretutto condotta alla stregua di un test di stretto scrutinio che si rivela particolarmente ostile all'autonomia dell'azione collettiva, finendo per limitare gli scopi di autotutela legittimamente perseguibili dalle parti sociali.

[36] Per rievocare la celebre formula di Otto Khan Freund (1983, p. 17): «*On the labour side, all power is collective power*». E cfr. anche il classico insegnamento di Giugni, 2010.

[37] Punto 81 della sentenza.

[38] Si veda la preoccupata analisi critica di Countouris, 2009. Per un'analoga critica dal punto di vista del diritto tedesco si veda, inoltre, Kocher, 2008.

In *Laval*, l'applicazione del test di proporzionalità è schiacciata sulla verifica dell'osservanza della direttiva sul distacco, interpretata in termini indebitamente riduttivi e minimalistici delle tutele applicabili nello Stato ospitante, per cui la tradizionale funzione di elevazione degli standard di tutela svolta dall'azione e dalla contrattazione collettiva viene in certo modo neutralizzata alla radice in nome della garanzia della certezza giuridica e della trasparenza dei rapporti negoziali transnazionali (Ingravallo, 2009, pp. 43-46). Il richiamo alle previsioni della direttiva 96/71/Ce si traduce, così, di nuovo nell'applicazione di un test di *strict scrutiny* (Kilpatrick, 2009, p. 20), che risulta perfino più restrittivo di quello applicabile agli Stati membri, i quali possono almeno giovarsi – seppure a condizioni ben delimitate – della valvola dell'ordine pubblico. E anche in *Commissione contro Germania* – in cui pure il richiamo al bilanciamento tra il diritto fondamentale di negoziazione collettiva e i principi in tema di appalti pubblici di servizi sembra sorretto da una più appropriata valutazione del *modus operandi* proprio di questa tecnica di risoluzione dei conflitti tra diritti di rango costituzionale – l'applicazione rigorosa delle regole di trasparenza del mercato dettate dalle direttive 92/50 e 2004/18 determina, con meccanica consequenzialità, l'accertamento dell'inadempimento dello Stato membro.

4. «Accesso alla giustizia» vs. «giustizia sostanziale» nella giurisprudenza comunitaria sui diritti a prestazione sociale su base transnazionale

La critica alla concezione dei diritti sociali riconosciuti dalla Corte di giustizia non può, peraltro, essere limitata ai riflessi in qualche modo paradossali che essa, come visto sin qui, implica in ordine alla tenuta di radicati assetti costituzionali dei diritti collettivi in Europa. Essa va estesa ad un altro terreno, nel quale per la verità l'attivismo della Corte in nome dei principi della cittadinanza dell'Unione è stato valutato, almeno sino ad oggi, in termini prevalentemente positivi anche dagli osservatori più rigorosi[39]. Intendiamo riferirci a quella importante linea di giurisprudenza[40] che, dal *leading case Martínez Sala*[41] sino alla re-

[39] Si veda più di recente Bronzini, 2011, e Spinaci, 2011.

[40] Per un'analisi dettagliata (e critica) della quale si rinvia a Giubboni, 2010, e a Dougan, 2009.

[41] Causa C-85/96.

cente sentenza *Zambrano*[42], ha straordinariamente ampliato la sfera dei diritti di accesso transnazionale ad un'ampia gamma di prestazioni assistenziali e previdenziali degli Stati membri, includendovi anche i cittadini europei economicamente non attivi che versino in condizioni di bisogno sociale, in tal modo dischiudendo anche ad essi le porte di una forma embrionale – ma già effettiva e concreta – di «solidarietà sociale europea» (Ferrera, 2004; Paci, 2009).

All'apparenza, questa giurisprudenza segna un momento di affrancamento dalla logica del mercato, il superamento della concezione rigidamente funzionalizzata, propria dei trattati originari, che vuole la libertà di circolazione delle persone, col conseguente accesso ai sistemi di protezione sociale degli Stati membri, limitata ai soggetti economicamente attivi nella veste di lavoratori subordinati o autonomi. Si è tuttavia obiettato che tale apparente rilievo emancipatorio assunto dalle norme sulla cittadinanza dell'Unione si regge, al fondo, sullo stesso impianto logico che ha consentito alla Corte di modellare intorno alle libertà economiche i tratti caratterizzanti della costituzione economica europea (Menéndez, 2009). E che ad un approccio basato sui diritti del singolo (Niglia, 2010, p. 449) – anche quando si tratti del cittadino dell'Unione in stato di bisogno che reclama la garanzia paritaria di un diritto sociale di prestazione – sfugge la dimensione necessariamente collettiva e politica della solidarietà.

La solidarietà finanziaria tra i cittadini degli Stati membri dell'Unione, nei termini affermati dalla Corte di giustizia, rischia, allora, di tradursi in quella «atomistica», contraddittoriamente sradicata dal contesto collettivo e per questo individualistica, alla quale accede – nel singolo caso particolare – il cittadino europeo che abbia fatto uso attivo della sua libertà di circolazione. In questo modo, come è stato detto, «è la logica formale delle libertà economiche a nascondersi dietro le apparenze della logica sostanziale delle obbligazioni solidaristiche, che sono fondate su beni collettivi e non su diritti individuali, e che sono connotate da relazioni multilaterali complesse governate dai principi della giustizia distributiva e non da quelli della giustizia commutativa» (Menéndez, 2009, p. 29). Il modello di riferimento rimane, nel giudizio della Corte, come pure è stato efficacemente osservato, quello dell'«*access justice*» e non della giustizia sociale sostanziale (Micklitz, 2010, p. 26). Un modello sociale che, in quanto basato essenzialmente sul principio di non discriminazione, se assicura il libero accesso transna-

[42] Causa C-34/09.

zionale al mercato dei servizi, anche sociali, e finanche alla sfera più «interna» delle prestazioni assistenziali, non si misura con i risultati distributivi, in termini appunto di «giustizia sostanziale», che l'apertura laterale di tali spazi di solidarietà viene a determinare.

Una siffatta logica, che prefigura «un ordine normativo sociale di diritti senza doveri corrispondenti» (*ivi*, p. 39), rischia tuttavia di alterare i delicati equilibri distributivi realizzati dai legislatori nazionali e magari di avvantaggiare soggetti meno bisognosi ma meglio attrezzati a far buon uso della libertà fondamentale di circolazione nello spazio europeo. Tale pare, in effetti, la situazione di quelli che, con Neil Fligstein (2009), potremmo definire i cittadini in senso pieno «europei» o «sovranazionali», intendendo per tali gli individui mobili che si avvantaggiano delle opportunità della libertà di circolazione, i quali tendono oggi più facilmente a identificarsi nella parte più attiva e dinamica dei corpi sociali nazionali, che non nella figura novecentesca del migrante italiano in cerca di riscatto sociale nel Nord Europa. La solidarietà transnazionale tra cittadini dell'Unione, in tal modo promossa dalla Corte, si ispirerebbe, così, alla medesima filosofia individualistica che impronta la giurisprudenza sulle altre libertà fondamentali del Trattato: è l'«individualismo» – come ha scritto Alexander Somek – a spiegare, in tale prospettiva, la «sostanza» della cittadinanza europea, quale emerge da questa giurisprudenza[43].

Aderendo a tale critica, può dirsi invero che un recupero della dimensione autenticamente politica della solidarietà sociale è piuttosto rintracciabile nel giudizio con il quale, bilanciando l'interesse dello Stato al controllo della spesa pubblica con l'esercizio individuale della libertà fondamentale, la Corte dà rilievo ad un limite come quello dell'«onere irragionevole», preso in considerazione anche dalla direttiva del 2004. Questo argomento è riecheggiato con forza nella critica rivolta alla giurisprudenza comunitaria sulla rimozione degli ostacoli posti dalle autorità nazionali all'accesso degli studenti stranieri ai corsi universitari delle facoltà mediche[44] ovvero sul diritto alle cure sanitarie transfrontaliere. È stato infatti autorevolmente detto che, con tale giurisprudenza, «nel nome della solidarietà transnazionale, la Corte ha indebolito o eliminato il controllo dello Stato nazionale sull'equilibrio tra apporto contributivo e prestazioni e sui confini della generosità

[43] Somek, 2007, p. 815; e si veda, più in generale, Somek, 2008, spec. pp. 245 ss.
[44] Cfr. l'assai discussa sentenza della Corte di giustizia in causa C-147/03, *Commissione contro Austria*.

statale» (Scharpf, 2009c, p. 29), rompendo la relazione tra diritti e doveri e il connesso legame di reciprocità che dà legittimità democratica alle forme di redistribuzione sociale attuate dai sistemi nazionali di welfare (Scharpf, 2009b, p. 26). Per cui solo recuperando un tale equilibro, una tale condizione di reciprocità, attingibile in quanto tale solo dal processo politico democratico, potrebbe realizzarsi una vera forma di solidarietà sociale europea.

La critica è probabilmente eccessiva nella sua radicalità, in quanto sovrastima i concreti effetti della giurisprudenza della Corte. Essa mette tuttavia a nudo un'indiscutibile debolezza dell'impianto concettuale di tale giurisprudenza, che anche nei casi in cui vengono in rilievo basilari prestazioni di cittadinanza sociale in favore di cittadini europei in stato di bisogno, finisce per incorporare la medesima logica che sottende l'applicazione delle libertà economiche fondamentali, con la «surrettizia mercatizzazione» (Menéndez, 2009) dell'accesso transnazionale al welfare che si è poc'anzi segnalata. Ecco perché le critiche all'eccessivo attivismo della Corte appaiono, almeno in parte, fondate. Per quanto saggi e ben calibrati possano risultare in concreto gli esercizi di bilanciamento degli interessi in gioco svolti dalla Corte all'ombra del principio di proporzionalità, permane infatti uno scarto «ontologico» tra la complessità delle questioni poste dalla ridefinizione dei confini della solidarietà sociale in Europa e le risorse – cognitive e di legittimazione – di cui dispongono i giudici di Lussemburgo nell'affrontarle. Occorre per contro in certo modo «ripoliticizzare» su scala europea – fermo naturalmente il rispetto del principio fondamentale di non discriminazione – le questioni, cruciali ai fini dell'effettiva configurazione dei legami di solidarietà sociale, relative alla redistribuzione intersoggettiva delle risorse economiche attuata nell'ambito dei sistemi nazionali di welfare. Una troppo spinta giudizializzazione a livello europeo delle questioni relative ai conflitti distributivi tipici dello Stato sociale rischia, infatti, di incrinare il corretto funzionamento degli essenziali canali di controllo politico democratico su tali processi redistributivi[45], con evidenti rischi di destabilizzazione dei sistemi nazionali di protezione sociale[46].

[45] Sia permesso rinviare alle osservazioni critiche svolte a margine del caso *Kattner*, deciso dalla Corte di giustizia con sentenza del 9 marzo 2009 (nel procedimento C-350/07), in Giubboni, 2009b. In termini analoghi si veda anche Somek, 2007, p. 816.

[46] Si pongono, in tal senso, delicate questioni di contemperamento tra principio

5. Giudizializzazione vs. ripoliticizzazione delle questioni sociali nell'Unione europea: qualche spunto conclusivo

La critica sin qui svolta alla giurisprudenza della Corte in tema di rapporti tra libertà economiche e diritti di azione collettiva e di accesso transnazionale al welfare è sorretta, al di là delle specificità degli ambiti presi in esame, da un tratto comune che ci riporta alle considerazioni fatte in apertura e sulle quali è ora opportuno svolgere qualche riflessione conclusiva. Il filo conduttore di questa critica è che la correzione delle asimmetrie tra l'integrazione guidata dalle logiche del mercato e l'indebolimento degli ambiti – ancora essenzialmente nazionali – di soddisfacimento delle istanze di protezione sociale, per quanto agevolata e in un certo senso sollecitata dai nuovi complessivi equilibri costituzionali raggiunti con il Trattato di Lisbona, non può essere conseguita affidandosi alla sola opera della giurisprudenza e alle (peraltro altalenanti)[47] virtù del «dialogo tra le Corti»[48]. La riconciliazione o almeno la riduzione delle pericolose fenditure apertesi tra le due dimensioni – traguardata dalla impegnativa formula della «economia sociale di mercato» – richiede un forte investimento politico, una nuova capacità di progettazione (anche) di una politica sociale europea adeguata alla complessità e alla profondità della crisi del vecchio continente.

Ai giudici continuerà naturalmente a competere un ruolo centrale nella garanzia dei diritti fondamentali – anche sociali – in Europa[49]. La

democratico e garanzia dei diritti sociali dei singoli, questioni che sono evidentemente rese più complesse dalla loro dimensione transnazionale. Non è possibile in questa sede neppure accennare ai delicati problemi teorici sottostanti a tali questioni: si fa rinvio, per tutte, alla recente sintesi di Bellamy, 2007.

