

LE POLITICHE PER GLI ANZIANI  
NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA E SPAGNA:  
ASSETTI ED EVOLUZIONI NEL CORSO  
DEL PERIODO PIÙ RECENTE

di Marco Arlotti, Manuel Aguilar Hendrickson

---

Italia e Spagna rappresentano due casi paradigmatici del cosiddetto modello sud-europeo di protezione sociale, nel quale i bisogni di lungoassistenza delle persone anziane non autosufficienti sono preminentemente coperti dalle reti familiari di supporto e dalla solidarietà intergenerazionale, mentre l'intervento istituzionale (in particolare attraverso la leva dei servizi) è strutturalmente residuale. Tuttavia, nel corso degli ultimi anni, i due Paesi sembrano avere sviluppato una differente dinamica di cambiamento istituzionale: l'Italia caratterizzata da una riproduzione inerziale dell'assetto consolidato del sistema di welfare, mentre la Spagna caratterizzata da un cambiamento radicale sulla scia dell'approvazione di un'importante riforma nazionale sul tema dell'assistenza alle persone non autosufficienti. Nonostante queste differenti traiettorie istituzionali, l'ipotesi che viene avanzata nel contributo è che i due Paesi condividono ancora importanti similarità, che rimandano all'impatto delle politiche di austerità e al funzionamento di una *governance* multilivello delle politiche di lungoassistenza, caratterizzata da una sorta di stratificazione viziosa da cui scaturiscono esiti negativi in termini di disuguaglianze territoriali e dinamiche di scarico dei costi (inclusa una crescente compartecipazione degli utenti ai costi dei servizi).

Italy and Spain are paradigmatic examples of the so-called "Southern European welfare model", in which the long-term care needs of dependent elderly people are mainly covered by family and intergenerational solidarities, while the institutional support (in particular through in-kind services) is structurally residual. However, over the last years, a different trajectory of institutional change seems to have taken place in the two countries: Italy characterised by an inertial re-production of its consolidated welfare system, while Spain characterised by a radical change in the wake of the approval of an important national reform about long-term care for dependent people. Despite these different institutional trajectories, our hypothesis is that the two countries still share important similarities due to the impact of the austerity policies and the functioning of a multilevel governance of long-term care policy characterised by a sort of vicious layering, which stimulates negative consequences in terms of territorial inequalities and cost-shifting dynamics (included increasing users' copayment).

---

1. INTRODUZIONE

Nella gran parte dei Paesi occidentali i bisogni di cura delle persone anziane non autosufficienti, cioè persone che presentano limitazioni estese nel tempo dal punto di vista

---

Marco Arlotti, Politecnico di Milano.

Manuel Aguilar Hendrickson, Universitat de Barcelona.

della capacità di svolgere autonomamente gli atti di vita quotidiana (a causa di disabilità di tipo fisico e/o mentale) (Lipszyc, Sail, Xavier, 2012), stanno diventando sempre più rilevanti e significativi, nel quadro delle trasformazioni profonde che hanno investito la dimensione socio-demografica, con il processo di invecchiamento (OECD, 2011; Ranci, Pavolini, 2015a).

Anche se occorre evitare di cadere in un certo catastrofismo circa le prospettive, e le conseguenze connesse a questo processo (Taroni, 2007), la crescita della popolazione anziana non può che condurre, infatti, a un incremento della quota assoluta dei cosiddetti “grandi” anziani, cioè la fascia di popolazione (*over 80*) nella quale l’incidenza della disabilità è maggiore e, pertanto, la richiesta di interventi di assistenza continuativa più significativa (Ranci, Pavolini, 2015a).

Al contempo, un ulteriore processo che ha favorito l’incremento della problematica relativa alla tutela della non autosufficienza rimanda alla dimensione socio-economica, e *in primis* all’accresciuta partecipazione delle donne nel mercato del lavoro (*ibid.*). Nel modello tradizionale *male-breadwinner*, predominante nei Paesi europei dell’area continentale e mediterranea, la divisione di genere delle funzioni di riproduzione sociale vedeva attribuire al lavoro domestico delle donne i compiti di accudire i soggetti in stato di bisogno. Questa rigida suddivisione ha teso, tuttavia, a ri-definirsi a fronte del progressivo ingresso delle donne nel mercato del lavoro, che ha contribuito a erodere strutturalmente il serbatoio di risorse informali tradizionalmente impegnato nello svolgimento dei compiti di cura (*ibid.*). Non è un caso dunque che nei Paesi europei continentali, quando negli anni Novanta l’occupazione femminile inizia a raggiungere livelli ragguardevoli, si assiste all’approvazione di importanti riforme nazionali sul tema della non autosufficienza (ad esempio la Germania nel 1995; la Francia nel 1997) (Morel, 2006; Ranci, Pavolini, 2013).

In tale quadro, Italia e Spagna rappresentano due Paesi in cui la pressione funzionale dei bisogni legati alla non autosufficienza è particolarmente cresciuta nel tempo, sia alla luce di una dinamica di invecchiamento particolarmente marcata (Deusdad, Comas-D’Argemir, Dziegielewski, 2016) sia perché, nonostante i notevoli “ritardi” e le differenze esistenti fra i due Paesi, si è assistito a un progressivo inserimento delle donne nel mercato del lavoro (Tobío, 2014).

Tali dinamiche hanno luogo all’interno di un sistema di welfare che presenta i tratti tipici del modello sud-europeo (Ferrera, 1996; Ascoli, Pavolini, 2015) dove, cioè, per quanto riguarda la tutela della non autosufficienza, l’assistenza alle persone anziane è fornita principalmente dalle reti familiari (e *in primis* dalle donne con una forte asimmetria di genere), a fronte di un sistema istituzionale di intervento che si caratterizza per uno sviluppo molto limitato dei servizi, secondo un principio di sussidiarietà verso la famiglia, e la netta preminenza (in particolar modo nel caso italiano) dei trasferimenti (Da Roit, Sabatinelli, 2013). Questo assetto specifico delle politiche di cura configura, pertanto, quella che è stata definita come una familizzazione di *default* (Saraceno, Keck, 2010) o di *sussidiarietà passiva* (Kazepov, 2010) dove, cioè, notevoli competenze vengono attribuite alle famiglie in termini di copertura dei bisogni, in un contesto istituzionale che vede tuttavia la mancata garanzia di misure adeguate di sostegno, sia in termini monetari che di servizi.

Nel corso del periodo più recente si sono, inoltre, registrati sia in Italia che in Spagna dei processi di ri-definizione dell’assetto familistico, in particolare lungo la dimensione di mercato attraverso il crescente ricorso alle lavoratrici immigrate nello svolgimento di funzioni di cura e assistenza a livello domestico (Martínez-Buján, 2009; Da Roit, Sabatinelli, 2013; Da Roit, González Ferrer, Moreno-Fuentes, 2013). Si tratta di un fenomeno che ha

assunto tratti diffusivi e in larga parte irregolari, anche perché ampiamente tollerato da un punto di vista sociale, sia per le convenienze reciproche fra i diversi attori in campo (famiglie e lavoratrici immigrate) sia per l'influenza che le politiche di welfare (ad esempio trasferimenti monetari indistinti) e di regolazione dei flussi immigratori (ad esempio amnistie e regolazioni *ex post*) hanno avuto nel favorire lo sviluppo in questa direzione (Costa, 2013; Da Roit, Sabatinelli, 2013).

Tuttavia, nel corso dei primi anni Duemila, Italia e Spagna sembrano aver imboccato un diverso sentiero di evoluzione negli assetti delle politiche di assistenza agli anziani non autosufficienti (Ranci, Pavolini, 2013). Da un lato, infatti, si è assistito in Italia a una riproduzione inerziale dell'assetto consolidato di *policy*, incentrato sui trasferimenti monetari e sull'estrema residualità della rete di servizi. Dall'altro lato, invece, la Spagna ha avviato un importante percorso riformistico, culminato nel 2007 nell'approvazione della riforma nazionale per l'assistenza alle persone non autosufficienti (Rodríguez Cabrero, Marbán Gallego, 2013).

