

Andrea Ciarini

Il ruolo del caregiver nelle politiche sociali in Italia e in Europa.

1. Introduzione.

In questo lavoro ci proponiamo di analizzare le politiche di sostegno al caregiving in Italia, Francia, Germania, Regno Unito e Svezia con particolare riferimento alle politiche sociali per gli anziani non autosufficienti. Sulla base delle modalità emergenti di combinazione tra il lavoro di cura, l'offerta di prestazioni sociali e la partecipazione al mercato del lavoro, concentreremo l'attenzione sui processi di *empowerment* che coinvolgono i caregiver familiari nell'offerta assistenziale. L'idea è che l'effettiva capacità di favorire l'*empowerment* dipenda da vari fattori che riguardano la relazione di cura nel suo complesso, ovvero: le caratteristiche di funzionamento degli assegni di cura e dei vari generi di trasferimenti finalizzati a sostenere la presa in carico domiciliare; i criteri di attribuzione dei trasferimenti (all'utente o al familiare); la presenza o l'assenza di controlli in merito al loro effettivo utilizzo; il rapporto tra prestazioni *cash* e prestazioni *kind*; la posizione del caregivers nel rapporto di cura (la titolarità di diritti, la loro estensione e qualità, la possibilità di accedere a servizi *ad hoc*); il rapporto tra coinvolgimento nella cura familiare e canali di accesso al mercato del lavoro.

2. Stato, mercato, reciprocità nell'analisi comparativa sulle famiglie del welfare in Europa.

Gli studi sui processi di trasformazione dei sistemi di welfare in Europa (Ferrera, 1998; Beck, 2000; Esping-Andersen, 2002), hanno ormai da tempo messo in evidenza la relazione tra i mutamenti socio-demografici delle società occidentali con le crescenti difficoltà che esse stesse incontrano nel mantenere invariati i livelli delle prestazioni sociali. Di questi cambiamenti, particolarmente evidenti appaiono i fenomeni di destrutturazione che hanno contribuito a modificare la domanda sociale, ovvero le caratteristiche dei nuovi rischi sociali e dei nuovi bisogni di protezione sociale (Mingione, 1997; Ranci, 2002; Paci, 2004, Gori e Pesaresi, 2005). Non ancora giunto a uno stadio sufficientemente avanzato di conoscenze appare invece il quadro dei mutamenti riguardanti le politiche di offerta, là dove le tradizionali tipizzazioni sui regimi di welfare sin qui messe in evidenza (Esping-Andersen, 1990, 1999; Ferrera, 1993; 1996), evidenziano crescenti difficoltà nel dare conto dei mutamenti intervenuti nei criteri di regolazione. Il complesso di studi che a queste fanno riferimento sono stati sviluppati a partire dalle configurazioni nazionali delle grandi assicurazioni sociali (contro la perdita del lavoro, la malattia, l'infortunio, l'avanzare dell'età) che hanno attraversato la fase di consolidamento del welfare fordista, e che oggi tuttavia a causa del cambiamento qualitativo della domanda sociale e del conseguente

spostamento del focus delle politiche sociali verso l'insieme delle prestazioni socio-assistenziali (Paci, 2004; Esping-Andersen, 2002), non sembrano più in grado di offrire risposte adeguate quanto a capacità conoscitiva dei fattori di mutamento istituzionale. Dal punto di vista delle categorie analitiche utilizzate questi cambiamenti evidenziano quindi una difficoltà che è prima di tutto teorica. Le tradizionali dicotomie: Stato/mercato e Stato/famiglia, non appaiono sufficientemente attrezzate a cogliere la portata di mutamenti che si collocano sia sul versante dei meccanismi di regolazione, sia su quello degli attori coinvolti nelle politiche dell'offerta. Da un lato l'importanza assunta dai comparti assistenziali rispetto ai tradizionali programmi assicurativi categoriali, segnala l'emergere di nuovi sistemi di fornitura più ancorati al territorio, secondo logiche di prossimità e cittadinanza piuttosto che di inquadramento professionale; dall'altro, la moltiplicazione degli attori implicati nella domanda e nell'offerta di prestazioni ci da conto di una trasformazione che attiene alle relazioni tra il sistema della cura formale e quello della cura informale. Nelle arene della governance territoriale dell'assistenza si ritrovano in questo modo a essere coinvolti, non più solo lo Stato, il mercato e le famiglie nel loro ruolo di cassa di compensazione della mancata redistribuzione pubblica di protezione sociale (vedi qui in particolare Ferrera, 1996), ma un insieme più articolato di soggetti e canali di fornitura che vanno dalle amministrazioni pubbliche, al privato di mercato, ai diversi soggetti del Terzo settore, fino alla famiglia, nel ruolo di agenzia di cura, ma anche di soggetto acquirente di prestazioni riconosciuto e sostenuto dalla regolazione pubblica. Da qui emerge l'esigenza di allargare il quadro della spiegazione, verso una prospettiva teorica più ampia che porti a recuperare anche il contributo della sfera della reciprocità familiare e associativa nella sua interazione con lo Stato e il mercato. In questo lavoro ci proponiamo di concentrare l'attenzione sul ruolo e le funzioni della reciprocità familiare nell'offerta di cura.