47 Anche in quest'ambito sono invero evidenti i segnali di «sofferenza», messi in risalto principalmente dal celebre *Lissabon-Urteil* del giudice costituzionale tedesco del 30 giugno 2009 (cfr. da ultimo Raveraira, 2011). Pur senza arretrare rispetto all'affermazione della propria competenza di giudice «ultimo» a garanzia del nucleo intangibile della sovranità democratica nazionale fissato in quella pronuncia, il *Bundesverfassungsgericht* ha peraltro manifestato una ben più ampia disponibilità al dialogo (sia pure indiretto) con la Corte di giustizia dell'Unione europea, nel nome della *Europarechtsfreundlichkeit*, nella più recente decisione del 2010 nel caso *Mangold*, sulla quale si veda il commento di Caponi, 2010.

48 Per un'articolata visione d'insieme del quale si veda, più di recente, il volume curato da Pedrazza Gorlero, 2010.

49 Si veda quanto al riguardo mette in rilievo Vettori, 2010, p. 285.

piena assunzione della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea al rango di fonte primaria dell'ordinamento euro-unitario spinge con forza in questa direzione, come emblematicamente dimostra la recente sentenza della grande sezione della Corte nella causa *Association Belge des Consommateurs Test-Achats Asbl e altri*[50]. Non mancano, del resto, primi, timidi segnali di apertura della giurisprudenza della Corte di giustizia ad una valutazione più equilibrata delle istanze in conflitto in quella vera e propria area sismica dei rapporti tra mercato unico e sistemi sociali nazionali costituita dalla disciplina del distacco intracomunitario dei lavoratori nell'ambito di una prestazione di servizi[51].

La ricerca, inevitabilmente calata sul caso concreto sottoposto di volta in volta alla cognizione del giudice[52], di forme di bilanciamento più amichevoli, per così dire, rispetto alle istanze di protezione espresse dai sistemi nazionali di diritto del lavoro, risulta oggi d'altra parte potenzialmente agevolata da un quadro di principi e di riferimenti valoriali che, dopo l'entrata in vigore del Trattato di Lisbona, è certamente più attento alla garanzia di istanze di natura sociale. Ma deve esservi la piena consapevolezza che questa fiducia attiva sulle capacità maieutiche e auto-correttive del dialogo giudiziale, per quanto indispensabile[53], da sola non basta a colmare le asimmetrie accumulatesi in questi anni così difficili e inquieti del processo d'integrazione europea[54]. Occorrono risposte e interventi che solo una rinnovata forte progettualità politica europea può dare, ricostruendo, con scelte coraggiose, un clima di fiducia collettiva, oggi pericolosamente vacillante, attorno alle istituzioni sopranazionali.

Le risposte sinora espresse dall'Unione per contrastare gli effetti della crisi economico-finanziaria manifestano, tuttavia, una grande debolezza, prima di tutto progettuale, proprio sul versante del coordinamento delle politiche sociali nazionali e del loro necessario ancoraggio – del tutto assente anche come prospettiva ideale – ad autentiche

50 Corte di giustizia, causa C-236/09.

51 Si vedano le sentenze pronunciate nelle cause C-515/08, *Santos Palhota*, e da C-307/09 a C-309/09, *Vico Plus e a.*.

52 È Ruggeri (2009, p. 7), a ricordare che il bilanciamento è tecnica di composizione dei conflitti (anche) interordinamentali «che sempre si rinnova e si fissa in ragione dei casi, su basi di valore […]».

53 Per una suggestiva proposta ricostruttiva delle forme dialogiche di soluzione dei conflitti costituzionali al livello dell'Unione si veda ora Torres Pérez, 2009.

54 Cfr. Azzariti (2009, p. 140), assai scettico su di «una prospettiva di progressiva giurisprudenzializzazione multilivello del diritto del lavoro».

forme di solidarietà sociale organizzate e almeno in parte finanziate a livello europeo[55]. I conati verso il rafforzamento della governance economica europea si sono in realtà sin qui svolti all'insegna degli egoismi e delle titubanze nazionali all'ombra di un'esitante leadership franco-tedesca, e hanno finito per mettere a nudo la debolezza della Commissione e i crescenti rischi di tenuta politica dello stesso progetto euro-unitario nell'avvitarsi e nel propagarsi della crisi dei debiti sovrani europei. Le difficoltà di potenziare il ruolo, comunque insufficiente per come è congegnato, dell'*European financial stability facility* (Efsf) sono a ben vedere la spia della crisi dello stesso metodo e forse dello spirito comunitario. La rete di sicurezza creata con l'istituzione dell'Efsf, al fine di garantire sostegno finanziario per i casi di emergenza di liquidità e di difficoltà di accesso ai mercati per i paesi dell'eurozona, ha rappresentato – almeno ad oggi – più il sintomo della debolezza e delle divisioni egoistiche dei governi nazionali[56], che non di una visione unitaria dei motivi profondi della crisi e della necessità di affrontarla dotando l'Unione della indispensabile capacità di governo politico dell'economia europea.

La recente decisione di potenziare in modo significativo il raggio di operatività (oltre che la dotazione) del fondo europeo di stabilità finanziaria, a fronte dell'aggravarsi della crisi greca[57], è stata peraltro accolta da molti osservatori come il preludio della possibile emissione, nel prossimo futuro, di bond europei[58]. Per l'Europa – come si legge nel rapporto di Mario Monti al presidente della Commissione europea (Monti, 2010, p. 69) – «ciò costituirebbe una svolta fondamentale verso un mercato finanziario più efficiente e un mercato unico più forte, che sostengano l'euro come moneta internazionale e l'intera economia europea. Per quanto riguarda la Germania, questo consentirebbe di guidare un processo di estrema importanza politica ed economica per

55 Cfr. le giuste osservazioni critiche di Hacker e Van Treeck, 2010, nonché Hacker, 2008, per alcune proposte nel senso di uno specifico rafforzamento delle forme di coordinamento delle politiche sociali con l'impiego di strumenti (anche finanziari) di sostegno europeo.

56 Si veda l'autorevole denuncia di Romano Prodi (2011) e le analoghe preoccupazioni espresse da Giuliano Amato (2011).

57 Si fa riferimento all'accordo in tal senso raggiunto a Bruxelles il 21 luglio 2011, ampiamente commentato dagli organi di stampa nazionale ed estera.

58 La proposta, da tempo presente nel dibattito economico europeo, è stata rilanciata da Jean Claude Juncker e Giulio Tremonti con un articolo pubblicato nel «Financial Times» del 6 dicembre 2010 (p. 11).

l'Europa e di orientare la definizione del meccanismo in funzione del suo desiderio di garantire la disciplina di bilancio più rigorosa nell'Ue e di mantenere le sue condizioni di finanziamento favorevoli».
Sennonché, sia per l'una che – soprattutto – per l'altra, la decisione di emettere titoli di debito pubblico europei in parziale alternativa a quelli dei singoli Stati dell'area dell'euro costituirebbe – al di là dei benefici immediati per fronteggiare l'attuale crisi finanziaria – una svolta politica dalle grandi implicazioni simboliche per la definizione della stessa identità dell'Unione, di ciò che essa intende essere nello scenario globale. Una svolta, dunque, che non potrebbe non poggiarsi, per le ripercussioni più generali sul governo economico dell'Unione[59], su di un'esplicita ridefinizione del patto di solidarietà tra i popoli europei, di cui tuttavia non si intravedono le tracce.
Non incoraggia d'altra parte all'ottimismo, al di là dell'insistito richiamo all'«economia sociale di mercato», la vaghezza e la debolezza delle proposte formulate dalla Commissione nel suo progetto di rilancio, che pure vuole essere socialmente orientato, del mercato unico (Commissione europea, 2010b, p. 24). Basti pensare alla cautela con cui la Commissione affronta il tema della revisione della direttiva 96/71/Ce sul distacco dei lavoratori, epicentro – come si è accennato – della giurisprudenza sulla competizione regolativa in materia di standard retributivi e sociali nel mercato interno dei servizi dell'Unione allargata. Con ogni probabilità, la Commissione si limiterà a proporre modifiche marginali, per lo più dirette a migliorare il livello dello scambio di informazioni e della cooperazione amministrativa, che difficilmente incideranno sui problemi applicativi sostanziali della direttiva, i quali potrebbero essere affrontati solo da una revisione dei principi di tutela dei lavoratori distaccati nei termini oggi fissati dall'art. 3 della medesima.
Di fronte a progetti così deboli e rinunciatari, «nel silenzio e nell'incomprensione della politica», saranno con ogni probabilità ancora i giudici – come è stato autorevolmente detto (Rodotà, 2007, p. 27) – «a fare l'Europa». Ma anche ipotizzando futuri percorsi di bilanciamento giudiziale improntati ad una maggior ponderazione dei valori sociali nei casi di conflitto con le libertà economiche del mercato unico, sarà difficile colmare il deficit essenzialmente politico di solidarietà che rende così asimmetrico, oggi, il processo di integrazione, e così

[59] A cominciare dal coordinamento delle politiche fiscali, che mostrano, oggi, un panorama «estremamente frammentato» (Monti, 2010, p. 84).

debole e incerto – nell'aggravarsi della crisi economica e finanziaria – l'orizzonte dell'«economia sociale di mercato» traguardato dall'art. 3 del Tue riformato a Lisbona.

Riferimenti bibliografici

Alaimo A. e Caruso B., 2010, *Dopo la politica i diritti: l'Europa «sociale» nel Trattato di Lisbona*, Working Paper Csdle (Centro studi del diritto del lavoro europeo) «Massimo D'Antona», n. 82/2010.

Amato G., 2011, *Se l'Europa sprofonda nei pozzi dei piccoli debiti*, «Il Sole 24 Ore», 10 luglio.

Angiolini V., 2009, *Laval, Viking, Rüffert e lo spettro di Le Chapelier*, in Andreoni A. e Veneziani B. (a cura di), *Libertà economiche e diritti sociali nell'Unione europea*, Ediesse, Roma.

Azoulai L., 2008, *The Court of Justice and the Social Market Economy: The Emergence of an Ideal and the Conditions for its Realization*, «Common Market Law Review», vol. 45 (5), pp. 1335-1356.

Azzariti G., 2009, *Brevi notazioni sulle trasformazioni del diritto costituzionale e sulle sorti del diritto del lavoro in Europa*, in Bronzini G., Guarriello F. e Piccone V. (a cura di), *Le scommesse dell'Europa. Diritti, istituzioni, politiche*, Ediesse, Roma, pp. 139 ss.

Baldassarre A., 1997, *Diritti della persona e valori costituzionali*, Giappichelli, Torino.

Baquero Cruz J., 2002, *Between Competition and Free Movement. The Economic Constitutional Law of the European Communities*, Hart Publishing, Oxford e Portland.

Barnard C., 2008, *Employment Rights, Free Movement Under the EC Treaty and the Service Directive*, Europa Institute, Mitchell Working Paper Series n. 5/2008.

Bellamy R., 2007, *Political Constitutionalism. A Republican Defence of the Constitutionality of Democracy*, Cambridge.

Bercusson B., 2009, *European Labour Law*, Cambridge University Press, Cambridge.

Bronzini G., 2009, *Diritto alla contrattazione collettiva e diritto di sciopero entrano nell'alveo protettivo della CEDU: una nuova frontiera per il garantismo sociale in Europa?*, «Rivista italiana di diritto del lavoro», vol. 28 (4), pp. 975-983.

Bronzini G., 2010, *La Carta di Nizza dopo Lisbona: quale ordine «costituzionale» per la protezione multilivello dei diritti fondamentali?*, in Falletti E. e Piccone V. (a cura di), *L'integrazione attraverso i diritti. L'Europa dopo Lisbona*, Aracne, Roma, pp. 35 ss.

Bronzini G., 2011, *Il reddito minimo garantito nell'Unione europea: dalla Carta di Nizza alle politiche di attuazione*, «Giornale di diritto del lavoro e di relazioni industriali», vol. 33 (130), pp. 225-245.

Caggiano G., 2008, *La disciplina dei servizi di interesse economico generale. Contributo allo studio del modello sociale europeo*, Giappichelli, Torino.

Caponi R., 2010, *Karlsruhe europeista (appunti a prima lettura del Mangold-Beschluss della Corte costituzionale tedesca)*, 31 agosto, disponibile sul sito: www.astrid-online.it.

Carabelli U., 2011, *Il contrasto tra le libertà economiche e i diritti di sciopero e di contrattazione collettiva nella recente giurisprudenza della Corte di giustizia: il sostrato ideologico e le implicazioni giuridiche del principio di equivalenza gerarchica*, in *Studi in onore di Tiziano Treu*, vol. III, Jovene, Napoli.

Carinci F., 2010, *Piano, piano, dolce Carlotta: cronaca di un'«Europa» in cammino*, in Carinci F. e Pizzoferrato A. (a cura di), *Diritto del lavoro dell'Unione europea*, vol. IX, *Diritto del lavoro. Commentario*, diretto da F. Carinci, Utet, Torino.