Una riforma universalistica di carattere *top-down* che, tuttavia, come diremo più approfonditamente nei prossimi paragrafi, ha trovato notevoli difficoltà in termini attuativi (Aguilar Hendrickson, 2014).

Nonostante queste differenti traiettorie di sviluppo nell'assetto istituzionale delle politiche, in questo contributo avanza l'ipotesi che la vicinanza fra Italia e Spagna è ancora molto significativa nel quadro del modello di welfare sud-europeo. A tal proposito, le variabili cruciali sembrano essere due: 1. il profondo dispiegamento delle politiche di austerità che ha severamente colpito i due Paesi (Picchi, Simonazzi, 2014); 2. la presenza di un assetto di stratificazione "viziosa" (Aguilar Hendrickson, Sabatinelli, 2014) nella struttura istituzionale multi-livello della politica di tutela della non autosufficienza, da cui scaturiscono conseguenze particolarmente negative dal punto di vista della capacità di risposta effettiva ai bisogni delle persone anziane non autosufficienti.

## 2. LE POLITICHE PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA E SPAGNA

Nel paragrafo precedente, riprendendo la letteratura consolidata, si è detto come Italia e Spagna rientrino nel cosiddetto modello di welfare sud-europeo (Ferrera, 1996; Ascoli, Pavolini, 2015), all'interno del quale la cura delle persone anziane non autosufficienti si delinea come questione eminentemente familiare, in un contesto di forte residualità del sistema dei servizi. A questo proposito i dati raccolti nella tabella 1, che presentano i tassi di copertura per le principali modalità di intervento<sup>1</sup>, mostrano chiaramente la collocazione dei due Paesi in prospettiva comparata. Sul versante dei servizi residenziali, Italia e Spagna presentano la copertura (espressa in valori percentuali sulla popolazione *over 65* anni e più) più bassa, rispettivamente 2% e 1,5%. Questo scenario si modifica parzialmente nel caso dei servizi domiciliari, che vedono una maggiore copertura nel caso della Spagna (5,2%), mentre per l'Italia il valore rimane tra i più bassi (superiore al solo dato della Germania). Tuttavia, il caso italiano presenta anche una specificità molto significativa che riguarda il

<sup>1</sup> Questi dati vanno comunque considerati con estrema cautela, tenuto conto che la mera indicazione dei tassi di copertura non fornisce comunque indicazioni, per esempio, riguardo l'intensità assistenziale o gli standard di qualità garantiti dai servizi stessi. Inoltre, per il caso spagnolo, i dati sembrano sottostimare l'assistenza residenziale, e non forniscono indicazione sulla copertura dei trasferimenti monetari che, per quanto limitati (ma in crescita), risultano comunque previsti nel Paese (cfr. *infra*).

forte peso assunto dalla componente dei trasferimenti monetari (*in primis* l'Indennità di accompagnamento) (cfr. *infra*), come modalità per sostenere i costi della cura in caso di disabilità e non autosufficienza.

Tabella 1. L'assistenza alle persone anziane: principali modalità di intervento (tassi di copertura su popolazione over 65), 2009

	Assistenza residenziale	Assistenza domiciliare	Trasferimenti monetari
Danimarca	4,5	13,0	–
Svezia	5,8	9,3	–
Austria	3,3	7,1	11,1
Belgio	5,0	5,9	–
Francia	4,7	5,0	–
Germania	3,8	1,6	6,0
Italia	2,0	3,6	7,6
Portogallo	3,4	3,9	–
Spagna	1,5	5,3	–
Regno Unito	5,0	12,5	–

*Nota:* in alcuni casi i tassi (ripresi da fonti statistiche nazionali) sono stati calcolati su una popolazione base di riferimento differente (ad esempio Belgio e Austria su popolazione *over 60*). Per l'Italia il tasso di copertura dei trasferimenti monetari è calcolato come stima. Per ulteriori dettagli si rimanda direttamente alla fonte riportata sotto.

*Fonte:* Rodrigues, Huber, Lamura (2012).

Quest'ultimo dato ci permette, dunque, di mettere in luce quella che è l'estrema complessità del sistema delle politiche di sostegno agli anziani non autosufficienti, caratterizzato dalla presenza di diverse modalità di intervento, a cui si aggiunge – da un punto di vista istituzionale – il coinvolgimento di diversi livelli territoriali di governo, con funzioni diversificate che spaziano dalla regolazione alla gestione per arrivare al finanziamento delle politiche stesse. Nel caso italiano la politica preminente è, come si è visto, quella del trasferimento monetario per il sostegno ai costi della cura, che rimanda all'Indennità di accompagnamento: un trasferimento monetario indistinto (nel 2016 pari a 512 euro), senza vincolo di finalizzazione e riconosciuto indipendentemente dalla situazione economica dei beneficiari (nel 2011 è stato ricevuto da oltre un milione di persone anziane) (ISTAT, 2014).

L'Indennità di accompagnamento è di competenza dello Stato centrale, a cui spetta la regolazione normativa e il finanziamento mentre la gestione e, più specificatamente, l'accesso alla misura vedono anche una rilevanza del livello di governo regionale, tenuto conto che l'accertamento delle condizioni di bisogno avviene in commissioni sanitarie istituite presso le aziende sanitarie territoriali (Gori, 2012; Costa, 2013). Le Regioni hanno, infatti, competenze fondamentali dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi sanitari, seppur tuttavia all'interno di un quadro definito dallo Stato centrale sia in termini di risorse disponibili che di prestazioni da garantire a tutti i cittadini. A tal proposito la normativa sui livelli essenziali di assistenza (i cosiddetti LEA, D.P.C.M. 29 novembre 2001) stabilisce

per bisogni specifici, come quello delle persone anziane non autosufficienti che implicano una stretta integrazione fra sistemi sanitario e sociale, una serie di prestazioni (residenziali, semi residenziali e domiciliari) di carattere esigibile (allegato 1c del D.P.C.M. 29 novembre 2001), a cui lo stesso servizio sanitario deve concorrere in termini finanziari (Arlotti, 2015a). Tuttavia, al di là dell'indicazione precisa delle percentuali di ripartizione dei costi fra settore sanitario (di competenza delle Regioni) e settore sociale (di competenza degli enti locali, inclusa anche la compartecipazione a carico degli utenti), lo Stato centrale non ha mai definito chiaramente né i target di copertura né gli standard assistenziali né tantomeno (all'interno del riparto annuale del Fondo sanitario nazionale) risorse vincolate a questo fine (Arlotti, Catena, Genova, 2015). Ciò ha determinato una situazione di forte indeterminazione che, sul terreno sostantivo, ha inficiato l'esigibilità delle prestazioni socio-sanitarie previste nei LEA per le persone anziane non autosufficienti (Arlotti, 2015a, 2015b).

Tale scenario è piuttosto simile a ciò che riguarda la terza "gamba" delle politiche di assistenza agli anziani non autosufficienti: i servizi sociali. Questi ricadono sotto la responsabilità dei Comuni seppur in un quadro legislativo definito autonomamente da ciascuna Regione. Anche qui, infatti, elementi di forte indeterminazione istituzionale, su tutti la generica definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS) previsti dalla legge quadro 8 novembre 2000, n. 320 nonché la devoluzione avvenuta a partire dal 2001 (Leon, Pavolini, 2014; Kazepov, 2015), hanno comportato la mancata garanzia di una qualsiasi forma di esigibilità ai servizi stessi, che tendono non a caso a caratterizzarsi per forte residualità e accesso limitato alle sole condizioni di maggiore bisogno (Ranci, Sabatinelli, 2014).

In termini diacronici, diversi autori hanno messo in luce un processo di cambiamento e innovazione nelle politiche di tutela per la non autosufficienza, che sarebbe stato messo in moto in particolare dall'attivismo degli enti territoriali con l'implementazione di nuovi schemi di intervento volti a coprire la fascia crescente di bisogno (Leon, Pavolini, 2014). Tuttavia queste forme di innovazione dal "basso", per quanto importanti, non hanno in alcun modo scalfito la riproduzione dei tratti di fondo del modello italiano di risposta ai bisogni di cura delle persone non autosufficienti.