Ma prima di fare questo è opportuno ripercorrere qui le tappe del dibattito che ha corso parallelo ai processi di mutamento dei sistemi di welfare, dalle prime analisi di *political economy* fino al più recente filone di studi sui "regimi di cura". Come già accennato, è noto che nello studio del welfare fordista è stata soprattutto la coppia concettuale Stato/mercato ha orientare la comparazione dei welfare europei (vedi Titmuss, 1974¹). Secondo questo criterio i contesti nazionali sono stati classificati sulla base delle relazioni che si sono stabilite tra i rischi di «mercificazione» del lavoro e il tipo di intervento "riparatore" dello stato sociale (vedi Paci, 2007), che si è venuto a

¹ A questo autore possiamo fare risalire uno dei primi tentativi di classificazione cui la letteratura successiva ha ampiamente fatto riferimento (vedi Esping-Andersen, 1990; 1999). Secondo Titmuss l'evoluzione degli apparati di protezione sociale procede secondo una serie di stadi che vanno dal residualismo dei sistemi in cui l'intervento dell'attore pubblico è diretto verso i soggetti che non riescono a essere protetti tramite il mercato, fino all'universalismo di quei sistemi più generosi e egualitari, in cui è lo Stato che si prende carico della protezione sociale. Lungo questa dicotomia Titmuss individua un terzo modello intermedio, definito corporativo-meritocratico, in cui il sistema delle prestazioni sociali viene organizzato secondo il modello delle assicurazioni sociali, condizionando cioè la qualità delle prestazioni alla collocazione professionale del soggetto nel mercato del lavoro.

configurare soprattutto come un insieme di istituti e tutele che hanno il compito di affrancare il cittadino-lavoratore (maschio adulto capofamiglia) dalla dipendenza dal mercato. Se si guarda a questa prospettiva di analisi, non è un caso che sia stata proprio la categoria della demercificazione a essere utilizzata come criterio di comparazione nella celebre modellistica dei *Tree worlds of welfare capitalism* di Esping-Andersen (1990), in cui l'autore riclassifica i welfare regimes in tre famiglie principali: il modello socialdemocratico-universalista dei paesi scandinavi; il modello liberale caratteristico dei contesti anglosassoni, e quello conservatore-corporativo dei paesi dell'Europa continentale e mediterranea.

Questa tripartizione di modelli ha riscosso ampio credito all'interno del dibattito scientifico sui modelli di welfare in Europa. Essa tuttavia mostra limiti sia rispetto alla collocazione dei paesi all'interno dei diversi clusters (vedi Ferrera, 1993), sia di tipo concettuale sui quali merita di essere attirata l'attenzione. In effetti, il criterio della demercificazione come categoria analitica e comparativa già in passato è stato sottoposto a una serie di critiche da parte degli studi di matrice femminista (vedi Orloff, 1993) che hanno messo in discussione l'idea stessa della demercificazione come funzione delle politiche di welfare. Se essa certamente trova un fondamento nelle condizioni attraverso cui il soggetto maschio adulto e occupato stabilmente (il *male breadwinner*) è stato protetto dai rischi della sua partecipazione al mercato del lavoro, per le donne la mercificazione è stata al contrario un mezzo attraverso cui accedere al mercato del lavoro e uscire dalle forze della segmentazione di genere della famiglia nucleare. Questa considerazione si porta dietro il rapporto problematico che in questa modellistica emerge tra le funzioni di cura della famiglia e la regolazione del welfare. Il punto è che in questi modelli la famiglia emerge soltanto nella sua configurazione nucleare (*male breadwinner family*) di agenzia dedita alle funzioni di cura (con le sue divisioni di genere tra uomini e donne) e per di più in via indiretta (Paci, 2007), là dove non intervengono né lo Stato né il mercato. Sono infatti le prestazioni assicurative legate alla occupazione stabile del maschio capofamiglia a costituire il tramite per il quale la famiglia e i soggetti esclusi o ai margini del mercato del lavoro (le donne e i giovani in primis) ricevono protezione sociale. Se in questo assetto la partecipazione femminile al lavoro è stata fortemente compressa, la penalizzazione ha riguardato il ruolo sociale della stessa cura familiare, sostanzialmente disconosciuta dal sistema di protezione sociale. Questo parziale misconoscimento delle funzioni della famiglia nella fornitura di servizi di welfare ha percorso buona parte dell'analisi comparativa sui "regimi di welfare", avendo l'effetto, come ricorda Mingione (1997), di una loro sostanziale rimozione dal dibattito teorico.