Cartabia M., 2010, *I diritti fondamentali in Europa dopo il Trattato di Lisbona: verso nuovi equilibri?*, «Giornale di diritto amministrativo», vol.16 (3), pp. 221-226.

Caruso B., 2010, *I diritti sociali fondamentali dopo il Trattato di Lisbona (tanto tuonò che piovve)*, Working Paper Csdle (Centro studi del diritto del lavoro europeo) «Massimo D'Antona», n. 81/2010.

Comandè D., 2010, *Le dinamiche collettive nello spazio giuridico europeo: il paradigma dell'autonomia*, Working Paper Csdle (Centro studi del diritto del lavoro europeo) «Massimo D'Antona» n. 76/2010.

Commissione europea, 2010a, *Europa 2020. Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva*, Com [2010] 2020, 3 marzo.

Commissione europea, 2010b, *Verso un atto per il mercato unico. Per un'economia sociale di mercato altamente competitiva*, Com(2010) 608 definitivo, 27 ottobre.

Corti M., 2008, *Le decisioni ITF e Laval della Corte di giustizia: un passo avanti e due indietro nell'Europa sociale*, «Rivista italiana di diritto del lavoro», vol. 27 (2), pp. 249-286.

Costa P., 2009, *Cittadinanza sociale e diritto del lavoro nell'Italia repubblicana*, in Balandi G.G. e Cazzetta G. (a cura di), *Diritti e lavoro nell'Italia repubblicana*, Giuffrè, Milano, pp. 21 ss.

Countouris N., 2009, *La Corte di giustizia e il vaso di Pandora del diritto sindacale europeo. Il punto di vista britannico*, in Vimercati A. (a cura di), *Il conflitto sbilanciato. Libertà economiche e autonomia collettiva tra ordinamento comunitario e ordinamenti nazionali*, Cacucci, Bari, pp. 95 ss.

D'Antona M., 1996, *Sistema giuridico comunitario*, in Baylos Grau A., Caruso B., D'Antona M. e Sciarra S. (a cura di), *Dizionario di diritto del lavoro comunitario*, Monduzzi Editore, Bologna; ristampato in D'Antona M., 2000, *Opere*, vol. I, *Scritti sul metodo e sulla evoluzione del diritto del lavoro – Scritti sul diritto del lavoro comparato e comunitario*, a cura di B. Caruso e S. Sciarra, Giuffrè, Milano.

D'Antona M., De Luca Tamajo R., Ferraro G. e Ventura L., 1988, *Il diritto del lavoro negli anni '80*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.

Davies P. e Freedland M., 1993, *Labour Legislation and Public Policy*, Clarendon Press, Oxford.

De Luca Tamajo R. e Ventura L. (a cura di), 1979, *Il diritto del lavoro nell'emergenza*, Jovene, Napoli.

Dorssemont F., 2009, *The Right to Take Collective Action v. Fundamental Economic Freedoms in the aftermath of Laval and Viking*, in De Vos M. (a cura di), *European Union Internal Market and Labour Law: Friends or Foes?*, Intersentia, Antwerp.

Dougan M., 2009, *Expanding the Frontiers of Union Citizenship by Dismantling the Territorial Boundaries of the National Welfare States?*, in Barnard C. e Odudu O. (a cura di), *The Outer Limits of European Union Law*, Hart Publishing, Oxford e Portland, pp. 119 ss.

Eliasoph I.H., 2008, *A «Switch in Time» for the European Community? Lochner Discourse and the Recalibration of Economic and Social Rights in Europe*, «Columbia Journal of European Law», vol. 14 (3), pp. 467-508.

Ferrera M., 2004, *Social Citizenship in the European Union: Toward a Spatial Reconfiguration?*, in Ansell C.K. e Di Palma G. (a cura di), *Restructuring Territoriality. Europe and the United States Compared*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 90 ss.

Fligstein N., 2009, *Euro-Clash. The EU, European Identity, and the Future of Europe*, Oxford University Press, Oxford.

Giubboni S., 2000, *I monopoli previdenziali tra diritto comunitario della concorrenza e principi solidaristici della Costituzione. Convergenze «pratiche» e conflitti «teorici»*, «Argomenti di diritto del lavoro», vol. 5 (3), pp. 685-723.

Giubboni S., 2004, *Da Roma a Nizza. Libertà economiche e diritti sociali fondamentali nell'Unione europea*, «Quaderni di diritto del lavoro e delle relazioni industriali», n. 27, pp. 9-35.

Giubboni S., 2005a, *Verso la Costituzione europea: la traiettoria dei diritti sociali fondamentali nell'ordinamento comunitario*, in Costanzo P. e Mordeglia S. (a cura di), *Diritti sociali e servizio sociale dalla dimensione nazionale a quella comunitaria*, Giuffrè, Milano, pp. 23-39.

Giubboni S., 2005b, *Trabajo y derecho social en la «nueva» Constitución europea. Apuntes comparatísticos*, in Cartabia M., De Witte B. e Pérez Tremps P. (a cura di), *Constitución europea y Constituciones nacionales*, Tirant Lo Blanch, Valencia, pp. 589-638.

Giubboni S., 2009a, *I diritti sociali tra Costituzione italiana e ordinamento dell'Unione europea*, in Aa.Vv., 2009, *Questa nostra Costituzione. Sessant'anni dopo*, Il Ponte, Firenze.

Giubboni S., 2009b, *Le assicurazioni sociali di fronte alle regole del mercato interno*, «Foro italiano», vol. 134 (4), c. 458-461.

Giubboni S., 2010, *A Certain Degree of Solidarity? Free Movement of Persons and Access to Social Protection in the Case Law of the European Court of Justice*, in Ross M. e Borgmann-Prebil Y. (a cura di), *Promoting Solidarity in the European Union*, Oxford University Press, Oxford, pp. 166 ss.

Giugni G., 1986, *Giuridificazione e deregolazione nel diritto del lavoro italiano*, «Giornale di diritto del lavoro e di relazioni industriali», 1986, n. 30, pp. 317 ss.; ristampato in Giugni G., 1989, *Lavoro, legge, contratti*, il Mulino, Bologna.

Giugni G., 2010, *Diritto sindacale* (aggiornato da L. Bellardi, P. Curzio e M.G. Garofalo), Cacucci, Bari.

Gottardi D., 2010, *Tutela del lavoro e concorrenza tra imprese nell'ordinamento dell'Unione europea*, «Giornale di diritto del lavoro e di relazioni industriali», vol. 32, n. 128, pp. 509-569.

Hacker B. e Van Treeck T., 2010, *What Influence for European Governance? The Reformed Stability and Growth Pact, the Europe 2020 Strategy and the European Semester*, Friedrich Ebert Stiftung – International Policy Analysis, dicembre.

Hacker B., 2008, *Discussion Paper: A European Social Stability Pact*, Friedrich Ebert Stiftung - International Policy Analysis, dicembre.

Hepple B. e Veneziani B. (a cura di), 2009, *The Transformation of Labour Law in Europe. A Comparative Study of 15 Countries 1945-2004*, Hart Publishing, Oxford e Portland.

Ichino P. (a cura di), 2008, *Il diritto del lavoro nell'Italia repubblicana*, Giuffrè, Milano.

Ingravallo I., 2009, *La Corte di giustizia tra diritto di sciopero e libertà economiche fondamentali. Quale bilanciamento?*, in Vimercati A. (a cura di), *Il conflitto sbilanciato. Libertà economiche e autonomia collettiva tra ordinamento comunitario e ordinamenti nazionali*, Cacucci, Bari, pp. 35 ss.

Joerges C. e Rödl F., 2004, *«Social Market Economy» as Europe's Social Model?*, in Magnusson L. e Stråth B. (a cura di), *A European Social Citizenship? Preconditions for Future Policies from Historical Perspectives*, P.I.E. - Peter Lang, Bruxelles.

Joerges C., 2011, *Will the Welfare State Survive the European Integration?*, «European Journal of Social Law», n. 1, pp. 4 ss.

Judt T., 2010, *Ill Fares the Land*, The Penguin Press, New York.

Juncker J-C. e Tremonti G., 2010, *Euro-wide bonds would help to end the crisis*, «*Financial Times*», 6 dicembre, p. 11.

Khan-Freund O., 1983, *Labour and the Law*,(a cura di P. Davies e M. Freedland), Stevens, Londra.

Kilpatrick, 2009, *British Jobs for British Workers? UK Industrial Action and Free Movement of Service in EU Law*, Law Society and Economy Working Papers – London School of Economics and Political Science – Law Department n. 16/2009.

Kocher E., 2008, *Fundamental Social Rights in Community Law and in the German Constitution – Equivalent Rights?*, «International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations», , vol. 24 (3), pp. 385-396.

Lo Faro A., 2009, *Le Direttive in materia di crisi e ristrutturazione di impresa*, in Sciarra S. e Caruso B. (a cura di), *Il lavoro subordinato*, vol. V del *Trattato di diritto del lavoro dell'Unione europea*, diretto da G. Ajani e G.A. Benacchio, Giappichelli, Torino.

Luciani M., 2000, *Diritti sociali e integrazione europea*, in Associazione italiana dei costituzionalisti, *Annuario 1999 - La costituzione europea*, Atti del XIV convegno annuale, Perugia, 7-8-9 ottobre 1999, Cedam, Padova.

Luciani M., 2009, *Diritto di sciopero, forma di Stato e forma di governo*, «Argomenti di diritto del lavoro», vol. 14 (1), pp. 1-25.

Mariucci L., 1988, *Le fonti del diritto del lavoro*, Giappichelli, Torino.

Menéndez A.J., 2009, *European Citizenship after Martínez Sala and Baumbast. Has European Law Become More Human but Less Social?*, Recon Online Working Paper n. 2009/05.

Micklitz H.-W., 2010, *Judicial Activism of the European Court of Justice and the Development of the European Social Model in Anti-Discrimination and Consumer Law*, in Neergard U., Nielsen R. e Roseberry L. (a cura di), *The Role of the Courts in Developing a European Social Model*, Djøf Publishing, Copenhagen.

Monti M., 2010, *Una nuova strategia per il mercato unico al servizio dell'economia e della società europea. Rapporto al Presidente della Commissione europea José Manuel Barroso*, Bruxelles, 9 maggio.

Morrone A., 2008, *Bilanciamento (giustizia costituzionale)*, in *Enciclopedia del diritto - Annali II*, tomo II, Giuffrè, Milano.

Mutarelli M., 2007, *Il ruolo potenziale dei diritti sociali fondamentali nel Trattato costituzionale dell'Unione europea*, Working Paper Csdle (Centro studi del diritto del lavoro europeo) «Massimo D'Antona», n. 54/2007.

Niglia L., 2010, *Form and Substance in European Constitutional Law: The «Social» Character of Indirect Effect*, «European Law Journal», vol. 16 (4), pp. 439-457.

Orlandini G., 2008, *Autonomia collettiva e libertà economiche nell'ordinamento europeo: alla ricerca dell'equilibrio perduto in un mercato aperto e in libera concorrenza*, «Giornale di diritto del lavoro e di relazioni industriali», vol. 30 (118), pp. 237-289.

Paci M., 2009, *Welfare State e solidarietà sociale di fronte alla sfida della regionalizzazione e dell'Unione europea*, in Bronzini G. (a cura di), *La prospettive del welfare in Europa*, Viella, Roma, pp. 21 ss.

Pallini M., 2000, *Il rapporto problematico tra diritto della concorrenza e autonomia collettiva nell'ordinamento comunitario e nazionale*, «Rivista italiana di diritto del lavoro», vol. 19 (2), pp. 225-244.

Pedrazza Gorlero M., 2010, *Corti costituzionali e Corti europee dopo il Trattato di Lisbona*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.

Pinelli C., 2010, *Il Preambolo, i valori, gli obiettivi*, in F. Bassanini, G. Tiberi (a cura di), *Le nuove istituzioni europee. Commento al Trattato di Lisbona*, il Mulino, Bologna.

Prodi R., 2011, *Dobbiamo rispondere all'egoismo tedesco*, «Il Messaggero», 30 luglio.

Raspadori V.F., 2010, *La democrazia partecipativa ed il diritto di iniziativa dei cittadini europei*, «Studi sull'integrazione europea», vol. 5 (3), pp. 675 ss.

Raveraira M., 2011, *L'ordinamento dell'Unione europea, le identità costituzionali nazionali e i diritti fondamentali. Quale tutela dei diritti sociali dopo il Trattato di Lisbona?*, «Rivista del diritto della sicurezza sociale», vol. 11 (2), pp. 325-354.

Roccella M. e Treu T., 2009, *Diritto del lavoro della Comunità europea*, Cedam, Padova.

Rodotà S., 2007, *Nel silenzio della politica i giudici fanno l'Europa*, in Bronzini G. e Piccone V. (a cura di), *La Carta e le Corti. I diritti fondamentali nella giurisprudenza europea multilivello*, Taranto, pp. 23 ss.