Se passiamo ora alla Spagna e ci soffermiamo sull'assetto complessivo delle politiche per gli anziani non autosufficienti vediamo come, in modo diverso dall'Italia, il sistema dei trasferimenti monetari definiti dallo Stato centrale e di sostegno alla disabilità è comparativamente più marginale. Prima della riforma del 2006 (cfr. *infra*) erano previste, infatti, solo alcune forme di supporto ai costi della cura di persone disabili o supplementi alle pensioni di invalidità per compensare i costi derivanti dall'assistenza di una terza persona. Da un punto di vista istituzionale hanno assunto, pertanto, maggiore rilevanza le politiche territoriali delle Comunità autonome e quelle degli enti locali spagnoli. Le prime hanno una duplice funzione. Da un lato, similmente alle Regioni italiane, rappresentano gli attori principali nella gestione del servizio sanitario, al cui interno rientrano oltre ai servizi per bisogni acuti anche quelli d'integrazione socio-sanitaria rivolti alla lungoassistenza di persone non autosufficienti. La legge quadro nazionale stabilisce le prestazioni sanitarie minime che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale, incluse quelle di tipo socio-sanitario, che tuttavia presentano una definizione meno precisa e, al contempo, implicano un coordinamento con il settore dei servizi sociali caratterizzato da una differente regolazione legislativa (cfr. *infra*). Sicché le Comunità autonome risultano avere un grado elevato di autonomia nella definizione del tipo di prestazioni e delle forme di integrazione

da mettere in atto fra i servizi sanitari e quelli sociali, da cui scaturisce un ridotto livello di esigibilità delle prestazioni e un forte grado di differenziazione interna da un punto di vista territoriale (IMSERSO, 2011).

Dall'altro lato, alle Comunità autonome, in un assetto di totale devoluzione e – anche qui – di forte differenziazione interna, spetta la definizione delle cornici regolative entro cui vengono a svilupparsi i servizi sociali territoriali, gestiti dalle stesse Comunità e dagli enti locali (Aguilar Hendrickson, 2013).

In questo ambito un punto di svolta cruciale si è registrato nel 2006, con l'approvazione di un'importante riforma nazionale, la *Ley de dependencia* (LAPAD), che ha previsto l'introduzione di un sistema omogeneo su scala nazionale in termini di presa in carico delle persone non autosufficienti (incluse le persone anziane con disabilità) (Rodríguez Cabre-ro, Marbán Gallego, 2013). Pertanto, formalmente, la legge del 2006 ha stabilito alcuni elementi minimi comuni finalizzati a garantire l'uguaglianza di diritti dei cittadini, pur riconoscendo la centralità delle Comunità autonome.

L'implementazione di questo nuovo sistema si basa, infatti, sul coinvolgimento (anche da un punto di vista finanziario) dei diversi livelli di governo (centrale e sub-nazionale), nonché sulla promozione dell'offerta di servizi come leva per far fronte ai bisogni delle persone non autosufficienti, e per favorire una più ampia de-familizzazione dei carichi di cura (che ricadono, *in primis*, sulla componente femminile). Tuttavia, nella stessa legge nazionale è stata anche prevista la possibilità di attivare schemi di *cash for care*, cioè volti a sostenere direttamente i costi della cura fornita dalle famiglie. Tale opzione si sarebbe dovuta circoscrivere solo a situazioni specifiche, proprio nell'ottica di favorire maggiormente lo sviluppo di un sistema di offerta dei servizi. Ciononostante, nel corso degli anni, i trasferimenti monetari hanno teso ad assumere una preminenza sempre più rilevante fra le modalità di intervento finanziate dalla LAPAD con una deviazione, quindi, da quelli che erano gli intenti originari della stessa riforma (Picchi, Simonazzi, 2014; Deusdad, Comas-D'Argemir, Dziegielewski, 2016).

Più complessivamente possiamo, quindi, dire che la riforma del 2006 ha segnato per la Spagna una sorta di riforma “radicale” nel campo delle politiche per gli anziani non autosufficienti, al pari – come importanza – di quelle che sono state approvate negli anni Novanta del secolo scorso nei Paesi continentali (ad esempio Francia e Germania) (Ranci, Pavolini, 2013), con un tentativo di trasformazione dei servizi sociali territoriali, tradizionalmente caratterizzati da residualità e discrezionalità, in servizi universali garantiti come diritto. Tuttavia, come si vedrà nei prossimi paragrafi, l'attuazione di questa riforma nazionale di tipo *top-down* si è scontrata con diversi ostacoli, afferenti all'impatto della crisi e al tipo di azione che i livelli di governo sub-nazionale hanno avuto nel processo d'implementazione della stessa (Aguilar Hendrickson, 2014). Diversamente, nel caso italiano, l'assetto di *policy* è rimasto sostanzialmente intatto, con una riproduzione inerziale dei tratti consolidati che vedono in particolare la netta preminenza dell'Indennità di accompagnamento, in un quadro di forte residualità della componente dei servizi e mancanza di coordinamento fra i diversi livelli di intervento. Da un punto di vista istituzionale Italia e Spagna sembrano, dunque, aver imboccato un diverso percorso di risposta ai bisogni crescenti della popolazione anziana non autosufficiente. A tal proposito alcuni autori hanno letto queste tendenze alla luce di diversi fattori, che spaziano: dal diverso quadro di vincoli macroeconomici di riferimento, al diverso tasso di crescita dell'occupazione femminile (e alla conseguente diversità in termini di pressione funzionale), al diverso mutamento degli orientamenti culturali e sociali di fondo radicati nei due Paesi, per arrivare a variabili più di

*politics* relative all'orientamento ideologico dei governi nazionali e al differente grado con cui le tematiche di genere si sono imposte nell'agenda politica di riforma (Leon, Pavolini, 2014; Tobío, 2014). Vedremo, tuttavia, nei prossimi paragrafi come l'impatto della crisi e le criticità di *governance* multilivello delle politiche abbiano teso a riallineare notevolmente le tendenze di sviluppo dei due Paesi.

### 3. LE TRASFORMAZIONI NEL CORSO DEL PERIODO PIÙ RECENTE E L'IMPATTO DELLA CRISI

Cercheremo ora di analizzare più nello specifico, e con il supporto di alcuni dati aggregati, quelli che sono stati gli sviluppi delle politiche per la non autosufficienza nel corso del periodo più recente in Italia e Spagna. La tabella 2 riporta due tipi di informazioni. La prima attiene ai tassi di copertura dei servizi di assistenza domiciliare. La seconda, invece, al numero di posti letto per persone anziane in strutture residenziali. I dati mostrano complessivamente una dinamica maggiormente espansiva nel caso della Spagna, mentre in Italia la tendenza di crescita dei servizi è stata più stagnante (Leon, Pavolini, 2014). Addirittura, nel caso italiano, l'assistenza domiciliare ha registrato una contrazione del tasso di copertura fra i primi anni Duemila e il 2012. Tuttavia, è anche interessante notare come nel corso della fase più recente (2006-2012), al cui interno si colloca lo scoppio della Grande Recessione e il pieno dispiegamento delle politiche di austerità in Europa, i due Paesi mostrino una dinamica molto più simile, con tassi di variazione che risultano non a caso più bassi anche nel caso della Spagna.

Tabella 2. Italia e Spagna: l'evoluzione dei servizi socio-assistenziali per anziani non autosufficienti (assistenza domiciliare e residenziale), 2000-2012

	2000	2006	2012	Var. 2000-2012	Var. 2006-2012
<i>Assistenza domiciliare*</i>					
Italia	1,8	1,8	1,3	-0,5	-0,5
Spagna	2,9	4,5	4,7	1,8	0,2
<i>Assistenza residenziale</i>					
Italia	247.371	260.248	278.392	12,5	7,0
Spagna	216.583	321.578	385.460	78,0	19,9

\* Per Italia (2000 = 2003).