Solo in seguito alla crisi del fordismo e degli istituti del welfare assicurativo, e con il crescente mutamento delle stesse composizioni familiari, il rapporto tra protezione sociale e risorse di cura familiari è stato soggetto a una maggiore problematizzazione. Il tentativo è stato quello di guardare non solo al rapporto tra l'intervento dello Stato e la dipendenza del soggetto dal mercato, ma anche al ruolo della famiglia e delle obbligazioni familiari nella domanda e offerta delle prestazioni sociali. A tale proposito rilevanti paiono i recenti contributi che possono essere ascritti al filone degli studi sui "regimi di cura" (Bettio e Plantenga 2004; Bettio *et al.* 2006; Naldini 2006a,

2006b). Sebbene gran parte di queste indagini sia stata condotta sui soli servizi per i minori, il riferimento al concetto di "regime di cura" è importante per il costrutto teorico che sostiene questo approccio. Sia questo riferito alla cura per i minori o per gli anziani, come afferma Naldini (2006a, p. 94), l'utilizzo del concetto di "regime di cura" permette infatti di mettere al centro della riflessione:

"...Non tanto il lavoro di cura svolto dalle donne nell'ambito familiare, bensì quello svolto in modo remunerato nei servizi pubblici e privati, e quello, dai confini meno chiari, tra informale e formale. Analizzare i modelli o i regimi di *social care* (di *caring*) significa quindi guardare a come le diverse tradizioni di welfare hanno risolto e socializzato la questione della cura in termini di riconoscimento del valore di tale lavoro e conseguente sviluppo di un sistema di cura formale (pubblico, privato o no-profit), sostitutivo o complementare a quello informale, non retribuito svolto dalle donne".

Si possono vedere in questo mutamento teorico anche gli effetti di un cambiamento più generale che va interessando le policy e gli ambiti, dai confini più sfumati, della cura formale e informale. Possiamo ricordare in proposito quanto messo in evidenza da Pfau-Effinger (2005) circa l'emergere di una nuova generazione di politiche di cura, basate non tanto sulla distinzione, anche valoriale, tra servizi e trasferimenti, quanto piuttosto sullo sviluppo di reti di offerta che si pongono l'obiettivo di integrare l'estensione delle prestazioni *kind* con la possibilità di accedere anche a forme di trasferimenti che riconoscono economicamente il lavoro di cura familiare. Qui ritorna di estrema importanza la distinzione di Ungerson (1997) tra i vari generi di trasferimenti per la cura informale, suddivisibili in almeno cinque sottogruppi: i *carers allowance*, ovvero pagamenti trasferiti direttamente al soggetto che si rende disponibile a prestare assistenza a un familiare; i trasferimenti concessi alla stregua di un vero e proprio salario dalle amministrazioni. In questo genere di misure l'ammontare dell'erogazione è fissata sul livello della retribuzione di un operatore pubblico, così da scoraggiare effetti negativi sui livelli retributivi dell'assistenza formale; i *routed wages*, ovvero trasferimenti finalizzati all'acquisto di assistenza sul mercato della cura. Diversamente dai precedenti "salari", queste misure sono di solito associate alla regolarizzazione del lavoro di cura informale, mentre rispetto ai *carers allowance* sono trasferiti non al caregiver, ma al soggetto beneficiario di assistenza, il quale può utilizzare la somma per acquistare cura sul mercato o formalizzare il rapporto con il familiare; i *symbolic payments*: somme molto limitate concesse agli utenti per supportare l'assistenza e di solito non sono associati ad alcun controllo sul loro effettivo utilizzo come invece avviamo per gran parte dei *carers allowance*; infine la quinta modalità è quella del volontariato retribuito, ovvero il riconoscimento monetario che, ancorché di piccola entità, tende a remunerare l'attività volontaria per l'erogazione di prestazioni assistenziali.

Non va trascurato il fatto che la crescita dei programmi monetari volti a riconoscere la cura informale può anche implicare dei rischi, in particolare se questa scelta viene progressivamente ad associarsi al ritiro o alla diminuzione dalla partecipazione attiva delle donne al mercato del lavoro (per esempio nel caso in cui il caregivers si ritiri dal mercato del lavoro per assistere un familiare), o ancora al progressivo ritirarsi del pubblico dall'offerta in virtù della preferenza per la monetizzazione della cura