Rodotà S., 2011, *Diritti e libertà nella storia d'Italia. Conquiste e conflitti 1865-2011*, Donzelli, Roma.

Ruggeri A., 2009, *Dimensione europea della tutela dei diritti fondamentali e tecniche interpretative*, «www.federalismi.it», n. 3/2009.

Scharpf F.W., 2009a, *The Asymmetry of European Integration, or Why the Eu Cannot Be a «Social Market Economy»*, Kfg Working Papers, Freie Universität Berlin, n. 6/2009.

Scharpf F.W., 2009b, *Legitimacy in the Multilevel European Polity*, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Working Paper, n. 09/1.

Scharpf F.W., 2009c, *The Double Asymmetry of European Integration. Or: Why the EU Cannot Be a Social Market Economy*, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Working Paper n. 09/12.

Sciarra S., 2009, *Diritto del lavoro e diritto sociale europeo. Un'analisi delle fonti*, in S. Sciarra, B. Caruso (a cura di), *Il lavoro subordinato*, vol. V del *Trattato di diritto del lavoro dell'Unione europea*, diretto da G. Ajani e G.A. Benacchio, Giappichelli, Torino.

Sciarra S., 2010a, *Collective Exit Strategies: New Ideas in Transnational Labour Law*, Jean Monnet Working Paper, New York University School of Law n. 04/10.

Sciarra S., 2010b, *Notions of Solidarity in Times of Economic Uncertainty*, «Industrial Law Journal», vol. 39 (3), pp. 223-243.

Somek A., 2007, *Solidarity Decomposed: Being and Time in European Citizenship*, «European Law Review», vol. 32 (6), pp. 787-818.

Somek A., 2008, *Individualism. An Essay on the Authority of the European Union*, Oxford University Press, Oxford.

Somek A., 2010, *The Social Question in a Transnational Context*, paper presentato l'8 ottobre 2010 nell'ambito del ciclo di seminari su *Market Integration, EU Law and Social Conflicts*, organizzato presso la London School of Economics and Political Science.

Sorrentino F., 2010, *I diritti fondamentali in Europa dopo Lisbona (considerazioni preliminari)*, «Corriere giuridico», vol. 27 (2), pp. 145-151.

Spinaci S., 2011, *Libertà di circolazione, cittadinanza europea, principio di eguaglianza*, Jovene, Napoli.

Supiot A., 2004, *Le droit du travail*, Paris, Presses Universitaires de France.

Syrpis P., 2008, *The Treaty of Lisbon: Much Ado... But About What?*, «Industrial Law Journal», vol. 37 (3), pp. 219-235.
Torres Pérez A., 2009, *Conflicts of Rights in the European Union. A Theory of Supranational Adjudication*, Oxford University Press, Oxford.
Vettori G., 2010, *Dialogo fra le corti e tecnica rimediale*, «Persona e mercato», n. 4, pp. 280-288.
Williams A., 2010, *The Ethos of Europe. Values, Law and Justice in the EU*, Cambridge University Press, Cambridge.

Rubrica

Osservatorio Europa*

Nota periodica di informazione sulle principali notizie relative all'azione sociale della Ue e sul dibattito politico, sindacale e istituzionale europeo

L'Unione europea sta vivendo uno dei momenti più difficili dalla sua costituzione. La crisi della finanza pubblica in molti paesi europei ha portato con sé crescenti tensioni sull'euro. I passaggi drammatici che hanno segnato la crisi politica in alcuni dei paesi «sotto l'attacco» dei mercati finanziari (in primis la Grecia e l'Italia) sono stati affiancati da importanti decisioni a livello europeo.
In questo numero di «Osservatorio Europa» illustriamo alcuni dei passaggi più significativi del recente dibattito europeo. Il primo riferimento è alla governance economica: in ottobre il Consiglio europeo ha identificato la strategia per rendere più efficace la difesa della stabilità monetaria. Da un punto di vista del governo dell'area euro, le modifiche principali riguardano la nomina del Presidente del Vertice euro. Altro punto importante riguarda il rafforzamento del Fondo europeo di stabilità finanziaria (Fesf), e l'introduzione del Meccanismo europeo di stabilità (Mes), una sorta di fondo monetario europeo. In questo numero ricostruiamo i passaggi che tra giugno e ottobre hanno prodotto tali proposte istituzionali.
Nella seconda parte analizziamo i principali interventi sulle politiche sociali: il riferimento è alla ridefinizione del cosiddetto «Pacchetto Monti-Kroes» sui servizi d'interesse generale, la revisione dei fondi strutturali e della politica europea di coesione, la questione dell'aiuto alimentare ai cittadini europei più poveri (ancora in stallo) e infine il tema della responsabilità sociale d'impresa oggetto di una comunicazione della Commissione.
Il presente numero di «Osservatorio Europa» mostra dunque le tensioni che ancora oggi gravano sull'integrazione europea. La crisi finanziaria mina alla base la stabilità della zona euro e sfortunatamente le misure in discussione sul tema dei fondi strutturali appaiono coerenti con la strategia di taglio della spesa pubblica e di pareggio di bilancio ormai divenuto il leitmotiv degli ultimi mesi. Ciò nonostante, l'uscita dalla crisi europea appare ancora lontana.

* La rubrica «Osservatorio Europa» è a cura di Cécile Barbier, ricercatrice dell'Osservatorio sociale europeo di Bruxelles, di David Natali, direttore scientifico dello stesso Ose e docente all'Università di Bologna-Forlì, e di Carlo Caldarini, responsabile dell'Osservatorio Inca-Cgil per le politiche sociali in Europa, con sede a Bruxelles presso l'Inca Belgio.

1. Governance economica

1.1 Consiglio europeo, ottobre 2011, verso una revisione limitata dei Trattati

Di fronte alla crisi, le istituzioni europee tentano di rassicurare i mercati sia sul piano della governance della zona euro, sia attraverso il rafforzamento dei nuovi strumenti creati per la gestione dell'assistenza finanziaria ai paesi in difficoltà. Un Consiglio europeo previsto inizialmente per il 17 ottobre 2011, si è infine tenuto il 23 ottobre 2011.
Richiamando l'importanza della Strategia «Europa 2020» per il superamento della crisi, il Consiglio europeo ha fatto propria l'idea di Francia e Germania di conferire al presidente del Consiglio europeo (Van Rompuy) la presidenza delle riunioni dei capi di Stato e di governo della zona euro: «Il presidente del Vertice euro sarà designato dai capi di Stato o di governo della zona euro nella stessa occasione in cui il Consiglio europeo elegge il suo presidente e per la stessa durata. In attesa della prossima elezione, l'attuale presidente del Consiglio europeo presiederà le riunioni del Vertice euro. Il presidente del Vertice euro terrà costantemente informati gli Stati membri che non fanno parte della zona euro sui preparativi e i risultati dei vertici. Il Consiglio europeo prende atto dell'intenzione dei capi di Stato o di governo della zona euro di riflettere su un ulteriore rafforzamento della convergenza economica nella zona euro, sul miglioramento della disciplina di bilancio e l'approfondimento dell'unione economica, vagliando anche la possibilità di apportare modifiche limitate al trattato. Il Consiglio europeo ricorda che qualsiasi modifica dei trattati deve essere decisa dai 27 Stati membri. Il Consiglio europeo tornerà sulla questione a dicembre, sulla base di una relazione del presidente del Consiglio europeo in stretta collaborazione con il presidente della Commissione e il presidente dell'Eurogruppo».
In occasione del Vertice dei capi di Stato e di governo della zona euro (27 ottobre), è stato previsto un aumento della dotazione finanziaria del Fesf per i paesi in difficoltà (come Italia o Spagna) teso a moltiplicare la sua «potenza di fuoco».
La sua capacità di intervento passerebbe da 440 miliardi di euro a mille miliardi di euro. Per arrivare a quella cifra, è prevista l'istituzione di un sistema di assicurazione-credito agli investitori e un fondo speciale che graverebbe sul Fondo monetario internazionale, in maniera tale da raccogliere i contributi dei paesi emergenti, Cina compresa.
La Dichiarazione del Vertice intende rafforzare la governance della

zona euro attraverso dieci misure. Le strutture del Consiglio vengono rafforzate. È prevista una riunione mensile dei presidenti del Consiglio, della Commissione e dell'Eurogruppo. Un gruppo di lavoro all'interno dell'Eurogruppo si occuperà dei lavori preparatori facendo appello alle competenze tecniche della Commissione. Dotato di un presidente permanente eletto – in linea di principio – in contemporanea con il presidente del Comitato economico e finanziario (Cef), questo gruppo di lavoro preparerà le riunione dell'Eurogruppo. Inoltre, il rafforzamento della governance comprende il rafforzamento delle strutture amministrative esistenti in seno al Consiglio (Segretariato generale del Consiglio e Segretariato del Cef), al fine di fornire un sostegno adeguato al presidente del Vertice della zona euro.
Infine, saranno stabiliti regole e meccanismi più chiari al fine di migliorare la comunicazione e garantire una maggiore coerenza dei messaggi. Al presidente del Vertice della zona euro, insieme ai presidenti della Commissione europea e dell'Eurogruppo e al commissario per gli Affari economici e monetari, sarà affidato il compito di comunicare le decisioni dell'Eurogruppo.

Riferimenti:

- Consiglio europeo, 23 ottobre 2011, Conclusioni, Nr. Euco 52/11 http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/it/ec/125518.pdf
- Dichiarazione dei capi di Stato o di governo dell'Ue, 26 ottobre 2011 www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/it/ec/125623.pdf
- Dichiarazione del Vertice Euro, 27 ottobre 2011 www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/it/ec/125659.pdf

1.2 Le tappe del processo di revisione della governance economica: un breve riassunto da giugno a ottobre 2011

All'inizio del giungo 2011 la stampa aveva dato conto di un rapporto «allarmista» della *Troika* europea. La Grecia avrebbe avuto bisogno di un secondo piano di aiuti. Secondo tale rapporto, sarebbe stata creata una task force per le privatizzazioni a cui avrebbero preso parte alcuni membri della Commissione europea e della zona euro. Il 20 giugno, i ministri degli Affari economici e finanziari della zona euro richiamano

tutti i partiti politici a sostenere quelle misure, essendo «l'Unità nazionale» il prerequisito del successo. La zona euro aveva fissato la data del 30 giugno per l'adozione delle nuove misure. Il 29 e 30 giugno, il Parlamento greco adotta un piano di austerità supplementare basato su tagli da 28,4 miliardi di euro e privatizzazioni per 50 miliardi.

Riferimenti:

- *Esclusivo: La Troika dice che la Grecia ha bisogno di un nuovo piano di bilancio*, «Reuters», 8 giugno 2011
www.reuters.com/article/2011/06/08/us-eurozone-troika-report-idUSTRE7574JM20110608

- Dichiarazione dell'Eurogruppo, 20 giugno 2011
www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/ecofin/122908.pdf

1.3 Secondo piano d'assistenza alla Grecia

Indipendentemente dalle necessità di assistere la Grecia, i ministri delle Finanze della zona euro hanno creato il Fondo europeo per la stabilità finanziaria (Fesf, Efsf secondo l'acronimo inglese). Si tratta di una società anonima con sede in Lussemburgo abilitata ad emettere delle obbligazioni di garanzia per gli Stati membri della zona euro fino a 440 miliardi di euro. L'attivazione di questo fondo richiede la ratifica da parte di un numero di Stati membri che rappresentino il 90% delle parti. A marzo 2011, la Germania aveva accettato il principio dell'allargamento del Fesf in cambio della firma del Patto sull'euro plus. In pratica, si tratta di aumentare la dotazione effettiva del Fondo dopo gli interventi in Portogallo e Irlanda.
Il 21 luglio 2011 i principi di un secondo piano d'assistenza alla Grecia sono riportati nella Dichiarazione «dei capi di Stato o di governo della zona euro e delle istituzioni europee».
A quel Vertice avevano partecipato la presidente del Fmi, Cristine Lagarde, così come i rappresentanti delle grandi banche private. Il finanziamento per il secondo piano d'assistenza è stimato in 109 miliardi d'euro. Il piano prevede l'allungamento delle scadenze per il rimborso (da 7,5 a 15 anni), la diminuzione dei tassi d'interesse, il coinvolgimento su base volontaria del settore privato. Per questo secondo piano, gli Stati membri della zona euro intendono utilizzare il Fesf. L'accordo del 21 luglio 2011 si basa dunque sull'ampliamento del Fesf in

modo tale da permettere di ricapitalizzare il settore bancario attraverso dei prestiti ai governi e di acquistare il debito sul mercato secondario. Si tratta di un cambiamento importante che permetterà il trasferimento verso il Fesf del debito privato giudicato a rischio.