Fonte: per Italia, assistenza domiciliare (dati ISTAT consultati online il 6 luglio 2016 – <http://dati.istat.it>), assistenza residenziale (dati ISTAT, 2004, e ISTAT consultati online il 6 luglio 2016 – <http://dati.istat.it/>). I dati sulla Spagna sono estratti dai rapporti *Las personas mayores en España* elaborati da IMSERSO ([http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/informe\\_ppmm/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm)).

Oltre a un'analisi dell'andamento dei servizi, un modo ulteriore per approfondire le tendenze delle politiche per la non autosufficienza è quello di considerare gli andamenti dei dati di spesa, cioè delle risorse che vengono investite in questo settore. L'intreccio fra diverse modalità di intervento come anche, e in particolare, di diversi settori (sanità e sociale) rendono particolarmente difficile la ricostruzione di dati comparabili (Carrera

*et al.*, 2013). A oggi, infatti, i dati a disposizione (Lipszyc, Sail, Xavier, 2012; OECD, 2015) presentano ancora una serie di limiti, sia in termini di ricostruzione di serie storiche che di considerazione complessiva dei vari Paesi. Per tale motivo, e pur con tutte le cautele del caso, abbiamo deciso di analizzare “indirettamente” le evoluzioni delle dinamiche finanziarie delle politiche per gli anziani non autosufficienti considerando i due macrosettori di riferimento, cioè sanità e disabilità, entro cui si colloca la spesa per la non autosufficienza.

La tabella 3 mostra le variazioni per il periodo 2003-2012 utilizzando due indicatori: la spesa procapite a parità di potere d’acquisto (PPS) (dato a 100 il valore dell’Europa a 15) e la variazione della spesa procapite in valori assoluti. Abbiamo limitato il confronto all’Europa a 15 per minimizzare l’impatto delle differenze socio-economiche fra Paesi che in una dimensione allargata sono sicuramente più ampie.

Tabella 3. Italia e Spagna: evoluzione della spesa totale, per sanità e disabilità, 2003-2012

		PPS procapite – EU 15 = 100			Variazione in valori assoluti procapite (prezzi costanti 2005)		
		2003	2009	2012	2003-2009	2009-2012	2003-2012
Sanità	UE15	100	100	100	16,6	-1,1	15,4
	Italia	77,1	79,0	75,2	13,6	-8,5	4,0
	Spagna	73,2	75,9	64,7	22,2	-16,7	1,8
Disabilità	UE15	100	100	100	2,9	-1,8	1,0
	Italia	63,2	71,4	68,5	10,6	-8,6	1,1
	Spagna	62,0	71,0	71,0	19,2	-3,0	15,6

Fonte: nostre elaborazioni su dati Eurostat consultati online il 6 luglio 2016 – <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

Se ci concentriamo, innanzitutto, sulla spesa procapite in PPS, vediamo – in particolare nel periodo 2003-2009 per la Spagna – una riduzione del differenziale rispetto al valore UE15 e, pertanto, un avvicinamento ai valori dell’Italia per entrambi le componenti di spesa.

In termini di variazione procapite, la spesa per disabilità registra, non a caso in questo periodo, un forte balzo (+19,2 rispetto al +2,9 dell’Europa a 15) presumibilmente trainata anche dalla mobilitazione delle risorse seguita all’implementazione della riforma della LAPAD (cfr. *supra* par. 2).

Tuttavia, nel corso del periodo più recente (2009-2012), l’impatto della crisi economica e delle politiche di austerità fa registrare un’inversione netta di tendenza che sembra riguardare in particolar modo la componente del settore sanitario, mentre quella destinata alla disabilità registra una maggiore tenuta (cfr. il raffronto sui valori di spesa procapite in PPS). Queste tendenze risultano ancor più chiare andando ad analizzare la variazione procapite della spesa (a prezzi costanti 2005) che mostra come in Spagna, ma anche in Italia, l’austerità abbia inciso duramente sui sistemi di protezione sociale, con variazioni negative che risultano in tutti i casi ben superiori a quelli dell’Europa a 15.

Nel caso italiano, per esempio, i tagli alla sanità hanno avuto ripercussioni nel settore delle non autosufficienze in diverse direzioni, che vanno dal mancato aggiornamento delle quote sanitarie relative al pagamento delle prestazioni socio-sanitarie (cfr. anche *infra* par. 4), alla riduzione dell’intensità assistenziale dei servizi, per arrivare all’allungamento dei tempi di attesa



nell'accesso agli stessi (NAA, 2015). Quest'ultimo è un aspetto che ha riguardato anche l'erogazione delle prestazioni assistenziali, cioè l'Indennità di accompagnamento (Ranci, Pavolini, 2015b) dove addirittura si è assistito, negli anni della crisi, a una riduzione del tasso di copertura sulla popolazione anziana, passato dal 12,7% del 2010 al 12% del 2013 (NAA, 2015).

In Spagna le politiche di austerità hanno colpito il percorso di implementazione della LAPAD (Aguilar Hendrickson, 2014), in particolare posponendo l'entrata in vigore della riforma per i casi con disabilità moderati (Picchi, Simonazzi, 2014), nonché attraverso il forte incremento delle quote di compartecipazione al costo dei servizi (cfr. anche *infra* par. 4), e l'allungamento delle liste d'attesa per l'accesso ai servizi, nonostante la valutazione positiva delle condizioni di bisogno (nel 2013 su 961.830 persone valutate positivamente ai fini dell'accesso ai servizi, solo 736.777 hanno ricevuto gli stessi nel 2014) (Deusdad, Comas-D'Argemir, Dziegielewski, 2016).

#### 4. LE PROBLEMATICHE DI GOVERNANCE MULTILIVELLO E LE CRITICITÀ EMERGENTI

I dati analizzati nel paragrafo precedente hanno fornito, dunque, alcune indicazioni rispetto a come Italia e Spagna, seppur caratterizzate da una diversa dinamica di cambiamento istituzionale nel campo delle politiche per gli anziani non autosufficienti (Ranci, Pavolini, 2013), mostrino, tuttavia, un certo allineamento a fronte dell'impatto della crisi e delle politiche di austerità.

A questa considerazione se ne aggiunge una seconda che rimanda, in particolare, allo specifico assetto multilivello che le politiche per gli anziani non autosufficienti assumono in entrambi i Paesi. Riprendendo quanto è stato messo in luce, seppur con riferimento a una diversa area di *policy* (Aguilar Hendrickson, Sabatinelli, 2014), possiamo infatti affermare che la *governance* multilivello delle politiche per gli anziani non autosufficienti si caratterizza in Italia e in Spagna per una forma di una stratificazione "viziosa" (*vicious layering*) dove la mancanza strutturale di coordinamento fra i diversi interventi che possono essere messi in campo in questo settore (trasferimenti monetari, assistenza domiciliare, assistenza residenziale), si sviluppa in parallelo a forme di indeterminatezza nella suddivisione istituzionale delle competenze e responsabilità fra i diversi livelli territoriali di governo coinvolti (dallo Stato centrale ai governi regionali e locali). Tale configurazione alimenta una serie di criticità che attengono, per esempio, le disuguaglianze territoriali interne nella configurazione della rete dei servizi nonché dinamiche di scarico dei costi (*cost-shifting*) (Bonoli, Champion, 2014) fra i diversi livelli territoriali di governo. Criticità che hanno un impatto cruciale dal punto di vista della copertura dei bisogni delle persone anziane non autosufficienti e nella gestione dei carichi di cura da parte delle reti familiari di supporto.

##### 4.1. Le disuguaglianze territoriali

Nell'ambito della letteratura, il dibattito sugli esiti connessi ad assetti decentrati delle politiche di welfare mette in evidenza sia luci che ombre (Obinger, Leibfried, Castles, 2005; Costa-Font, 2010; Kazepov, 2010; Andreotti, Mingione, Polizzi, 2012). Da un lato, infatti, si tendono ad evidenziare una serie di elementi positivi, che riguardano per esempio la possibilità di adattare le modalità di intervento ai bisogni specifici dei territori, evitando dunque standardizzazioni *tout court* calate dall'alto, come anche la possibilità di creare condizioni più favorevoli all'innovazione dei servizi e alla partecipazione dei beneficiari (e delle comunità territoriali) nell'implementazione delle politiche.