familiare (Daly e Lewis, 2002). Questo certamente è un elemento di cui tenere conto nella riconsiderazione dei rapporti tra famiglia e regolazione del welfare. Ma accanto a questo, la possibilità di combinare lavoro per il mercato e lavoro di cura -nella misura in cui ciò non sia in un rapporto di mutua esclusività con l'offerta di servizi o la scelta di partecipare al lavoro- può rappresentare anche un fattore di *empowerment* per lo stesso caregivers, là dove esso viene per esempio riconosciuto come titolare di diritti o messo nella condizione di scegliere tra i diversi ambiti di lavoro e "attività di cura fuori mercato socialmente riconosciute" (Paci, 2005; 2007). Riprendendo quando sottolineato in passato da Anttonen e Sipila (1996), possiamo dire che l'effettiva capacità di favorire processi di *empowerment* dipende da vari fattori che attengono alla promozione dell'autonomia, delle *capabilities* per dirla con Sen (1996), di chi riceve assistenza, ma anche di chi la presta all'interno della famiglia, ovvero il caregiver. Se in questa ottica guardiamo alle modalità emergenti di offerta, l'*empowerment* non riguarda semplicemente la facoltà di scelta dell'utente tra le diverse destinazioni d'uso delle prestazioni erogate, bensì la relazione di cura nel suo complesso, ricomprendendo al suo interno fattori che sono strettamente collegati tra di loro: le caratteristiche di funzionamento degli assegni di cura e dei vari generi di trasferimenti finalizzati a sostenere la presa in carico domiciliare; i criteri di attribuzione dei trasferimenti (all'utente o al familiare); la presenza o l'assenza di controlli in merito al loro effettivo utilizzo; il rapporto tra prestazioni *cash* e prestazioni *kind*; la posizione del caregivers nel rapporto di cura (la titolarità di diritti, la loro estensione e qualità, la possibilità di accedere a servizi *ad hoc*); il rapporto tra coinvolgimento nella cura familiare e canali di accesso al mercato del lavoro.

Seguendo questo schema procederemo nell'analisi sui cinque paesi individuati: Italia, Francia, Germania, Regno Unito e Svezia. La comparazione riguarda cinque contesti nazionali che per caratteristiche intrinseche coprono tutto il ventaglio delle famiglie del welfare messe in evidenza nel dibattito. D'altra parte c'è da dire che i paesi individuati hanno affrontato in questi ultimi dieci anni importanti cicli di riforma nelle politiche per gli anziani, costituendo, obbiettivamente, casi di studio degni di un certo interesse: l'Italia con la legge quadro di riforma dell'assistenza 328/2000 e le successive leggi di riforma approvate a livello regionale, la Francia con l'introduzione, prima della PSD (*Prestation Specifique Dependance*) e nel 2002 dell'APA (*Allocation Personnalisée d'Autonomie*), la Germania con la nuova assicurazione sociale per la non autosufficienza del 1995: *Pflegeversicherung*, il Regno Unito con i *NHS and Community Care Act* del 1990 e del 1993, e con i successivi cambiamenti inaugurati dai governi del New Labour tra il 1997 e la prima metà degli anni Duemila, infine la Svezia con la riforma *Adel* del 1992.

3. Le riforme delle politiche per gli anziani. Il mutamento istituzionale degli impianti regolativi.

3.1 Francia e Germania.

Iniziamo questa nostra analisi dai cambiamenti rinvenibili nelle politiche a sostegno del caregiving nei due paesi presi in considerazione per il raggruppamento dei welfare cosiddetti corporativi-conservatori, Francia e Germania. Per quanto riguarda la Francia il riferimento legislativo più importante è senz'altro costituito dalla *Allocation personnalisée d'autonomie* (APA). Introdotta nel 2002 dal governo Jospin, l'APA è una prestazione sociale monetaria erogata agli anziani non autosufficienti ultra-sessantacinquenni a livello dipartimentale, non cumulabile con altri servizi dipartimentali, né con le prestazioni assicurative delle *Caisses*, secondo una gradualità di risorse economiche che attengono esclusivamente allo stato più o meno elevato di dipendenza del soggetto richiedente. Da questo punto di vista, si tratta di un intervento fondato su principi di cittadinanza sociale, calibrato su un'assunzione di responsabilità finanziaria che coinvolge a differenti livelli lo Stato, i dipartimenti e l'utente secondo il diverso grado di perdita di autonomia e possibilità di compartecipazione economica. Pur trattandosi di una prestazione in natura, l'APA non costituisce una semplice misura di trasferimento monetario, ma è finalizzata all'acquisto di prestazioni assistenziali da parte dell'utente, siano queste residenziali o domiciliari, erogate da un prestatore individuale assunto direttamente dal beneficiario, da un familiare (che non sia il coniuge), da un'associazione di terzo settore accreditata, da un'impresa privata o dal pubblico. In caso di ricorso all'istituzionalizzazione il pagamento è versato direttamente alla struttura residenziale. Queste diverse soluzioni non sono l'una in opposizione all'altra, ma il beneficiario può ricorrere nello stesso momento a modalità di erogazioni differenti, combinando diverse prestazioni tra loro.