Riferimenti:

- Dichiarazione dei capi di Stato o di governo della zona euro e delle istituzioni dell'Ue
www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/it/ecofin/123997.pdf

1.4 Istituzionalizzazione della presidenza del Consiglio europeo dei capi di Stato e di governo della zona euro

Le decisioni appena enunciate non hanno contribuito a ristabilire la «fiducia» dei mercati, tanto che, il primo agosto 2011, il presidente del Consiglio Herman Van Rompuy, in una dichiarazione ha espresso la sua sorpresa di fronte al peggioramento della situazione del debito sovrano di numerosi paesi europei. La Comunicazione insiste anche sul carattere eccezionale dell'implicazione del settore privato esclusivamente nel caso greco.

Durante l'estate del 2011 la Spagna e l'Italia subiscono degli attacchi speculativi. La Banca centrale europea (Bce) interviene sui mercati del debito secondario a loro difesa. Per quel che riguarda l'Italia, una lettera «segreta» del presidente della Bce, Jean-Claude Trichet, firmata anche dal suo successore, Mario Draghi, insiste sulla modificazione della Costituzione nazionale allo scopo di rendere più rigorosa la legislazione fiscale.

Nel contesto degli attacchi speculativi contro Spagna e Italia, quella lettera è stata percepita come un vero diktat della Bce. La lettera detta un programma di riduzione dei salari dei funzionari, di privatizzazioni in tempi brevi delle società municipalizzate (trasporti pubblici, rete stradale, fornitura dell'energia), di modifica del diritto del lavoro (flessibilizzazione delle procedure di licenziamento, privilegiare gli accordi negoziati a livello dell'impresa rispetto alle negoziazioni settoriali nazionali).

In una lettera comune indirizzata al presidente del Consiglio europeo in vista di un rafforzamento della governance della zona euro, la Francia e la Germania propongono di affidare ai capi di Stato e di go-

verno della zona euro, in occasione delle due riunioni annuali, la vigilanza sulla corretta implementazione del Patto di stabilità e crescita. La Dichiarazione propone che il presidente permanente segua la pratica, accettandone il principio.
La Dichiarazione raccomanda soprattutto di «assicurarsi della corretta implementazione del Patto di stabilità e crescita da parte degli Stati della zona euro, discutere delle difficoltà incontrate da alcuni Stati e prendere le decisioni necessarie per prevenire le crisi». La Dichiarazione suggerisce nuovamente l'introduzione della regola dell'equilibrio di bilancio nelle Costituzioni nazionali o in legislazioni di livello equivalente.
L'ampliamente del Fesf, e di conseguenza il secondo piano di assistenza alla Grecia, deve essere approvato dai Parlamenti nazionali. Nella loro lettera congiunta, la Francia e la Germania hanno fissato la fine di settembre 2011 come scadenza per tale approvazione. Ultimo tra i 17 Parlamenti della zona euro chiamati a pronunciarsi, l'11 ottobre il Parlamento slovacco rifiuta l'estensione del Fesf. Membro della maggioranza di governo, il Partito della libertà e della solidarietà (Sas) è contrario all'ampliamento del Fesf, così come si era d'altronde già pronunciato contro il primo piano d'aiuto alla Grecia ritenendo che quel piano non aiutasse il popolo greco.
Un comunicato congiunto dei presidenti del Consiglio europeo e della Commissione europea invita l'insieme dei partiti politici presenti nel Parlamento slovacco «a superare le posizioni politiche di breve termine». L'opposizione di sinistra (Smer-Socio-democrates) ottiene l'organizzazione di elezioni anticipate (marzo 2012) in cambio del suo sostegno. Il 13 ottobre, il secondo voto del Parlamento slovacco è positivo.

Riferimenti:

- Dichiarazione dell'Eurogruppo, 7 giugno 2010
http://www.consilium.europa.eu/media/6906/eurogroup_statement_on_efsf.pdf

- *L'été du mécontentement?*, articolo firmato da Herman Van Rompuy, presidente del Consiglio europeo, 1 agosto 2011
http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=PRES/11/268&format=HTML&aged=0&language=FR&guiLanguage=en

- Lettera comune del presidente francese e della Cancelliera tedesca al presidente del Consiglio europeo, 16 agosto 2011
www.elysee.fr/president/root/bank_objects/110817Lettre_commune_Sarkozy-Merkel.pdf

1.5 Dalla revisione del Trattato di Lisbona al Trattato che istituisce il Meccanismo europeo di stabilità (Mes)

Sotto la pressione della Germania, paese in cui si era prodotto un ricorso contro le decisioni più recenti del Consiglio per violazione del Trattato sul Funzionamento dell'Unione europea, il Consiglio europeo del 25 marzo 2011 ha adottato la revisione del Trattato di Lisbona al fine di introdurre il Meccanismo europeo di stabilità (Mes). Alcuni esponenti del Parlamento europeo hanno salutato con soddisfazione la nascita del nuovo meccanismo, come primo passo verso l'introduzione dei cosiddetti «eurobond». In effetti, l'intervento della Corte costituzionale tedesca del 7 settembre 2011 sembra limitare fortemente tale ipotesi.
La domanda del Parlamento europeo di creare un meccanismo finanziario sottoposto al metodo comunitario (dunque con ruolo meno incisivo del Consiglio e dei singoli paesi membri) è stato nel frattempo escluso dai capi di Stato e di governo già nel dicembre del 2010 e dalla Banca centrale europea. Quest'ultima ha più volte affermato la necessità di istituire il meccanismo attraverso un trattato di diritto internazionale approvato dagli Stati membri (ciò rende l'applicazione del meccanismo molto più snella, vedi sotto).
Nel mese di giugno del 2011 nelle Conclusioni del Consiglio europeo si sono gettate le basi dell'accordo sull'istituzione del Mes e sulla modifica del Fondo europeo di stabilità finanziaria (Fesf). In base all'accordo, gli Stati membri si impegnano ad assicurare la ratifica del trattato del Mes entro la fine del 2012 al pari della più rapida implementazione del Fesf. Nel mentre, i ministri delle Finanze della zona euro hanno sottoscritto il Trattato istitutivo del Mes. Tale meccanismo è dotato di un capitale di 700 miliardi di euro al fine di preservare la stabilità finanziaria dei paesi della zona euro.
Questo trattato deroga all'obbligo dell'unanimità delle ratifiche nazionali. Al contrario entrerà in vigore appena depositato dai firmatari rappresentanti del 95% del capitale sottoscritto.

Riferimenti:

- Decisione 2011/199/Ue del Consiglio europeo, del 25 marzo 2011, che modifica l'articolo 136 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea relativamente a un meccanismo di stabilità per gli Stati membri la cui moneta è l'euro, Gazzetta ufficiale n. L 091 del 06/04/2011 pag. 0001-0002
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:091:0001:01:IT:HTML

- Consiglio europeo, 16-17 dicembre 2010, Conclusioni
www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/it/ec/118593.pdf
- Parere della Banca centrale europea, del 17 marzo 2011, sul progetto di decisione del Consiglio europeo che modifica l'articolo 136 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea relativamente a un meccanismo di stabilità per gli Stati membri la cui moneta è l'euro (Con/2011/24), Gazzetta ufficiale del 11/05/2011 p. 08-11
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:091:0001:0002:IT:PDF
- Consiglio europeo, 23-24 giugno 2011, Conclusioni
www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/it/ec/123096.pdf
- Trattato istitutivo del Mes, 11 luglio 2011
http://consilium.europa.eu/media/1216793/esm%20treaty%20en.pdf
- Comunicazione della Commissione *Una tabella di marcia per la stabilità e la crescita*, Com (2011) 669, 12 ottobre 2011
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0669:FIN:IT:PDF

1.6 Adozione del pacchetto sulla governance economica

Come era nelle attese, l'adozione da parte del Parlamento europeo del pacchetto sulla governance europea, e in particolare dei testi che rafforzano il Patto di stabilità e crescita degli Stati della zona euro, è lontana dal riscuotere ampi consensi. Il rapporto di Diogo Feio sull'attuazione della procedura per i disavanzi eccessivi è stato approvato da una maggioranza di 363 eurodeputati contro 268 e 37 astenuti, mentre il rapporto di Sylvie Goulard (Fr, Alde) sull'attuazione effettiva della sorveglianza di bilancio nella zona euro è stato approvato con 352 voti contro 237 e 67 astensioni. Una schiacciante maggioranza dei deputati del gruppo dei Verdi/Ale si è opposta all'approvazione di questi testi. Lo stesso è valso per la maggioranza dei deputati del gruppo S&D. Ciononostante, i deputati olandesi, finlandesi ed estoni del gruppo dei S&D e del gruppo dei Verdi/Ale si sono pronunciati a favore dei testi, seguendo la linea politica dei rispettivi governi.
Prima dell'adozione del pacchetto legislativo da parte del Parlamento europeo del 28 settembre 2011, il presidente della Commissione europea aveva presentato la proposta della Commissione europea per una tassazione delle transazioni finanziarie. La proposta, che avrebbe

dovuto condurre al ricorso ai meccanismi della cooperazione rinforzata, è stata respinta dal Regno Unito. Limitatamente agli Stati della zona euro, si attende ancora di vedere quale sarà l'atteggiamento in merito dell'Irlanda.

Riferimenti:

- Sul tema si veda il Dibattito del Parlamento europeo, *Eurozona: Una risposta collettiva per uscire dalla crisi*
www.europarl.europa.eu/it/headlines/content/20110908FCS26135/6/html/Eurozona-una-risposta-collettiva-per-uscire-dalla-crisi

2. Dimensione sociale

2.1 Revisione del Pacchetto Monti-Kroes sui Servizi economici d'interesse generale

Il 16 settembre, la Commissione europea ha pubblicato il proprio progetto di riforma del «Pacchetto Monti-Kroes» sui Servizi d'interesse economico generale (Sieg), e lo ha in seguito aperto alle consultazioni fino al 21 ottobre 2011. Il «Pacchetto Almunia» è composto da quattro documenti, disponibili sul sito della Dg Concorrenza, che prendono la forma di: una comunicazione sull'applicazione delle regole comunitarie in materia di aiuti di Stato alle compensazioni concesse per l'erogazione di Servizi d'interesse economico generale (Sieg); una decisione relativa all'applicazione dell'articolo 106, paragrafo 2, del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea sugli aiuti di Stato sotto forma di compensazioni dei servizi pubblici concessi alle imprese incaricate della gestione dei Sieg; una comunicazione sulla disciplina comunitaria sugli aiuti di Stato sotto forma di compensazioni del servizio pubblico e di un regolamento relativo all'applicazione degli articoli 107 e 108 del Trattato sul funzionamento dell'Ue sugli aiuti al minimo accordati alle imprese che forniscono Sieg. Quest'ultimo regolamento costituisce di fatto una novità. La Commissione ammette così che alcuni servizi d'interesse economico generale non abbiano alcun impatto sul mercato a cui si riferiscono. Questo pacchetto ha ricevuto un'accoglienza tiepida da parte del Comitato delle Regioni e di alcuni deputati europei.

Riferimenti:

- Servizi economici d'interesse generale, la legislazione in essere
http://ec.europa.eu/competition/state_aid/legislation/sgei.html

2.2 Politica di coesione e Fondi strutturali

La Commissione europea ha presentato le sue proposte per la politica di coesione dopo il 2013. Il pacchetto comprende:

- una regolamentazione di portata globale che istituisce una serie di norme comuni per gestire il Fondo europeo di sviluppo regionale (Fesr), il Fondo sociale europeo (Fse), il Fondo di coesione, il Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale (Feasr) e il Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca (Feamp). In questo modo sarà possibile ottenere la migliore combinazione di fondi per incrementare l'impatto dell'azione dell'Ue;
- tre regolamenti specifici per il Fesr, il Fse e il Fondo di coesione;
- due regolamenti concernenti l'obiettivo cooperazione territoriale europea e il gruppo europeo di cooperazione territoriale (Gect);
- due regolamenti sul Fondo europeo di adeguamento alla globalizzazione (Feg) e sul Programma per il cambiamento sociale e l'innovazione;
- una comunicazione sul Fondo di solidarietà dell'Unione europea (Fsue).

Una delle misure più controverse riguarda la possibilità di sospendere in ultima istanza gli aiuti alle regioni con una politica di bilancio troppo lassista, o che non rispettano il Patto di stabilità e crescita. Questa opzione è considerata da molti come una doppia punizione, che aggraverà ancora di più la situazione delle regioni più in difficoltà. Il Comitato delle Regioni, così come molti membri del Parlamento europeo e, tra gli altri, i rappresentanti dei poteri locali, hanno annunciato la loro ferma opposizione a questo progetto. Il Consiglio e il Parlamento europeo avranno tempo fino al 2013 per discutere e presentare emendamenti al testo.

