

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

**Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranci**

RPS

*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<sup>1</sup>) 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-

<sup>1</sup> 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 Hecló 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 prerequisite, 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 inquadrare, 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 sostegno 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

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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).

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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

Vecchie soluzioni	Nuovi bisogni e problemi
0) <i>Problem pressure</i> /crisi delle politiche pubbliche	
1) Regimi di cura:	
1.a) Cultura di responsabilità per la cura	
1.b) Strutture di <i>social caring</i>	
1.c) Condizioni delle politiche pubbliche di Ltc	
1.c.1) <i>Policy legacy</i>	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

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

(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 Sipilä 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

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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 gradualis».* 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

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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 interscambiabili 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

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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
<i>Livello nazionale</i>	<i>Attori con interessi diretti nell'offerta di servizi</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Governi nazionali (ruolo dei Ministeri delle Finanze vs. altri Ministeri del «Welfare»)</li> <li>◆ Ministero della Ltc o il principale Ministero formalmente responsabile delle politiche di Ltc (se presente)</li> <li>◆ Altri attori istituzionali dei settori del welfare/soggetti interessati (Ministero della Sanità, ecc.)</li> <li>◆ Alti funzionari del settore delle politiche di Ltc</li> <li>◆ Livello sub o sopra nazionale</li> <li>◆ Governi locali</li> <li>◆ L'Unione europea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Sindacati</li> <li>◆ Imprese private operanti nel welfare (es. assicurazioni sanitarie, ecc.)</li> <li>◆ La Chiesa o altre agenzie di servizi (non-profit)</li> <li>◆ Attori con un interesse più generale verso la Ltc</li> <li>◆ Rappresentanti di imprese economiche private</li> <li>◆ Intellettuali/esperti (economisti, ecc.)</li> <li>◆ Associazioni di caregiver/utenti</li> <li>◆ Mass media</li> </ul>

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-

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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-

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

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 Sipilä 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.
- Bureau 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 Elgar, Cheltenham and Northampton.
- Daly M. e Lewis J., 1998, *Introduction: Conceptualising Social Care in the Context of Welfare State Restructuring*, 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.
- Hecló 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.

RPS

Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranzi

- 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 familiari caregivers 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.