Rispetto a questo modello di offerta l'assicurazione sociale tedesca (introdotta nel 1995) presenta alcune differenze sostanziali, ma anche alcune similitudini che non vanno trascurate. Possiamo dire innanzitutto che rispetto al sentiero istituzionale lungo cui si sono evoluti i sistemi continentali, la *Pflegeversicherung* rimane ancorata ai principi assicurativi, in continuità con il sentiero istituzionale (*path dependency*) storicamente determinatosi nelle politiche di welfare bismarckiane (Lundsgaard, 2005; Gori e Pesaresi, 2005, Pavolini, 2005). Tuttavia per alcuni versi essa ha altresì indotto rilevanti innovazioni. Come sottolineato da Evers e Sachße (2003), l'introduzione della nuova assicurazione sociale ha permesso al comparto dei servizi sociali per gli anziani di uscire dal cono di residualità entro cui si erano evoluti storicamente, estendendo all'intera popolazione la copertura dei servizi, sia a coloro che contribuiscono direttamente, sia ai loro familiari. Inoltre, se per tutte le prestazioni assicurate è stato previsto un tetto massimo di spesa -che soprattutto nei casi di ricorso ai servizi residenziali richiede un concorso crescente di spese a carico dell'utente non autosufficiente- l'accesso alle prestazioni riguarda tutti i soggetti non autosufficienti in base all'intensità del loro stato di bisogno.

Dal punto di vista del sostegno riconosciuto al caregiver familiare i due istituti presentano similitudini assai interessanti. Sia l'APA che la Pflegeversicherung sono infatti misure che permettono all'utente di scegliere nell'assistenza domiciliare fra una prestazione cash e un servizio in kind erogato da fornitori professionali. Rispetto al ruolo assunto dal caregiver, entrambe sono del tipo *routed wages*, ovvero, riprendendo la classificazione proposta da Ungerson (1997), trasferimenti concessi all'utente (non al caregiver), con i quali può scegliere se utilizzare la somma per acquistare assistenza sul mercato sociale dei servizi o formalizzare il rapporto di cura con il familiare. In questo modo la posizione giuridica del caregiver non è equiparabile a quella del soggetto non autosufficiente, in questo caso il vero titolare del diritto all'assistenza. Ciò non significa che il rapporto di cura informale non implichi, tra le altre cose, anche la possibilità per il caregiver di vedersi riconosciute alcune prestazioni o forme di riconoscimento giuridico. Questo è per esempio contemplato nella Pflegeversicherung tedesca, in cui è prevista la copertura del trattamento pensionistico per i caregiver familiari², anche se, come mostrato da Jacobzone e Jenson (2001), di limitata entità. Bisogna dire che su questo terreno la legislazione tedesca si discosta nettamente rispetto all'omologa francese. In Francia il riconoscimento formale del lavoro di cura è infatti ristretto alla possibilità di trasferire parte della somma ricevuta al familiare, che non sia tuttavia il coniuge o il convivente. Inoltre non è prevista alcuna copertura previdenziale per il familiare che presta assistenza. In Germania invece non solo il riconoscimento giuridico e economico è esteso al trattamento pensionistico, ma sono molto meno rigidi i controlli circa l'effettivo utilizzo delle somme erogate. Qui emerge una differenza da non tralasciare. Se nel caso dell'assicurazione sociale tedesca l'intervento sociale appare più direttamente orientato a accompagnare, se non favorire la presa in carico familiare, anche attraverso la promozione del part-time, come modalità di combinazione prevalente per i caregiver tra impegni di cura e accesso al lavoro formale (su questo vedi meglio par. 4); in Francia il sostegno economico al caregiving non solo è più controllato dal punto di vista delle condizionalità poste dalla legislazione, ma soprattutto rientra primariamente nella politica di creazione di occupazione, ancorché a bassi salari, nei servizi sociali. Uno dei tratti caratteristici della politica sociale francese è infatti l'obiettivo di integrazione tra politiche sociali e politiche per la creazione di nuova occupazione nei servizi sociali alle famiglie (Barbier, 2006; Dutheillet de La Motte, 2006; Le Feuvre et al., 2004).

Questo tipo di approccio è alla base della costante crescita registrata negli impieghi individuali -cosiddetti *gré à gré*- tra il singolo utente e il singolo fornitore, sia questo privato o familiare, nel quadro di un'integrazione crescente con le politiche per il lavoro. La prima misura a favore del raccordo tra politiche sociali e creazione di occupazione risale addirittura al 1987, quando per gli anziani ultra-settantenni è stato previsto l'esonero dal pagamento dei contributi per l'acquisto di servizi di assistenza prestati da fornitori individuali, agevolati a loro volta con riduzioni contributive sul costo del lavoro e di tipo fiscali. In seguito, dalla Legge del 1992 sugli *Emploi familiaux* fino all'introduzione di speciali titoli di acquisto come il *Ticket Emploi-*

² La legge assicura la copertura dei contributi per chi assiste una persona anziana per almeno 14 ore alla settimana, ma al tempo stesso non abbia un lavoro per più di 30 ore settimanali.