Riferimenti:

- La Commissione getta le basi per ottimizzare l'impatto degli investimenti della politica di coesione dopo il 2013, Ip/11/1159, 6 ottobre 2011
www.europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/11/1159&format=HTML&aged=0&language=IT&guiLanguage=en

- Informazioni generali (En)
http://ec.europa.eu/regional_policy/what/future/proposals_2014_2020_en.cfm

2.3 Aiuti alimentari a favore degli indigenti

I 27 ministri dell'Agricoltura non sono arrivati ad un accordo sul Programma europeo di aiuti agli indigenti (*Programme européen d'aides aux plus démunis*, Pead). Il 10 giugno 2011, basandosi su una sentenza della Corte di giustizia, la Commissione ha adottato un regolamento che prevede, per l'anno 2012, una riduzione della dotazione, che passerà dai 480 milioni di euro inizialmente previsti a 113,5 milioni di euro. Nel tentativo di sbloccare la situazione, la Commissione ha proposto di appoggiarsi su una doppia base giuridica (politica agricola e politica di coesione). Una minoranza di blocco costituita dalla Germania, dalla Svezia, dalla Danimarca, dai Paesi Bassi, dal Regno Unito e dalla Repubblica Ceca ha ritenuto che gli aiuti alimentari non rientrano nel campo di competenza dell'Unione europea e che le politiche sociali sono di competenza invece degli Stati membri.

Riferimenti:

- 3120a Sessione del Consiglio, Agricultura e pesca, Lussemburgo, 20-21 ottobre 2011, Press: 370 Pr Co 62
Proposta modificata di Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio recante modifica dei regolamenti (Ce) n. 1290/2005 e (Ce) n. 1234/2007 del Consiglio per quanto riguarda la distribuzione di derrate alimentari agli indigenti nell'Unione, Com(2011) 634, 3 ottobre 2011
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0634:FIN:IT:PDF

2.4 Istruzione superiore

Molti paesi Ue danno priorità alla modernizzazione dei loro sistemi di istruzione superiore, tuttavia il potenziale degli istituti europei di istruzione superiore di contribuire alla prosperità dell'Europa e di assumere pienamente il loro ruolo nella società non è ancora adeguatamente utilizzato. Per questo motivo l'istruzione è al centro della Strategia Europa 2020, nell'ambito della quale si è fissato come obiettivo che il 40% dei giovani europei abbiano una qualifica di istruzione superiore entro la fine di questo decennio (erano 33,6% nel 2010).

Riferimenti:

- Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni *Sostenere la crescita e l'occupazione – Un progetto per la modernizzazione dei sistemi d'istruzione superiore in Europa*, Com (2011) 567, 09/2011-11-11 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0567:FIN:IT:PDF

2.5 Responsabilità sociale delle imprese

La comunicazione sulla responsabilità sociale delle imprese (Rsi) presentata dalla Commissione offre una nuova definizione di tale concetto che è coerente con i principi e gli orientamenti riconosciuti a livello internazionale. Essa costituisce una strategia che consentirà alle imprese di realizzare il loro potenziale in modo più efficace. Essa mira a migliorare la fiducia nell'imprenditoria, anche con il lancio nel 2013 di un premio europeo per la responsabilità sociale delle imprese e la creazione di piattaforme multilaterali di Rsi in tutta una serie di settori industriali rilevanti.

2.6 Sostenere l'imprenditorialità sociale

Un approccio responsabile da parte delle imprese significa una crescita maggiore e sostenibile. Questo è il motivo per cui la Commissione europea ha presentato un pacchetto di misure per sostenere l'imprenditoria e le imprese responsabili.
L'imprenditoria sociale ha un impatto positivo e persegue obiettivi sociali come scopo societario piuttosto che mirare al solo profitto. Oggi l'economia sociale rappresenta il 10% di tutte le imprese europee e impiega oltre 11 milioni di salariati. L'iniziativa per l'imprenditoria sociale contiene una serie di azioni a sostegno del suo ulteriore sviluppo. Essa racchiude proposte intese a migliorare l'accesso dell'imprenditoria sociale al finanziamento (inclusi i finanziamenti Ue mediante i Fondi strutturali e la futura creazione di uno strumento finanziario volto a fornire ai fondi d'investimento destinati al sociale e agli intermediari finanziari capitali, titoli di debito e strumenti di condivisione del rischio), misure volte a migliorare la loro visibilità e un quadro normativo semplificato (tra cui una futura proposta di statuto della fondazione europea, una prossima revisione delle norme in materia di appalti pubblici e aiuti di Stato per i servizi sociali e locali).

Riferimenti:

- *Imprese più responsabili per rilanciare la crescita in Europa*, Ip/11/1238, 25/102011
http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/11/1238&format=HTML&aged=0&language=IT&guiLanguage=fr

- Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni *Strategia rinnovata dell'Ue per il periodo 2011-14 in materia di responsabilità sociale delle imprese*, Com(2011) 681, 25 ottobre 2011
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0681:FIN:IT:PDF

- Comunicazione della Commissione *Iniziativa per l'imprenditoria sociale. Costruire un ecosistema per promuovere le imprese sociali al centro dell'economia e dell'innovazione sociale*, COM(2011) 0682, 25 ottobre 2011
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0682:FIN:IT:PDF

2.7 Libera circolazione dei lavoratori

Una relazione dalla Commissione europea mette in rilievo il «ruolo positivo» che i lavoratori in mobilità della Bulgaria e della Romania (Ue-2) hanno svolto per le economie dei paesi ospitanti. Secondo la Commissione, questi lavoratori hanno contribuito ad integrare il mix di abilità richiesto sul mercato del lavoro nonché a colmare i posti di lavoro vacanti in settori e professioni che registravano carenze di manodopera (come ad esempio quello della costruzione, quello dei servizi alle famiglie e nella ristorazione). La relazione della Commissione costituirà la base su cui il Consiglio effettuerà un riesame del modo in cui le disposizioni transitorie sulla libera circolazione dei lavoratori bulgari e rumeni hanno funzionato nella pratica. L'attuale seconda fase delle disposizioni transitorie giungerà a termine nel dicembre 2011. Dieci Stati membri (Be, De, Irl, Fr, It, Mt, Nl, At, Lu, Uk) continuano a limitare l'accesso ai lavoratori bulgari e rumeni. Tali Stati potranno mantenere le restrizioni successivamente al 31 dicembre 2011 soltanto se notificheranno alla Commissione, entro il 31 dicembre 2011, l'esistenza o la minaccia di una grave turbativa del mercato del lavoro. I lavoratori rumeni si trovano a loro volta ad affrontare restrizioni d'accesso al mercato del lavoro spagnolo dopo che la Commissione europea ha approvato la richiesta della Spagna di limitare l'accesso al proprio mercato del lavoro per i

lavoratori rumeni fino al 31 dicembre 2012 a causa di gravi turbative intervenute sul suo mercato del lavoro.

Riferimenti:

- Rapporto della Commissione al Consiglio sul Funzionamento degli accordi transitori sulla libera circolazione dei lavoratori provenienti dalla Bulgaria e dalla Romania, Com (2011) 729, 11/11/2011
http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7204&langId=en

3. Pubblicazioni

- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2011, *Quality of Life in Ethnically Diverse Neighborhoods*, Dublino

Questo rapporto di Eurofound presenta i risultati di un programma di ricerca che analizza la qualità della vita nei quartieri etnicamente diversificati di 15 paesi. I risultati confermano che la povertà materiale è spesso combinata con un maggior grado di esclusione sociale. La qualità percepita della vita è anch'essa più bassa in questi quartieri e la tensione sociale più alta. Il rapporto sottolinea la necessità di un approccio integrato e completo, nel campo delle politiche sociali e abitative, con un forte coinvolgimento delle comunità locali.

Riferimenti:

- www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2011/22/en/1/EF1122EN.pdf

- Ilo - International Labour Organization, 2011, *Global Employment Trends for Youth: 2011 Update*, Ginevra

L'Organizzazione internazionale del lavoro ha presentato il 19 ottobre 2011 un aggiornamento della sua relazione annuale sulle tendenze globali dell'occupazione giovanile. In questa edizione gli esperti dell'Organizzazione internazionale del lavoro sottolineano come i giovani tra i 15 e i 24 anni siano particolarmente colpiti dalle conseguenze della crisi del 2008. Da un lato, nei paesi in via di sviluppo, i giovani devono confrontarsi con un aumento della povertà sul lavoro.

D'altra parte, nei paesi sviluppati, la disoccupazione continua ad aumentare. Particolarmente preoccupante è il fatto che la ricerca di lavoro duri sempre più a lungo e che per conseguenza aumenta il numero di giovani che abbandonano il mercato del lavoro. La relazione rileva che la frustrazione collettiva tra i giovani è stata una forza trainante delle proteste che hanno avuto luogo nel mondo quest'anno, perché diventa sempre più difficile per i giovani trovare qualcos'altro che un lavoro part-time o temporaneo. In Medio Oriente e Nord Africa, per esempio, negli ultimi venti anni quasi un giovane su quattro si è trovato disoccupato, nonostante i progressi compiuti nel campo dell'istruzione dei bambini.

Riferimenti:

- www.ilo.org/empelm/pubs/WCMS_165455/lang--fr/index.htm

4. Dati da non perdere

4.1 Spesa pubblica

A fine agosto 2011 Eurostat ha reso noti i dati della spesa pubblica nei paesi dell'Unione europea per il periodo 2005-2010. Nell'ultimo anno, la spesa delle amministrazioni pubbliche è stata pari al 50,3% del Pil dell'Ue-27. Più della metà della spesa è dedicata alla protezione sociale e alla sanità. La altre voci di spesa pubblica analizzate da Eurostat in modo comparativo sono i servizi pubblici d'interesse generale, istruzione, cultura e tempo libero, affari economici, protezione dell'ambiente e edilizia pubblica. Le percentuali di spesa più alte in Irlanda (67,0% del Pil), Finlandia (56,3%) e Francia (56,2%). Le più basse in Bulgaria (37,7%), Slovacchia (41,0%) e Lituania (41,3%). L'Italia ha una spesa pubblica pari alla media Ue-27 (50,3% del Pil), mentre si situa al 22° posto per quanto riguarda la spesa per cultura e istruzione.

Riferimenti:

- Eurostat, *General Government expenditure trends 2005-2010: EU countries compared*, Statistics in focus, 42/2011
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-11-042/EN/KS-SF-11-042-EN.PDF

4.2 Disoccupazione

Il tasso di disoccupazione al 10,0% nella zona euro e al 9,5% nell'Ue-27. A luglio 2011, il tasso di disoccupazione destagionalizzato della zona euro è stato del 10,0%, invariato rispetto al mese precedente. Era stato del 10,2% nel luglio 2010. Nell'Ue-27 il tasso di disoccupazione è stato invece del 9,5%, anche qui invariato rispetto a giugno. Era stato del 9,7% nel luglio 2010.
Eurostat stima che 22,7 milioni di persone erano disoccupati nel mese di luglio 2011 nell'Europa a 27, di cui 15,757 milioni nella zona euro. Tra gli Stati membri, i tassi di disoccupazione più bassi sono stati registrati in Austria (3,7%), Paesi Bassi (4,3%) e Lussemburgo (4,6%), e i più alti in Spagna (21,2%), Lettonia (16,2%) e Lituania (15,6%). In Italia 8,0%.

Riferimenti:

- Eurostat, luglio 2011, *Euro area unemployment rate at 10.0%. News releases*, 124/2011, 31 agosto 2011
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-31082011-BP/EN/3-31082011-BP-EN.PDF

4.3 Gli effetti della crisi sulle entrate e sulla spesa pubblica

I dati resi noti da Eurostat nel settembre 2011 mostrano l'andamento dei conti pubblici degli Stati membri nel contesto della crisi economica e finanziaria. Nel 2008 e nel 2009, la crisi ha generato una diminuzione generale delle entrate e un incremento delle spese. Nel 2010 entrate e uscite tendono a stabilizzarsi in rapporto al Pil, con un leggero miglioramento del deficit. Nel 2010, la spesa delle amministrazioni pubbliche dell'Ue-27 è stata pari al 50,3% del Pil, mentre il totale delle entrate è sceso al 44,0% del Pil, producendo un disavanzo del 6,4%. Oltre a questi valori medi, il rapporto Eurostat mostra bene le differenze significative nella situazione dei singoli Stati membri.

Riferimenti:

- Eurostat, *The Effect of the Economic and Financial Crisis on Government Revenue and Expenditure*, Statistics in focus, 45/2011
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-11-045/EN/KS-SF-11-045-EN.PDF

4.4 Costo del lavoro

Il costo orario del lavoro nell'area dell'euro è aumentato ad un ritmo annuale del 3,6% nel secondo trimestre del 2011, contro il 2,7% del trimestre precedente. Nell'Ue-27 l'aumento annuo è stato del 3,4% nel secondo trimestre 2011, contro il 2,3% del trimestre precedente. Eurostat distingue le due componenti principali del costo del lavoro: i costi salariali e quelli non salariali. Nell'area dell'euro, il costo dei salari e stipendi per ora lavorata è aumentato ad un tasso annuo del 3,5% nel secondo trimestre del 2011, mentre i costi non salariali ad un tasso del 4,3% contro il 2,3% e 3,5% nel primo trimestre del 2011. Nell'Ue-27, il costo di salari e stipendi per ora lavorata è aumentato del 3,2% e i costi non salariali del 3,9% nel secondo trimestre del 2011, contro il 1,9% e 3,0% nel primo trimestre del 2011. La ripartizione per attività economica mostra che nell'area dell'euro, il costo orario del lavoro è aumentato nel secondo trimestre 2011 ad un tasso annuo del 4,5% nell'industria, 2,9% nel costruzioni e del 3,2% nei servizi. Nell'Ue-27, il costo orario del lavoro è aumentato del 4,3% nell'industria, del 2,8% nelle costruzioni e del 3,0% nei servizi. In Italia l'aumento del costo del lavoro è stato del 3,0%.