D'altro canto, i processi di decentralizzazione possono anche innescare una serie di esiti più critici, per esempio in termini di accrescimento delle disuguaglianze interne da cui può scaturire un indebolimento del principio di solidarietà sociale e di cittadinanza all'interno di una comunità nazionale.

Un elemento che risulta, tuttavia, cruciale nella comprensione delle dinamiche di impatto dei processi di decentralizzazione riguarda il quadro regolativo entro cui l'articolazione decentrata delle politiche ha luogo (Andreotti, Mingione, Polizzi, 2012; Andreotti, Mingione, 2013). Da questo punto di vista Italia e Spagna rappresentano due casi esemplificativi del cosiddetto modello di decentralizzazione inquadrato regionalmente (*regionally framed*) (Kazepov, 2010), in cui l'assoluta rilevanza dei livelli sub-nazionali di governo (*in primis* le Regioni e le Comunità autonome che detengono ampia autonomia legislativa, ma anche i governi locali a cui spettano importanti funzioni in termini di gestione e implementazione delle politiche) si accompagna a forme di inquadramento nazionale, in termini regolativi, che possono essere indeterminate o assenti, come il caso dell'Italia sul versante LEA e LIVEAS (cfr. *supra* par. 2); o "deboli" come il caso della LAPAD in Spagna, il cui percorso attuativo è stato fortemente limitato dall'impatto della crisi e dalla conseguente riduzione delle risorse disponibili (cfr. *supra* par. 2). Da tale assetto scaturiscono, dunque, forti problematiche dal punto di vista delle disuguaglianze territoriali interne (Kazepov, 2010).

I dati riportati sotto nelle tabelle 4 e 5 mostrano, effettivamente, come in Spagna e in Italia il livello di differenziazione interna per quanto riguarda l'assistenza domiciliare e residenziale per persone anziane è notevole. In Spagna (cfr. TAB. 4) il tasso di copertura dell'assistenza domiciliare sulla popolazione *over 65* passa dall'1,9% della Comunità autonoma di Valencia al 9,5% di quella di Madrid, passando per un dato medio nazionale del 4,6%. In Italia (cfr. TAB. 5) si passa, invece, dallo 0,7% della Puglia (e, sorprendentemente, della Toscana) al 5,3% della Valle d'Aosta (a cui, come noto, essendo Regione a statuto speciale è riconosciuta un'ampia autonomia finanziaria ben superiore a quella delle Regioni a statuto ordinario), passando per un dato nazionale dell'1,3%. Differenziazioni analoghe si registrano, in entrambi i casi, anche per quanto riguarda i tassi di copertura dell'assistenza residenziale.

Come si è detto, la mancanza di cornici regolative "forti" sul piano nazionale ha un impatto cruciale in termini di strutturazione di disuguaglianze territoriali interne. Nel caso italiano, la linea di frattura principale passa in particolare fra le Regioni del Centro-Nord e quelle del Mezzogiorno (Ascoli, Pavolini, 2012), alla luce della specifica differenziazione dei contesti socio-economici e dei percorsi tradizionali di sviluppo dei sistemi dei servizi sociali territoriali incorporati nei territori (Fargion, 1997). In Spagna, invece, il quadro sembra più complesso. Da un lato, infatti, si assiste effettivamente a una differenziazione in termini di dotazione di servizi fra Comunità autonome più povere (Murcia e Canarie) e più ricche (esempio Paesi Baschi, Navarra e Madrid). Tuttavia questo aspetto non sempre riesce a spiegare compiutamente la differenziazione effettiva fra le Comunità autonome: ad esempio, alcune Comunità autonome (si veda Estremadura), che risultano fra le più povere, presentano sistemi dei servizi particolarmente sviluppati, mentre la situazione opposta si riscontra, invece, nel caso di Comunità autonome più ricche (ad esempio le Isole Baleari). Ulteriori approfondimenti dovrebbero, dunque, indagare maggiormente anche il peso di altre variabili esplicative come, ad esempio, la variabile "politica" in relazione allo sviluppo di sistemi dei servizi che possono presentare anche forme di disallineamento significative rispetto alle caratteristiche del contesto territoriale di riferimento (Martínez-Buján, 2014).

Tabella 4. Spagna: assistenza domiciliare e posti letto residenziali in % sulla popolazione *over 65*, 2012

	Utenti anziani in assistenza domiciliare	Posti letto per anziani
Andalusia	4,4	3,2
Aragona	4,6	6,4
Asturie	4,5	6,0
Baleari (Isole)	2,6	2,4
Canarie	3,5	2,9
Cantabria	3,5	5,0
Castiglia-La Mancia	4,8	7,4
Castiglia e León	5,8	7,5
Catalogna	4,5	5,0
Comunità Valenzana	1,9	3,0
Estremadura	5,5	6,1
Galizia	2,9	3,7
Madrid	9,5	4,9
Murcia	2,4	2,2
Navarra	5,5	5,7
Paesi Baschi	n.d.	6,0
Rioja	5,9	5,1
Ceuta	7,7	1,9
Melilla	6,2	4,0
<i>Spagna</i>	4,6	4,6

n.d.: dato non disponibile.

Fonte: dati estratti dai rapporti *Las personas mayores en España* elaborati da IMSERSO ([http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/informe\\_ppmm/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm)).Tabella 5. Italia: assistenza domiciliare e posti letto residenziali in % sulla popolazione *over 65*, 2012

	Utenti anziani in assistenza domiciliare	Posti letto per anziani
Piemonte	0,8	3,9
Valle d'Aosta	5,3	3,9
Liguria	1,1	2,9
Lombardia	1,4	3,0
Trentino	4,3	4,4
Veneto	1,4	3,1
Friuli Venezia Giulia	2,3	3,5
Emilia-Romagna	1,4	3,3
Toscana	0,7	1,7
Umbria	0,3	1,3
Marche	0,7	2,1
Lazio	0,9	1,2
Abruzzo	1,3	1,5
Molise	2,0	1,8
Campania	1,1	0,6
Puglia	0,7	1,0
Basilicata	1,3	1,3
Calabria	1,0	0,8
Sicilia	1,7	1,1
Sardegna	2,5	1,3
<i>Italia</i>	1,3	2,2

Fonte: dati ISTAT consultati online il 6 luglio 2016 – <http://dati.istat.it/>.

#### 4.2. La dinamica di scarico dei costi

Come si è detto in precedenza, il dibattito sull'articolazione decentrata delle politiche di welfare e degli impatti connessi mette in evidenza sia luci che ombre. Entro tale dibattito, un'ulteriore ipotesi che è stata avanzata è quella di Bonoli e Champion (2014) in tema di processi di scarico dei costi (*cost-shifting*) nel quadro di assetti multilivello delle politiche di welfare. Nello specifico i due autori, analizzando in profondità il caso della Svizzera (un Paese caratterizzato da un assetto federale in cui la suddivisione delle responsabilità fra i diversi livelli territoriali di governo è marcata), hanno messo in evidenza come a partire da tale assetto si possono innescare meccanismi di scarico dei costi a livello di rapporti territoriali intergovernativi. Per esempio, il governo federale, responsabile dei sussidi di disoccupazione, può restringere i criteri di accesso e/o di durata della misura per spingere i beneficiari di tali schemi verso altre modalità di intervento come, per esempio, la rete assistenziale di competenza dei governi locali. Dopodiché, per far fronte a tale incremento nella domanda di supporto, i governi locali possono agire attraverso l'implementazione di schemi di attivazione lavorativa dei beneficiari, che permettono a questi di riacquisire – attraverso nuovi versamenti contributivi – la possibilità di accedere nuovamente alle indennità contributive di competenza del governo federale (*ibid.*). Insomma, quello che ha luogo è un fenomeno che in letteratura è stato chiamato anche come effetto della porta girevole (*revolving door effect*) o ping-pong istituzionale (*institutional ping-pong*) in cui, senza una risoluzione delle condizioni di bisogno dei soggetti che accedono alle prestazioni, avviene un rimando continuo delle responsabilità finanziarie fra schemi di intervento che afferiscono a livelli territoriali di governo differenti (Kazepov, 2002). Riprendendo queste ipotesi, mostreremo ora come anche in Italia e in Spagna, a partire dall'assetto di stratificazione viziosa della *governance* multilivello delle politiche per gli anziani non autosufficienti, si siano attivate dinamiche di scarico dei costi con un impatto fortemente negativo sul sostegno delle condizioni di bisogno delle persone anziane non autosufficienti.