Service, i rapporti *gré à gré* (dietro i quali si celano anche i familiari che non siano il coniuge) hanno conosciuto un costante incremento, concentrandosi, come sottolineato da Goillot e Mormiche (2002), nei servizi “leggeri” legati al disbrigo delle faccende domestiche, la cura personale, la pulizia della casa etc. In termini globali è peraltro questo il genere di attività che assicurano il volume più alto di ore di assistenza a domicilio, il 76% delle ore di lavoro totali nei servizi alle persone (Dares, 2007). La possibilità di acquistare servizi riguarda ovviamente anche il ricorso a servizi erogati da organizzazioni profit e non profit, per le quali esistono diverse fattispecie o modalità di fornitura che assicurano l’accesso agli sgravi contributivi. Non rientra negli obiettivi della nostra analisi l’approfondimento dei rapporti tra le organizzazioni non profit e il privato di mercato nell’offerta di servizi agli anziani (su questo si rimanda a Ciarini, 2008). Quello che qui è importante rimarcare è il duplice ruolo riconosciuto all’utente nel mercato sociale dei servizi: utente di assistenza che sceglie tra le diverse destinazioni d’uso e al tempo stesso datore di lavoro di prestatori di servizi al domicilio individuali o organizzati (profit, non profit)

3.2 L’Italia.

In Italia non esiste ad oggi una politica nazionale di sostegno al caregiving familiare. Nel deficit di regolazione che ha caratterizzato le più recenti riforme, su tutto il quadro di riforma dell’assistenza 328/2000, la cura familiare si trova ancora incagliata nello storico dualismo tra gli istituti assicurativi fondati sul lavoro salariato (vedi Esping-Andersen, 1990, 1999; Paci, 1992; Ferrera, 1996; Saraceno, 1998) e la residualità dell’assistenza sociale, lasciata alle responsabilità di cura familiari e alle diverse iniziative associative mutualistiche, laiche e religiose, che si sono sviluppate nell’alveo delle società locali (Paci, 1989). Con il risultato che per molta della domanda di assistenza inevasa sono ancora le misure assicurative, prettamente di origine previdenziale, a svolgere funzioni assistenziali. Con particolare riferimento agli anziani, in mancanza di un’adeguata rete di servizi sociali territoriali, gli unici strumenti *cash* non previdenziali attualmente in essere riguardano l’indennità di accompagnamento e le diverse forme di assegni di cura o voucher che in ambito locale e regionale sono state previste da alcune amministrazioni, ma senza che questo possa concorrere a definire una vera e propria politica nazionale.

Per quanto riguarda l’indennità di accompagnamento, essa viene fornita direttamente ai beneficiari, i quali la possono utilizzare per acquistare assistenza professionale o passarla a un familiare, senza che tuttavia sia espressamente finalizzata alla formalizzazione dei rapporti di cura. L’indennità di accompagnamento non è in altre parole una misura destinata a riconoscere formalmente e a regolarizzare il lavoro di cura informale, o all’acquisto di servizi su un mercato dell’assistenza, ma si configura alla stregua di un trasferimento universale (erogato a tutti i non autosufficienti, anziani e non, indipendentemente dal reddito e dall’età) volto a compensare in qualche modo i costi dell’assistenza. Oltre alla bassa dotazione finanziaria gli elementi di criticità interessano le procedure di valutazione e le sue stesse finalità. L’erogazione della prestazione è rimandata alle valutazioni effettuate dalle commissioni sanitarie locali,

senza la presenza di un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale, e con l'effetto di accrescere gli spazi di particolarismo del sistema assistenziale. In alcuni casi poi (soprattutto in alcune delle aree più svantaggiate del meridione) l'indennità di accompagnamento è utilizzata come misura di contrasto alla povertà (Gori, 2001)³, distorcendo in parte la finalità assistenziale di questo istituto, pensato per l'assistenza ma spesso utilizzato in mancanza di misure contro la povertà. Rispetto a questo, più strettamente "dedicati" a sostenere la presa in cura assistenziale appaiono strumenti come gli assegni di cura o i voucher, introdotti di recente a livello sub-nazionale. Tali misure meritano una precisazione che non è solo terminologica. Seguendo sempre Gori (2001) se gli assegni di cura vengono utilizzati come contributo economico per finanziare l'assistenza -erogata da un caregiver familiare o acquistata sul mercato-, i voucher costituiscono buoni servizi concessi dalle amministrazioni agli utenti per usufruire di determinati servizi offerti da fornitori accreditati in concorrenza tra loro. Lungo questa linea di demarcazione si possono considerare le diverse strategie di policy adottate dalle stesse regioni che li hanno istituiti. A titolo di esempio si consideri due delle regioni che più hanno legiferato sulla materia: la Lombardia e l'Emilia-Romagna.