Riferimenti:

- Eurostat, *Second Quarter 2011 Compared with Second Quarter 2010. Euro Area Hourly Labour Costs Rose by 3.6%*, News releases, 134/2011, 16 settembre 2011
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-16092011-BP/EN/3-16092011-BP-EN.PDF

4.5 Richieste di asilo

Il numero di richiedenti asilo è aumentato nell'Ue-27, principalmente a causa del forte incremento di candidati provenienti dalla Tunisia dal febbraio 2011. Il numero di tunisini richiedenti asilo è aumentato infatti da circa 50 al mese nel 2010, a 1100-1200 in febbraio e marzo 2011. Quasi il 90% dei tunisini hanno richiesto protezione internazionale in Italia. Francia e Germania restano tuttavia in cima tra i paesi di destinazione dei richiedenti asilo, rispettivamente con 14.300 e 12.000 candidati, contro i circa 4000 dell'Italia. Germania (+2700) e Italia (+1300) hanno invece registrato i maggiori incrementi nel numero di richiedenti rispetto al primo trimestre 2010, mentre Svezia (-1900) e Paesi Bassi (-700) hanno registrato le maggiori diminuzioni.

Riferimenti:

- Eurostat, *Number of Asylum Applicants on Rise during the First Quarter of 2011*, Statistics in focus, 48/2011
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-11-048/EN/KS-SF-11-048-EN.PDF

4.6 Politiche del lavoro

Con questa pubblicazione (220 pagine), la Commissione europea fornisce una serie di informazioni statistiche sulle politiche del mercato del lavoro, e più in particolare sulle azioni dei governi a sostegno dei disoccupati e di altri gruppi svantaggiati nella transizione dalla disoccupazione, o dall'inattività, al lavoro. Le politiche del mercato del lavoro vengono qui classificate per tipo di azione in 3 principali tipologie (servizi, misure e supporti) e in 9 categorie dettagliate: Servizi per l'impiego, Formazione, Processi di rotazione e condivisione del lavoro, Incentivi all'occupazione, Occupazione assistita e rivalidazione, Creazione diretta di posti di lavoro, Incentivi allo start-up, Sostegno al reddito, Prepensionamento. Le informazioni statistiche coprono i 27 paesi dell'Ue più la Norvegia, e comprendono sia gli indicatori di spesa sia dati analitici sui beneficiari delle diverse misure.

Riferimenti:

- European Commission, 2011, *Labour Market Policy. Expenditure and Participants. Data 2009*, Publications Office of the European Union, Lussemburgo
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-DO-11-001/EN/KS-DO-11-001-EN.PDF

4.7 Clima sociale

A ottobre 2011 sono stati pubblicati i risultati del terzo sondaggio Eurobarometro sul clima sociale, basato sulle opinioni di circa 1000 persone in ciascun paese dell'Unione europea. L'indagine copre ogni anno 15 aspetti della vita personale e della situazione generale del paese. Agli intervistati viene chiesto di valutare, per ognuno di questi aspetti, la situazione attuale, l'evoluzione degli ultimi cinque anni e quali cambiamenti sono attesi per il prossimo anno. La prima edizione era stata condotta otto mesi dopo l'inizio della crisi finanziaria ed economica.

La seconda edizione, giugno 2010, mostrava segnali di miglioramento economico in alcuni Stati membri, ma la situazione generale era ancora di grande difficoltà. I risultati di quest'anno mostrano come, in generale, l'impatto della crisi del 2008 si faccia ancora sentire. La percezione della situazione generale nei propri paesi europei è, nel complesso, molto più pessimista di quella relativa alla propria situazione personale. L'ottimismo che le cose miglioreranno nei prossimi dodici mesi è progredito dal precedente sondaggio, con evoluzioni positive sotto vari aspetti. La percezione di un miglioramento in termini di protezione e inclusione sociale nel prossimo futuro è ad esempio piuttosto alta. Per quanto riguarda la situazione finanziaria delle famiglie, l'evoluzione è stata maggiore in Svezia (+5 punti rispetto al precedente sondaggio), seguita da Danimarca (+4,7), Lussemburgo (+4,6) e Paesi Bassi (+4,2). L'Ungheria ha invece il punteggio più basso (-2,5), seguita da Bulgaria (-2,3), Romania e Grecia (entrambe con -2,1).

Riferimenti:

- European Commission*, Special Eurobarometer 370. Social Climate*, ottobre 2011

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_370_en.pdf

4.8 Gli europei e la crisi

Ad ottobre 2011 sono stati diffusi i risultati del sondaggio sul tema «Gli europei e la crisi», realizzato su iniziativa del Parlamento europeo dall'istituto *TNS Opinion*, che ha intervistato quasi 27.000 cittadini europei dai 15 anni in poi. I risultati mostrano la persistenza delle gravi preoccupazioni degli europei in relazione alla crisi. La maggior parte degli europei è infatti seriamente preoccupata degli effetti della crisi sulla propria situazione personale e ritiene che questa durerà ancora per molti anni. Inoltre, una maggioranza di cittadini che aveva già sentito parlare di agenzie di rating, è favorevole alla creazione di un'agenzia di notazione europea e un'altra maggioranza, appartenente alla zona euro, è favorevole alla creazione di eurobonds. Interrogati in seguito sull'idea di mettere in comune una parte del debito sovrano, gli europei si pronunciano in gran parte in favore di una tale opzione, anche se le differenze di opinione fra Stati membri sono a volte molto importanti. Sulla domanda relativa alla solidarietà finanziaria fra Stati membri, il sondaggio nota una certa tendenza all'aumento delle risposte negative.

Riferimenti:

- Parlement européen, *Les européens et la crise*, Eurobaromètre, Bruxelles, 21 ottobre 2011
www.europarl.europa.eu/pdf/eurobarometre/2011/octobre/EB76_Crise_financiere-Synthese_analytique_fr.pdf

Gli autori

Viola Burau insegna nell'Università di Aarhus, Dipartimento di Scienza politica. I suoi interessi di ricerca riguardano la sociologia delle professioni socio-sanitarie, l'analisi comparata delle politiche sanitarie, le trasformazioni nei sistemi di cura.

Francesca Carrera è responsabile dell'area di studi «Welfare e diritti di cittadinanza» dell'Ires nazionale. Svolge da anni attività di ricerca in particolare sui temi delle politiche sociali, dei sistemi locali di welfare, dell'immigrazione e dell'invecchiamento attivo. Dal 2007 al 2011 è stata responsabile dell'Osservatorio Ires sull'Immigrazione. È membro del Comitato di redazione de «la Rivista delle Politiche Sociali».

Celina Cesari è segretaria nazionale dello Spi Cgil con delega alle politiche socio-sanitarie. In passato è stata dapprima responsabile dello Spi di Bari per poi ricoprire, nel 2002, l'incarico di segretaria generale dello Spi Cgil della Puglia.

Giuliana Costa è ricercatrice in Sociologia generale presso il Politecnico di Milano. Si occupa prevalentemente di politiche di welfare, a livello sia locale, sia nazionale ed europeo. Ha pubblicato numerosi volumi e articoli sul tema delle politiche rivolte al fronteggiamento dei bisogni di cura di lunga durata. Negli ultimi due anni si dedica ad analizzare i legami tra spazio, società ed economia.

Hanne Marlene Dahl, politologa, insegna nell'Università di Roskilde - Dipartimento di Società, Globalizzazione e Welfare. I suoi principali studi riguardano il tema delle politiche per gli anziani e delle politiche familiari.

Barbara Da Roit insegna *Social Policy and Intervention Studies* presso l'Università di Utrecht. I sistemi di welfare comparati, con particolare attenzione alle politiche e pratiche di cura, sono al centro dei suoi interessi di ricerca.

Fiorenza Deriu è ricercatrice del Dipartimento di Scienze statistiche della «Sapienza», Università di Roma. È autrice di saggi e curatrice di volumi sulle vecchie e nuove forme di povertà, sul mercato del lavoro e le scelte familiari dei giovani, nonché sull'età anziana e l'invecchiamento attivo, sempre con una particolare attenzione alla prospettiva di genere.

Stefano Giubboni è professore associato di Diritto del lavoro presso la Facoltà di Scienze politiche dell'Università di Perugia. Le sue principali aree d'interesse scientifico riguardano l'incidenza dell'integrazione europea sui diritti del lavoro nazionali, il rapporto tra diritto del lavoro e regole del mercato e della concorrenza, la regolazione delle forme flessibili di lavoro nell'Unione europea, le linee di evoluzione del diritto della sicurezza sociale, il rapporto tra responsabilità civile ed assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro.

Caroline Glendinning è research director nella *Social Policy Research Unit* dell'Università di York. I suoi principali studi sono stati dedicati al funzionamento e ai cambiamenti nelle politiche per la non autosufficienza in ottica comparata.

Sarah Hampel, M.A. in Gerontologia, ha completato gli studi gerontologici nel 2010. Dal 2011 è ricercatrice presso l'Istituto di Gerontologia dell'Università di Dortmund. Si interessa principalmente di sociologia gerontologica, politiche per la non autosufficienza e loro erogazione, nonché di demenza senile.

Blanche Le Bihan è ricercatrice presso l'Università di Rennes. I suoi principali temi di ricerca sono lo studio delle politiche per gli anziani, le politiche familiari e il funzionamento delle politiche pubbliche in generale.

Vicente Marbán Gallego insegna Sociologia presso la Facoltà di Economia dell'Università di Alcalá (Madrid). I suoi campi di ricerca riguardano gli aspetti socio-economici del welfare state spagnolo e del settore no profit. Nel corso degli ultimi anni ha partecipato a diversi gruppi di ricerca sull'assistenza ai non autosufficienti, il terzo settore, le strategie delle politiche d'inclusione sociale, nonché le politiche sociali per le persone diversamente abili. È autore di diverse pubblicazioni a livello nazionale ed europeo.

Claude Martin è direttore del Cnrs e titolare della cattedra di Politiche sociali presso la Scuola di alti studi in Sanità pubblica. I suoi principali temi di ricerca sono lo studio delle politiche per gli anziani, le politiche familiari e il funzionamento delle politiche sociali in generale.

Gabrielle Meagher insegna Politiche sociali all'Università di Sidney. I suoi principali campi di ricerca sono le tematiche relative alle relazioni di genere e alle trasformazioni in atto nei paesi occidentali in tema di organizzazione dei servizi sociali, con particolare riferimento ai processi di privatizzazione.

August Österle è professore di Economia sanitaria e Politica sociale comparata presso l'Institute for Social Policy - Vienna University of Economics and Business. Ha pubblicato in questi anni numerosi articoli e volumi su temi di politica sanitaria e funzionamento delle politiche per la non autosufficienza.

Emmanuele Pavolini è professore associato in Sociologia dei processi economici, del lavoro e dell'organizzazione presso l'Università degli studi di Macerata. I suoi campi di ricerca principali sono le politiche sociali, i fenomeni migratori e il mercato del lavoro.

Costanzo Ranci è professore straordinario di Sociologia economica, ha svolto ricerca in università italiane (Trento, Milano) e straniere (Berkeley). Studia temi inerenti alle politiche sociali e al welfare state, al ruolo del terzo settore e dell'azione volontaria, alla vulnerabilità sociale.

Gregorio Rodríguez Cabrero è professore di Sociologia presso l'Università di Alcalá (Madrid), dove ha rivestito la carica di rettore della Facoltà di Economia. Le sue ricerche si sono concentrate sulle riforme del sistema spagnolo di welfare, sulla protezione sociale, i servizi sociali, la valutazione dei sistemi per la cura dei non autosufficienti e le politiche di inclusione sociale. Ha pubblicato e coordinato la redazione di articoli di ricerca per diversi libri e riviste a livello nazionale ed europeo.

Alessia Sabbatini è ricercatrice presso l'Istat. È dottore di ricerca in Servizio sociale. Fa parte del comitato di redazione de «La Rivista delle Politiche Sociali». Ha collaborato con l'area di studi su «Welfare e diritti di cittadinanza» dell'Ires nazionale. I suoi interessi riguardano

l'attività di cura e le politiche di conciliazione e per la non autosufficienza, il capitale sociale.

Giovanni B. Sgritta è professore ordinario presso la Facoltà di Scienze statistiche della «Sapienza» Università di Roma; direttore del master in «Fonti, strumenti e metodi della ricerca sociale», è stato membro della Commissione di indagine sull'esclusione sociale.