Per quanto riguarda il caso italiano sono diverse le dinamiche di scarico dei costi che sembrano avere avuto luogo nel corso del periodo più recente (Arlotti, Catena, Genova, 2015; Arlotti, 2015a, 2015b). La prima dinamica va inquadrata nel rapporto territoriale intergovernativo fra lo Stato centrale e le Regioni. In questo caso, infatti, lo Stato centrale pur avendo definito nell'ambito della normativa sui livelli essenziali delle prestazioni sanitarie (LEA) una serie di prestazioni specifiche, di tipo socio-sanitario, rivolte alla cura delle persone anziane non autosufficienti ha lasciato, tuttavia, gli stessi con un elevato grado di indeterminatezza, a fronte della mancata definizione dei target di copertura e degli standard professionali connessi a tali prestazioni (cfr. *supra*). Dalla mancanza di un vincolo stringente ai fini dell'implementazione delle prestazioni socio-sanitarie per anziani non autosufficienti, è scaturita un'ampia discrezionalità in capo alle Regioni, che hanno teso – spesso – a tardare non poco una ri-organizzazione dei propri servizi sanitari nell'ottica dei bisogni di lungoassistenza della popolazione anziana non autosufficiente<sup>2</sup> (NAA, 2013).

Per far fronte, comunque, a una pressione funzionale crescente derivante dal bisogno di assistenza della popolazione anziana, le Regioni hanno adottato due meccanismi di “scarico”. Da un lato, la separazione fra gli enti di certificazione del bisogno (le Commissioni sa-

<sup>2</sup> A questo proposito sono esemplificativi, per il periodo più recente, i dati sull'evoluzione dell'incidenza della spesa socio-sanitaria, sul complesso della spesa sanitaria (Gori, 2014). Fatta, infatti, a 100 la spesa sanitaria, agli inizi degli anni Duemila la quota assorbita dai servizi socio-sanitari era dell'11,2%, mentre quella destinata alle acuzie il complementare 88,8%. Nel 2012 i valori sono rimasti praticamente gli stessi in un contesto, tuttavia, che ha visto – e vede – nel frattempo un progressivo incremento dei bisogni delle persone anziane non autosufficienti.

нитарie istituite presso le aziende sanitarie territoriali, sotto la responsabilità delle Regioni) e quelli responsabili della misura (cioè lo Stato centrale, attraverso l'Istituto nazionale della previdenza sociale – INPS) ha favorito (per lungo tempo, ma non più ora) una gestione “lasca” degli accessi all'Indennità di accompagnamento<sup>3</sup> (Gori, 2012). Una misura che è diventata centrale nel sostegno dei costi della cura per la non autosufficienza e che, tuttavia, ha un costo “zero” per le Regioni poiché finanziata integralmente dallo Stato.

Dall'altro lato, nel quadro degli elementi di indeterminazione istituzionale già descritti in precedenza e relativi alle prestazioni socio-sanitarie dei LEA, le Regioni hanno teso a scaricare in modo crescente sugli enti territoriali, cioè sui Comuni responsabili dei costi sociali, quote di spesa sanitaria che più appropriatamente sarebbe dovuta essere, invece, a carico dei bilanci sanitari regionali (NAA, 2015). Questa dinamica è stata accertata in diverse sentenze dei tribunali amministrativi (Arlotti, 2015a, 2015b), in particolare sul versante della ripartizione dei costi per l'assistenza residenziale, un servizio che assume un peso decisamente significativo in termini di impatto sui bilanci comunali (Fargion, 2013).

Per far fronte a costi crescenti, peraltro appesantiti da questo accollo improprio di spesa sanitaria, i Comuni hanno adottato un terzo meccanismo di scarico, questa volta al di fuori del sistema delle relazioni intergovernative e, cioè, attraverso il coinvolgimento diretto degli anziani e delle reti familiari di supporto. Ci riferiamo, nello specifico, alla definizione dei sistemi di compartecipazione al costo delle prestazioni. La tendenza dei Comuni è stata, infatti, quella di far fronte alle difficoltà finanziarie limitando in particolare la sovvenzione pubblica per il pagamento delle prestazioni ai casi più “difficili” in termini di situazione economica e mancanza di rete familiare. Al contempo, è stata adottata in modo diffuso – e sulla scorta dell'art. 433 del Codice Civile – una definizione piuttosto estesa di nucleo familiare nella valutazione della situazione economica dell'anziano, considerando per esempio anche i figli adulti non conviventi<sup>4</sup> (Gioncada, Trebeschi, Mirri, 2011). Circa l'operare di questo meccanismo, e del potenziale innesco dello stesso nel quadro della dinamica di scarico dei costi che sembra caratterizzare le relazioni intergovernative nel campo della non autosufficienza, è esemplificativo il passaggio di una sentenza del Tribunale amministrativo regionale della Lombardia, la n. 785 del 2011. In tale sentenza, nella quale viene dichiarata illegittima la quota di compartecipazione per la fruizione di un centro diurno calcolata da un Comune e posta a carico di una famiglia con una persona disabile, si segnala infatti come pur non sottovalutando le «[...] difficoltà dei Comuni nel reperimento di fondi sufficienti per far fronte alle legittime richieste di prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali da parte di coloro che ne abbiano diritto secondo legge [...] la mancata concertazione fra i vari livelli di governo [...] che ha provocato e provoca indubbi effetti negativi sulle finanze dei Comuni, se da una parte non può tradursi in misure che incidano negativamente sugli utilizzatori finali che, in quanto soggetti svantaggiati, la legge

<sup>3</sup> Un elemento che tende a corroborare questa ipotesi è il fatto che a partire dal 2010, nell'ottica di un maggiore controllo sulle richieste dell'Indennità di accompagnamento, è stata effettuata una riforma delle Commissioni sanitarie territoriali, con l'introduzione di una figura medica dell'INPS (Ascoli, Pavolini, 2012).

<sup>4</sup> Aspetto che, peraltro, è stato dichiarato più volte illegittimo in diverse sentenze dei Tribunali amministrativi regionali nonché dallo stesso Consiglio di Stato (organo ultimo della giustizia amministrativa) (Gioncada, Trebeschi, Mirri, 2011). Tuttavia, la questione è rimasta giuridicamente controversa, tant'è che il governo centrale è dovuto intervenire, nell'ambito della riforma del 2013 (D.P.C.M. n. 159) dell'ISEE (Indicatore della situazione economica equivalente), con una normativa *ad hoc* che ha “istituzionalizzato” la possibilità di considerare anche la situazione economica dei figli non conviventi dell'anziano ai fini del calcolo della quota di compartecipazione (seppur limitatamente nel caso di prestazioni socio-sanitarie di carattere residenziale).

statale ha inteso proteggere, d'altra parte non può trovare risposta in sede giurisdizionale, ma esclusivamente in quella politica di riparto delle competenze e degli oneri finanziari posti dalla legge direttamente a carico degli enti locali [...]».