Riprendendo quanto messo in evidenza da Pavolini (2004) proprio in merito alle politiche per gli anziani, possiamo distinguere tra il modello *liberal-comunitario innovativo* della Lombardia, ispirato ai valori della concorrenza tra fornitori accreditati e alla promozione della libertà di scelta ad opera dell'utente-consumatore, dal modello *socialdemocratico pragmatico* dell'Emilia-Romagna, in cui la costruzione del mercato sociale dei servizi (e dunque di programmi incentrati anche sulla possibilità di scelta tra provider in concorrenza) si accompagna ad un presidio locale delle reti di offerta pubbliche più forte. Schematizzando, se nel caso della Lombardia il focus dell'intervento pubblico è calibrato essenzialmente sulle funzioni di finanziamento degli utenti, attraverso l'erogazione di un voucher socio-sanitario, e l'accreditamento dei soggetti (profit e non profit) titolati a entrare nel mercato sociale, in Emilia-Romagna, la regolazione pubblica presenta gradi di influenza sul sistema di offerta più ampi, integrando al proprio interno gli strumenti monetari (che alimentano il mercato sociale) con la rete dei servizi pubblici locali. Accanto a questi due tipi l'autore (Ivi) segnala altri due modelli che in qualche modo gli sono affini: il modello *socialdemocratico tradizionale* della Toscana, vicino all'Emilia-Romagna per la centralità dell'impronta pubblica e dell'integrazione socio-sanitaria dei servizi territoriali, ma senza la previsione di misure *cash* finalizzate a favorire uno sviluppo parallelo delle forme di solvibilità della domanda; il modello *liberal-comunitario pragmatico* del Veneto, orientato alla valorizzazione della sussidiarietà orizzontale e del ruolo del non profit nel mercato sociale dei servizi (attraverso il sostegno alla

³ Su tale distorsione bisogna ammettere che, per buona parte, influisce sicuramente anche il fatto che l'Italia sia ancora oggi uno dei pochi paesi europei insieme alla Grecia e a non essersi dotato di una politica nazionale di contrasto alla povertà. In questo senso, in assenza di specifici istituti, il ricorso agli unici strumenti assistenziali disponibili è parso spesso come l'unico modo di intervento contro il disagio sociale posto dalle situazioni di povertà, soprattutto nel sud del paese.

solvibilità delle famiglie), come in Lombardia, ma anche allo sviluppo dei servizi territoriali gestiti dall'ente locale.

Al di là delle diverse sperimentazioni che si vanno attivando a livello regionale resta il fatto che, almeno in termini di finanziamenti erogati, è ancora l'indennità di accompagnamento lo strumento più utilizzato per il sostegno alla cura familiare. Peraltro essa appare in costante crescita. Se nel 1997 l'indennità di accompagnamento era erogata a 860.000 persone, delle quali, oltre il 70% anziani (Gori, 2001), in questi anni è arrivata a interessare circa 900.000 anziani (su 1.270.000 di beneficiari) (Inps, 2003). Da sola, l'indennità di accompagnamento mobilita il 48% delle risorse finanziarie dell'intero comparto socio-assistenziale, con un'incidenza superiore, nel 2002, alle stesse dotazioni di spesa previste per i livelli di governo territoriali (Inps, 2003)⁴.

3.3 La Svezia.

Vediamo a questo punto la Svezia. Lo stato sociale svedese è comunemente identificato per il maggiore grado di «defamilizzazione» e «individualizzazione» delle politiche di welfare rispetto agli altri contesti europei (Korpi, 1983; Esping-Andersen, 1990; 1999). In termini analitici, il patto sociale che sovrintende ai rapporti tra individui e redistribuzione pubblica vede lo Stato direttamente responsabile dell'offerta protezione sociale, attraverso una rete estesa di servizi e prestazioni pubbliche non means-tested, in sostituzione dei compiti assistenziali affidati alla famiglia. Questa situazione è particolarmente evidente nei servizi di assistenza agli anziani non autosufficienti, dove storicamente gli interventi hanno teso per l'appunto a defamilizzare, ovvero a sollevare le famiglie dalla responsabilità dell'offerta di cura, promuovendo per questa via la partecipazione delle donne al mercato del lavoro. Rispetto a questo quadro generale le misure introdotte con la riforma Adel del 1992 hanno contribuito a modificare alcuni dei tratti che vengono dalla tradizione istituzionale del welfare scandinavo.

Iniziamo dal rapporto tra la cura familiare e l'offerta di servizi pubblici agli anziani, soggetti nell'ultimo decennio a una progressiva riduzione dei tassi di copertura, tanto

⁴ In proposito è importante rilevare che a fronte dei trasferimenti provenienti dal centro del sistema amministrativo, attraverso le risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS), la capacità di spesa delle regioni è molto limitata. I fondi regionali contribuiscono solo per il 6% alla spesa dei comuni in ambito assistenziale (Ministero del Lavoro, 2005). Nel medio periodo la spesa regionale per l'assistenza è inoltre decresciuta, passando tra il 2000 e il 2003 da 556 a 354 milioni di euro. Se si considera che questa diminuzione è andata parallela all'aumento della spesa sostenuta con il FNPS, il dato che emerge è la sostanziale sostituzione dei fondi regionali con i finanziamenti attivati a livello centrale. In altre parole, la crescita della spesa dei comuni per finanziare gli interventi assistenziali è il risultato soprattutto dell'aumento dei finanziamenti del FNPS, più che dello sblocco di risorse aggiuntive tratte dai bilanci delle regioni.