Marta Szebehely è professoressa di Politiche sociali e Servizio sociale presso l'Università di Stoccolma e ricercatrice presso l'Istitute for Future Studies della stessa città. I suoi principali campi di ricerca sono i legami fra politiche sociali, cura e genere in ottica storico-comparativa, prestando attenzione anche al tema della cura rivolta agli anziani e alle persone disabili.

Hildegard Theobald è professore di Gerontologia organizzativa presso l'Università di Vechta. Si occupa di studi internazionali comparati inerenti alle politiche per la non autosufficienza, la sfera politica e le organizzazioni, la professionalizzazione del lavoro di cura e la condizione degli assistenti formali e informali.

English Abstracts

Reforms of Long-Term Care Policies in Europe

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranci

The article defines the hypothesis and the conceptual tools used to analyze Ltc in Europe. In the first part a definition of the long-term care policy field is provided in order to identify the policy field. As the boundaries of long-term care have been differently designed in each country, this part also aim to identify the main differences occurring in different countries. The second part is focused on the social and political drivers of the institutional changes in this field in the last two decades. Then a specific analytic toolkit is described in order to analyze the institutional mechanisms through which change has developed in this policy field, focusing on the reasons why innovation takes place, the actors that are involved in this change, and the political and institutional mechanisms that are used in order to make innovative decisions and implement them.

Policies for Long-Term Care in Italy: A Case of Gradual Change without Reforms

Giuliana Costa

Italian long term policies have not been reformed in the last decade. Inertia characterized the public orientation towards this policy field as the main support measure for Ltc, created 30 years ago and still in place, has not been revised in spite of the evolving demographic and socio-economic panorama. This lack of action may also explain the emergence of a huge private care market. Despite this, important transformations have occurred around care issues in the country. This article will focus on the factors that can explain why gradual – if partial- institutional change has taken place even in a condition of apparent paralysis.

Policies for Long-Term Care in Spain: A Hybrid System of Family Care and Institutionalized Risk

Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego

In 2006 Spain introduced a new public long-term care programme regarding the Promotion of Personal Autonomy and Care for Dependent Persons. The paper develops an analysis of the main social and political factors and mechanisms driving this importantreform. The factors of innovation are identified, by considering cultural changes related to responsibility for care, new facts emerging in the organisation and provision of are, the policy legacy factors. In the second part the institutional mechanism of decision making and implementation is described and the new model of Ltc provision that have been established in Spain is described, focusing on the extension of coverage, the intensity of protection offered, and the sharing of responsibilities between central and local authorities.

Policies for Long-Term Care in Sweden: Trends, Moving Forces and Consequences

Gabrielle Meagher, Marta Szebehely

Sweden has a well-developed system of long term care, based on tax-funded services that are mainly publicly provided. This system has changed significantly in the last few decades. Following the way in which the policy agenda is structured in Sweden, this paper focuses on elderly care, but some of the key interactions between the disability and elderly care systems are discussed, as well as the boundaries between elderly care and health systems. The main trend in provision of elderly care has been, counter to most other European countries, reduced expenditure and coverage of services, but also a very low and falling coverage of cash benefits for family carers. As a consequence of this trend, there has been an off-loading to unpaid family care (informalisation) as well as to privately financed and privately provided market care (marketisation).

Paths for Change in Long-Term Care Policies in Denmark

Viola Burau, Hanne Marlene Dahl

Among the Nordic countries (and together with Norway) long term care policies in Denmark are the most universalist in terms of coverage; further, in contrast to the other Nordic countries, Denmark combines institutional change from below (non-legislative changes) with institutional change from above (legislative changes). The paper describes these changes, that have been oriented towards a marketisation and a better tailoring of services to individual needs. Taken together these lead to contradictory developments towards both standardisation and flexibility. The analysis will show how innovation has two, potentially contradictory sides: it is concerned with both «securing» and «extending» the welfare rights of citizens and therefore encompasses both measures of control and measures of free choice.

Long-Term Care Reforms in the Netherlands

Barbara Da Roit

The foundation of the current Dutch long-term care system dates back to the end of the 1960s, when compulsory social insurance to cover the costs of «exceptional medical expenses» (Awbz) was introduced. Since then the system has undergone a continuous process of reform. The essay reconstructs the original logic of the system through a historical and institutional analysis. Then the trends towards reform are considered, looking at how the problem of change has been constructed and at the actors playing a relevant role in this process. All these aspects are described and critically reviewed in order to understand the directions and impacts of institutional change.

Long-Term Care Reforms in England: A Long and Unfinished Story

Caroline Glendinning

The paper presents the main changes that have been introduced in the English Ltc system in the last two decades. After a general description

of the structure of the long term care system as it has historically developed in England in the last 50 years, the essay addresses the main changes that occurred as a consequence of the 1993 community care reforms and of the following new programmes that have been introduced after that, aimed at empowering consumer choices, at better recognising the rights of disabled people, and at offering a new cash for care programme. Finally, a review of the role played by social and institutional actors in the revision of the system is presented.

Institutional Change and Gradual Development in Obligatory Insurance for Long-Term Care in Germany

Hildegard Theobald, Sarah Hampel

The introduction of Long-term Care Insurance in 1995 in Germany brought a fundamental change in long-term care policies related to social rights, mode of funding and care provision. Before the introduction, long-term care was defined as a responsibility of (mainly female) family members with public support means-tested. The essay examines the principles of Long-term Care Insurance and some significant adaptations since then. It draws on a new-institutionalism approach and analyses the role of actors, their interests and ideas as well as institutional conditions of the reform process. In addition, it considers the reform's effects. The research reveals both processes of fundamental change and gradual adaptations.

The French Path towards a Policy for Long-Term Care: Specific Features, Nature of the Process and Subjects Involved

Blanche Le Bihan, Claude Martin

France is characterized by the introduction of a new Ltc program (the Apa, Allocation Personaliseè a l'Autonomie) since 2002, providing a combination of service and cash to the dependent elderly population. The paper describes the factors leading to this reform and the political process that has characterized its approval and following implementation. In recent years there have been new changes, potentially leading to stronger recognition and public support of private long

term care insurance. This turn towards the market will be analytically discussed, showing the political process and the actors that have been involved, and looking at the possible social and institutional impacts of the marketization of long term care.

The Reform of Long-Term Care in Austria: A New Pillar of the Welfare State Emerges and Develops

August Österle

The paper defines the broader context of reforms in long term care in Austria in the last two decades. The essay focuses on the 1993 «cash for care» reform, looking at the content of the reform, at the concrete mechanisms that have allowed institutional change, and at the coalitions of actors who have pushed for change. In recent years a new major reform has been introduced, focusing exclusively on the regularization of personal care in the private household without touching upon the broader Ltc context: the last part of the paper describes this innovation by considering the drivers of the growing migrant care market, the mechanisms that have allowed institutional change, and the role of government, media, and disability movement in this change.

Demand, Measures and Systems of Long-Term Care in European Countries: A Comparative Picture

Francesca Carrera, Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranci, Alessia Sabbatini

The contribution contextualizes the analyses carried out in the other studies in this number of the Rivista, offering a general reference frame for Ltc policies in Europe. If the other essays offer an analysis of the processes and quality of what is happening in the field of policies for the non-self-sufficient, here there is a useful quantitative basis that can provide a comparative view of the various countries under study against the more general background of the changes in social demand and institutional responses. The essay is structured around four themes: the characteristics and changes in the demand for care for the non-self-sufficient; the organization of informal care; the or-

ganization of public supply; and the effects of the various «care regimes» on the users and on their informal carers.

The Reform Process in Long-Term Care Policies in Countries of the European Union: An Attempt at Interpretation

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranci

The essay offers a general interpretation of the changes taking place in long term care (Ltc) policies in the last 20 years in Europe. More specifically, the essay provides three general conclusions. The first concerns the general impact of the reform of Ltc policies in terms of retrenchment, restructuring or expansion. The second is related to the functioning of the political mechanisms and institutional processes through which change has been made possible, notwithstanding financial pressures and strong institutional resistance to innovation. The third is the impact of change on workers and providers in the Ltc field.

Housing Matters: Ageing, Housing Policies and Innovation

Giovanni B. Sgritta, Fiorenza Deriu

The rapid, widespread ageing of the population is imposing on welfare systems the search for strongly innovative policy solutions. In the large urban centres, in particular, the need to deal with the phenomena of isolation, solitude and impoverishment of social relations frequently experience by the elderly is leading to new investment in social housing, the encouragement of the capacities of senior citizens, and the extension of solidarity. In this essay, after reviewing the main housing solutions for the elderly adopted in some of the major European countries, the authors present the first results of an in-depth study of the experiences of senior co-housing in Sweden, Denmark, Holland and Italy.

Social Rights in Europe after the Lisbon Treaty

Stefano Giubboni

Tracing the historical process that, with the Lisbon Treaty, has at last led to the affirmation of an explicit guarantee of fundamental social

rights at the level of the European Union, the author reflects on the limits of a protection that is essentially entrusted to the maieutic properties of the so-called «dialogue between the Courts», in the absence of an adequate strategy of European social policy, and underlines, on the other hand, the need for a fresh political drive, and in this sense of a «re-politicization» of the social questions that the present dramatic crisis has once again placed at the centre of public debate in the member nations.

OBSERVATORY EUROPA

Periodical Note of Information on the Main News Concerning the Eu's Social Action

European Social Observatory (Ose) with European Observatory by Inca – Brussels

The European Union is experiencing one of the most difficult moments since its creation. The crisis of public finance in many European countries has brought with it growing tensions on the euro. The dramatic charges that have marked the political crisis in some of the countries «under attack» from the financial markets (particularly Greece and Italy) have been accompanied by important decisions at European level.

In this number of Observatory Europa we illustrate some of the most significant passages in the recent European debate. The first reference is to economic governance: in October the European Council identified the strategy for making the defence of monetary stability more effective. From the point of view of the government of the Euro area, the main modifications concern the nomination of the President of the Euro Summit. Another important point concerns the reinforcement of the European Financial Stability Facility (Efsf), and the introduction of the European Stability Mechanism (Esm), a sort of European monetary fund. In this number we reconstruct the stages between June and October that produced these institutional proposals.

In the second part we analyse the main interventions on social policies: the redefinition of the so-called «Monti-Kroes Package» on services of general interest, the revision of structural funds and the European cohesion policy, the question of food aid to the poorest European citizens (still deadlocked) and the question of the social re-

sponsibility of business, which has been the object of a communication from the Commission.
This number of the Observatory Europa, then, shows the tensions that still weigh on European integration. The financial crisis undermines the basis of the stability of the Euro zone and, unfortunately, the measures under discussion regarding structural funds seem to be in line with the strategy of cutting public expenditure and balancing the budget that have no become the leit motif of the last few months. Despite this, there seems to be no immediate end to the European crisis.

Traduzione dall'italiano a cura di Richard Bates

Call for Paper

Programmazione 2012

I ricercatori e gli studiosi di politiche sociali che intendono presentare un proprio contributo scientifico sui temi proposti di seguito:

- *Welfare privato - n. 3*
- *Innovazioni di Welfare - n. 4*

possono inviare alla redazione un abstract (max 1.800 caratteri, spazi inclusi) entro:

- il 30 marzo, per il n. 3
- il 30 maggio, per il n. 4

Gli abstract pervenuti saranno sottoposti ad un primo vaglio da parte della redazione e – se approvati – ad essi dovrà far seguito l'invio del paper in forma integrale e definitiva entro 30 giorni dalla comunicazione d'interesse. Quest'ultimo sarà quindi sottoposto a valutazione da parte di *referee* anonimi individuati dalla Rivista e pubblicato solo in caso di valutazione positiva.

«Fuori dal tema»

Nella sezione «Fuori dal tema» vengono pubblicati saggi valutati da *referee* anonimi e non vincolati tematicamente alla monografia. I ricercatori e gli studiosi interessati a sottoporre un proprio lavoro potranno inviarlo al di fuori di specifiche scadenze.

Sia per i contributi destinati alle monografie sia nel caso della sezione «Fuori dal tema», i saggi dovranno basarsi su ricerche o analisi originali ed essere conformi nello stile e nei contenuti ad un articolo di tipo accademico. La lunghezza dei lavori non dovrà superare i 35.000 caratteri, spazi inclusi.

Gli abstract nel caso delle monografie e gli articoli per il «Fuori dal tema» dovranno essere inviati per posta elettronica alla redazione della rivista – rps@ediesseonline.it – ed essere accompagnati da un breve

curriculum vitae del percorso formativo/professionale dell'autore. Le mail dovranno contenere nell'oggetto la dicitura «proposta di contributo_n.X-2012» oppure «proposta di contributo_FdT».

Gli autori riceveranno comunicazione solo nel caso i propri lavori siano stati accettati; la comunicazione avverrà entro 60 giorni dalla ricezione da parte della redazione.