Similmente al caso italiano, anche in Spagna dinamiche di scarico di costi hanno avuto luogo fra i diversi livelli territoriali di governo nel quadro dell'implementazione della riforma del 2006. Come si è detto in precedenza, la LAPAD, oltre ad aver introdotto la previsione di un principio universalistico all'assistenza per le persone anziane non autosufficienti (Deusdad, Comas-D'Argemir, Dziegielewski, 2016), ha provveduto anche a definire un nuovo sistema di *governance* multilivello, finalizzato a ridurre la mancanza di coordinamento e in particolare la forte frammentazione esistente nell'ambito del sistema dei servizi sociali per l'assistenza alle persone con disabilità. A tal proposito, non a caso, sono stati introdotti importanti dispositivi istituzionali di coordinamento come, per esempio, procedure standardizzate di accesso e valutazione delle condizioni di bisogno al fine di ridurre i margini di discrezionalità e organismi di raccordo fra i diversi livelli territoriali coinvolti (Consejo Territorial), con compiti di vigilanza e garanzia della qualità dei servizi (*ibid.*).

Tuttavia, al di là di questi elementi, la riforma del 2006 ha lasciato irrisolto un nodo cruciale, cioè quello relativo ai sistemi di compartecipazione al costo delle prestazioni. Per questo aspetto, infatti, la legge nazionale ha attribuito una delega diretta alle Comunità autonome, definendo al contempo solo una clausola generica di non discriminazione economica nell'accesso alle prestazioni per i potenziali beneficiari. Nel quadro di tale indeterminazione istituzionale dal punto di vista della strutturazione del rapporto territoriale intergovernativo fra livello centrale e sub-nazionale, le Comunità autonome hanno avuto un ampio margine di discrezionalità nella definizione dei sistemi di compartecipazione e, quindi, nell'attivazione di dinamiche di scarico dei costi verso i beneficiari, producendo peraltro una forte differenziazione territoriale nelle condizioni sostantive di accesso alle prestazioni.

Nel corso del 2012, in un'ottica di contenimento dei costi per le prestazioni connesse alla LAPAD, le Comunità autonome hanno concordato una serie di aspetti volti a un maggiore coordinamento territoriale dei sistemi di compartecipazione. Questa iniziativa se da un lato ha costituito, dunque, un importante tassello in un'ottica di riduzione delle disuguaglianze interne nell'accesso alle prestazioni, dall'altro lato, tuttavia, ha definito delle condizioni per dinamiche ancor più spinte di scarico di costi sui beneficiari. Infatti, è stato stabilito un forte incremento delle quote di compartecipazione (fino addirittura al 90% del costo della prestazione), e la definizione di una franchigia sulla valutazione del reddito di importo molto ridotto (circa 120 euro al mese nel 2014) (Montserrat Corderiu, 2014).

A questo si aggiunge il fatto che, pur essendo state concordate delle percentuali omogenee di incidenza delle quote di compartecipazione sul costo delle prestazioni, in assenza di una struttura coordinata dei prezzi stessi, la variabilità sostantiva (e non formale) delle quote di compartecipazione è rimasta molto forte.

## 5. CONCLUSIONI

In questo articolo ci siamo posti l'obiettivo di analizzare gli assetti, e le evoluzioni nel corso del periodo più recente, delle politiche di tutela per le persone anziane non autosufficienti in due Paesi dell'area mediterranea: Italia e Spagna. In entrambi i Paesi i bisogni del-

la non autosufficienza sono diventati sempre più centrali alla luce di un processo marcato di invecchiamento della popolazione (Deusdad, Comas-D'Argemir, Dziegielewski, 2016).

Entro tale quadro Italia e Spagna rappresentano il classico regime di welfare sud-europeo (Ferrera, 1996; Ranci, Pavolini, 2013), nel quale le responsabilità di cura verso gli anziani non autosufficienti vengono scaricate sulle reti familiari (e *in primis* sulle donne), in parallelo a una forte residualità del sistema dei servizi, e una certa preminenza della politica dei trasferimenti monetari (in particolare in Italia, attraverso l'Indennità di accompagnamento, mentre in Spagna solo recentemente l'utilizzo distorto delle risorse derivanti dalla LAPAD sembra registrare una dinamica in questa direzione). Tutto questo favorisce il consolidamento, e la riproduzione, di un assetto fortemente privatizzato di risposta ai bisogni di cura che, peraltro, ha visto un'importante ridefinizione lungo linee di mercato, attraverso la forte diffusione del fenomeno del lavoro immigrato, prevalentemente, irregolare a domicilio (Martínez-Buján, 2009; Da Roit, Sabatinelli, 2013).

Da un punto di vista politico-istituzionale, Italia e Spagna hanno tuttavia intrapreso una diversa traiettoria di sviluppo delle politiche per gli anziani non autosufficienti nei primi anni Duemila, sotto forma di una riproduzione inerziale del modello a "sussidiarietà passiva" nel caso italiano, mentre in Spagna la riforma del 2006 ha segnato una sorta di riforma "radicale" nel campo della tutela della non autosufficienza (Ranci, Pavolini, 2015b).

Attraverso una serie di dati abbiamo, tuttavia, mostrato come l'impatto della crisi economica e delle politiche di austerità sembrano aver ri-allineato le tendenze di sviluppo dei due Paesi (Leon, Pavolini, 2014). Inoltre, similmente, permangono una serie di criticità strutturali che attengono la stratificazione viziosa (Aguilar Hendrickson, Sabatinelli, 2014) del sistema di *governance* territoriale multilivello delle politiche, e gli impatti connessi in termini di disuguaglianze interne e dinamiche di scarico dei costi.

Per entrambi i Paesi, dunque, il rischio è quello della riproduzione di un modello di welfare profondamente iniquo, sia da un punto di vista di genere che di classe sociale (Albertini, Pavolini, 2015). Un modello che, peraltro, avrà presumibilmente forti limiti di sostenibilità nel medio-lungo periodo, a fronte del processo di erosione delle risorse di cura che s'inquadra nel cambiamento socio-demografico (si veda il dimezzamento del rapporto fra persone adulte e anziani) (NAA, 2015) e nell'innalzamento dell'età di pensionamento, stabilito dalle ultime riforme pensionistiche di austerità (Natali, Stamatì, 2014).

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AGUILAR HENDRICKSON M. (2013), *Retos de los servicios sociales*, "Presupuesto y Gasto Público", 71, pp. 271-90.
- ID. (2014), *Marooned? Social care reforms and a new kind of crisis in Spain 2000-14*, in "Sfide alla cittadinanza e trasformazione dei corsi di vita: precarietà, invecchiamento e migrazioni", Conferenza ESPAnet Italia 2014, Torino, in [http://www.espanet-italia.net/images/conferenza2014/sessioni/sessione\\_15/AguilarHendrickson.pdf](http://www.espanet-italia.net/images/conferenza2014/sessioni/sessione_15/AguilarHendrickson.pdf).
- AGUILAR HENDRICKSON M., SABATINELLI S. (2014), *Changing labor markets and the place of local policies*, in C. Ranci, T. Brandsen, S. Sabatinelli (eds.), *Social vulnerability in European Cities*, Palgrave Macmillan, London, pp. 67-102.
- ALBERTINI M., PAVOLINI E. (2015), *Unequal inequalities: The stratification of the use of formal care among older Europeans*, "Journal of Gerontology".
- ANDREOTTI A., MINGIONE E. (2013), *Welfare locale*, in S. Haddock (a cura di), *Questioni urbane*, il Mulino, Bologna, pp. 147-68.

