

Il processo di riforma nelle politiche per la non autosufficienza nei paesi dell'Unione Europea: un tentativo di interpretazione

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranci

RPS

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.

RPS

IL PROCESSO DI RIFORMA NELLE POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA

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, semi-residenziali 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

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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 vicini 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 Bureau 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-

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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 <i>elderly care</i> (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 <i>vs.</i> creazione di «quinto pilastro» del welfare |
| Inghilterra | Approccio residuale (focus assistenza residenziale) | Nessuna | <i>Community care act</i> (anni '90) Iniziativa 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-

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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 inquadrare 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-

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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-

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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 | | |
|---------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| | | <i>Situazione frammentata</i> | <i>Situazione semi-frammentata</i> | <i>Situazione integrata</i> |
| All'inizio degli anni '90 | <i>Situazione frammentata</i> | Italia Inghilterra | Spagna Francia Austria Germania | |
| | <i>Situazione semi-frammentata</i> | | | |
| | <i>Situazione integrata</i> | | | 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 *voce* 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-

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

nitore 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

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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 ridurre 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-

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranci

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'arena 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-

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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;

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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 delle 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 (Bureau 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

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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).

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

Tab 4

RPS

IL PROCESSO DI RIFORMA NELLE POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA

Tab 4

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranci

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 | | | | | |

RPS

IL PROCESSO DI RIFORMA NELLE POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA

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

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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.

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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.

RPS

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 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 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) | |