- ANDREOTTI A., MINGIONE E., POLIZZI E. (2012), *Local welfare systems: A challenge for social cohesion*, "Urban studies", 49, 9, pp. 1925-40.
- ASCOLI U., PAVOLINI E. (2012), *Ombre rosse. Il sistema di welfare italiano dopo venti anni di riforme*, "Stato e Mercato", 96, pp. 429-64.
- IDD. (eds.) (2015), *The Italian welfare state in a European perspective*, Policy Press, Bristol.
- ARLOTTI M. (2015a), *Missed recalibration of retrenchment? The development of long term care for dependent elderly people in Italy*, in S. Romano, G. Punziano (eds.), *The European social model adrift*, Ashgate, Farnham, pp. 73-87.
- ID. (2015b), *The role of regions and municipalities in the Italian multilevel governance of eldercare: Recent trends in a context of increasing needs and budgetary constraints*, in Actas Oficiales del V Congreso de la Red Espanola de Política Social (REPS), Barcelona, pp. 613-33.
- ARLOTTI M., CATENA L., GENOVA A. (2015), *La dimensione territoriale dell'integrazione. Non autosufficienze e politiche socio-sanitarie in Italia*, Carocci, Roma.
- BONOLI G., CHAMPION C. (2014), *Federalism and welfare to work in Switzerland: The development of active social policies in a fragmented welfare state*, "Publius", 45, 1, pp. 77-98.
- CARRERA F., PAVOLINI E., RANCI C., SABBATINI A. (2013), *Long-term care systems in comparative perspective: Care needs, informal and formal coverage, and social impacts in European countries*, in C. Ranci, E. Pavolini (eds.), *Reforms in long-term care policies in Europe: Investigating institutional change and social impacts*, Springer, New York, pp. 23-52.
- COSTA G. (2013), *Long-term care Italian policies: A case of inertial institutional change*, in C. Ranci, E. Pavolini (eds.), *Reforms in long-term care policies in Europe: Investigating institutional change and social impacts*, Springer, New York, pp. 221-41.
- COSTA-FONT J. (2010), *Devolution, diversity and welfare reform: Long-term care in the "latinrim"*, "Social Policy and Administration", 44, 4, pp. 481-94.
- DA ROIT B., GONZÁLEZ FERRER A., JAVIER MORENO-FUENTES F. (2013), *The Southern European migrant based-care model*, "European Societies", 15, 4, pp. 577-96.
- DA ROIT B., SABATINELLI S. (2013), *Nothing on the move or just going private? Understanding the freeze on child and elder care policies and the development of care markets in Italy*, "Social Politics", 20, 3, pp. 430-53.
- DEUSDAD B., COMAS-D'ARGEMIR D., DZIEGIELEWSKI S. F. (2016), *Restructuring long-term care in Spain: The impact of the economic crisis on social policies and social work practice*, "Journal of Social Service Research", 42, 2, pp. 246-62.
- FARGION V. (1997), *Geografia della cittadinanza sociale*, il Mulino, Bologna.
- ID. (2013), *Le politiche per la non autosufficienza*, in V. Fargion, E. Gualmini (a cura di), *Tra l'incudine e il martello. Regioni e nuovi rischi sociali in tempi di crisi*, il Mulino, Bologna, pp. 37-73.
- FERRERA M. (1996), *The Southern model of welfare in social Europe*, "Journal of European Social Policy", 6, pp. 17-37.
- GIONCADA M., TREBESCHI F., MIRRI P. (2011), *Le rette nei servizi per persone con disabilità ed anziane. La compartecipazione al costo dei servizi residenziali, diurni e domiciliari*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- GORI C. (2012), *Home care in Italy: A system on the move, in the opposite direction to what we expect*, "Health and Social Care in the Community", 20, 3, pp. 255-64.
- ID. (a cura di) (2014), *Il welfare sociale in Italia*, Carocci, Roma.
- IMERSO-AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2011), *Libro blanco de la coordinación socio-sanitaria en España*, Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, Madrid.
- ISTAT (2004), *L'assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto*, Roma, in [http://www3.istat.it/dati/catalogo/20040622\\_01/](http://www3.istat.it/dati/catalogo/20040622_01/).
- ID. (2014), *Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale II – I beneficiari delle prestazioni pensionistiche Anno 2011*, Roma.
- KAZEPOV Y. (ed.) (2010), *Rescaling social policies: Towards multilevel governance in Europe*, Ashgate, Farnham.
- ID. (2002), *Frammentazione e coordinamento nelle politiche di attivazione in Europa*, "Assistenza Sociale", 2, pp. 5-35.
- ID. (2015), *Italian social assistance in the European context: Residual innovation and uncertain futures*, in U. Ascoli, E. Pavolini (eds.), *The Italian welfare state in a European perspective*, Policy Press, Bristol.
- LEON M., PAVOLINI E. (2014), *Social investment or back to familism: The impact of the economic crisis on family and care policies in Italy and Spain*, "South European society and politics", 19, 3, pp. 353-69.



- LIPSZYC B., SAIL E., XAVIER A. (2012), *Long-term care: Need, use and expenditure in the EU-27*, Economic Papers 469, European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs.
- MARTÍNEZ-BUJÁN R. (2009), *¿Y qué pasa con mi cuidadora? Inmigración, servicio doméstico y privatización de los cuidados a las personas dependientes*, "Zerbitzuan", 45, pp. 99-109.
- ID. (2014), *Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares*, "Revista Española de Investigaciones Sociológicas", 145, pp. 99-126.
- MONTSERRAT CODORNIU J. (2014), *El impacto de la crisis en el sistema de atención a la dependencia*, VII Informe Sobre Exclusión y Desarrollo Social en España. Documentos de Trabajo (5.6), in <http://www.foessa.es>.
- MOREL N. (2006), *Providing coverage against new social risks in Bismarckian welfare states: The case of long-term care*, in K. Armingeon, G. Bonoli (eds.), *The politics of postindustrial welfare states*, Routledge, London, pp. 227-47.
- NAA (2013), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° rapporto*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- ID. (2015), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- NATALI D., STAMATI F. (2014), *Reassessing South European pensions after the crisis: Evidence from two decades of reforms*, "South European Society and Politics", 19, 3, pp. 309-30.
- OBINGER H., LEIBFRIED S., CASTLES F. G. (2005), *Federalism and the welfare state: New world and European experiences*, Cambridge University Press, New York.
- OECD (2011), *Help wanted? Providing and paying for long term care*, OECD Publishing, Paris.
- ID. (2015), *Health at a Glance 2015: OECD indicators*, OECD Publishing, Paris, in [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en).
- PICCHI S., SIMONAZZI A. (2014), *The Mediterranean care model in times of austerity. The case of Italy and Spain*, "Sociale Welt", 20, pp. 379-95.
- RANCI C., PAVOLINI E. (eds.) (2013), *Reforms in long-term care policies in Europe: Investigating institutional change and social impacts*, Springer, New York.
- IDD. (a cura di) (2015a), *Le politiche di welfare*, il Mulino, Bologna.
- IDD. (2015b), *Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe*, "Journal of European Social Policy", 25, 3, pp. 270-85.
- RANCI C., SABATINELLI S. (2014), *Long term and child care policies in Italy between familism and privatisation*, in M. Leon (ed.), *The transformation of care in European societies*, Palgrave Macmillan, London.
- RODRIGUES R., HUBER M., LAMURA G. (2012), *Figures on healthy ageing and long-term care*, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Wien, retrieved from [http://www.euro.centre.org/data/LTC\\_Final.pdf](http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf).
- RODRIGUEZ CABRERO G., MARBÁN GALLEGO V. (2013), *Long-term care in Spain: Between family care tradition and the public recognition of social risks*, in C. Ranci, E. Pavolini (eds.), *Reforms in long-term care policies in Europe: Investigating institutional change and social impacts*, Springer, New York., pp. 201-19.
- SARACENO C., KECK W. (2010), *Can we identify intergenerational policy regimes in Europe?*, "European Societies", 12, 5, pp. 675-96.
- TARONI F. (2007) *Fra apocalittici e integratori: ragioni e problemi di un Fondo per la non autosufficienza*, "La Rivista Italiana delle Politiche Sociali", 1, pp. 141-55.
- TOBÍO C. (2014), *Uneven paths. Women in Italy and Spain*, in "Sfide alla cittadinanza e trasformazione dei corsi di vita: precarietà, invecchiamento e migrazioni", Conferenza ESPAnet Italia 2014, Torino, in [http://www.espanet-italia.net/images/conferenza2014/sessioni/sessione\\_15b/tobio.pdf](http://www.espanet-italia.net/images/conferenza2014/sessioni/sessione_15b/tobio.pdf).