nel comparto residenziale quanto in quello domiciliare⁵. Come è stato messo in evidenza da diversi studi (Johansson *et al.*, 2003; Trydegard, 2003; Swedish Welfare Commission, 2003), la riduzione della platea complessiva beneficiari ha avuto innanzitutto un effetto diretto sull'incremento delle attività di caregiving prestate dai familiari. In proposito Johansson *et al.* (2003) hanno messo in evidenza come tra il 1994 e il 2000 gli anziani ultra-settantacinquenni che hanno fatto ricorso alla cura familiare insieme ai servizi di assistenza domiciliare finanziati dalle amministrazioni siano passati dal 13% al 16% mentre, coloro che hanno usufruito dei soli servizi pubblici siano diminuiti dal 28% al 18% (Ivi). Parallelamente, ha osservato Szebehely (1998), in molte municipalità la disponibilità o meno di un partner all'interno della famiglia, e quindi di risorse di caregiving, è entrata a fare parte delle attività di valutazione e selezione della domanda per l'accesso all'assistenza pubblica. In tal modo il ricorso ai servizi pubblici è venuto a essere condizionato non solo all'accertamento del bisogno, ma anche alla presenza o meno di risorse di cura familiare.

Ai fini della nostra analisi quello che in questa parte è importante sottolineare è il fatto che la cura informale sia un elemento che è entrato a fare parte del sistema di regolazione delle politiche sociali. Questo lo si può desumere, d'altro canto, anche dall'introduzione di programmi di sostegno ai caregiver implicati nell'assistenza, in quanto soggetti titolari di diritti sociali (Pijl e Johansson, 2003; Dahlberg, 2006). Tra le diverse forme di compensazione diretta di cui i caregivers familiari possono beneficiare, vanno segnalati i rimborsi diretti al caregiver equiparati al salario di un prestatore pubblico di servizi di assistenza (Johansson, 2004). A questo genere di misure bisogna aggiungere i trasferimenti dalle amministrazioni locali all'anziano per finanziare l'assistenza del familiare (in base a criteri di esigibilità che variano da municipio a municipio). In merito a questi ultimi, nel 2004, 5300 persone hanno beneficiato di questa misura, con una crescita rispetto al 2000 del 13% (The Swedish Association of local Authorities and Regions, 2006). Per quanto riguarda invece i rimborsi diretti al caregiver, seppure a un livello relativamente modesto di copertura, con circa 3300 caregiver raggiunti nel 1997 (Socialstyrelsen, 1999), essi rappresentano comunque un programma interessante, per essere stata la Svezia -insieme alla Finlandia- l'unico paese europeo ad avere previsto nel suo ordinamento un contributo economico al familiare parificato al salario di un operatore pubblico. Nel prevedere tassi di sostituzione tra attività informale e cura formale pubblica non penalizzanti per la seconda, queste forme di trasferimenti appaiono finalizzate a non indurre un abbassamento dei costi dell'erogazione pubblica.

Sempre nell'ottica del sostegno al caregiver vanno inoltre segnalati i più recenti programmi che hanno mirato a coinvolgere le organizzazioni associative di Terzo settore nello sviluppo di servizi "dedicati" al caregiving (Dahlberg, 2004). Il riferimento va qui al sostegno "pubblico" conferito a queste organizzazioni nelle funzioni di supporto alla cura informale, di aiuto nelle faccende quotidiane e di

⁵ Prendendo come punto di riferimento l'arco di tempo 1994-2004 e il gruppo degli anziani ultrasessantacinquenni, nei servizi domiciliari la riduzione è stata dal 10,6 al 8,5%, mentre dal 8,7% al 6,7% nei servizi residenziali (Socialstyrelsen, 2005)

assistenza “leggera” (Jeppsson Grassman, 2006). Rispetto agli anni novanta, queste attività non finanziarie di supporto, formazione e orientamento dei caregivers hanno conosciuto un certo sviluppo. Esse possono prevedere la possibilità di organizzare gruppi di sostegno per la formazione dei familiari; la distribuzione di materiale informativo; la sostituzione dei caregivers nei casi di temporanea interruzione dell’attività di cura familiare; l’attività di volontariato a domicilio⁶.

3.4 Il Regno Unito.

Consideriamo infine il Regno Unito per il raggruppamento anglosassone. Rispetto al panorama dei *welfare regimes* europei, questo paese è stato tradizionalmente collocato nell’area dei sistemi caratterizzati da un’accentuata residualità delle prestazioni sociali, da un limitato intervento del pubblico, e da una generale tendenza a favorire soluzioni di mercato (Mingione, 1997; Esping-Andersen, 1990, 1999; Ferrera 2000). Ciò significa che alla residualità dell’intervento pubblico, finanziato tuttavia su base fiscale, corrispondono politiche sociali poco generose in termini di rendimenti e in ogni caso riservate ai soli segmenti di popolazione che non riescono a integrarsi attraverso la partecipazione al mercato del lavoro (Lewis, 1999; Glennerster, 2003). Se si esclude il settore della sanità, che a differenza di altre importanti aree della protezione sociale ha seguito criteri di regolazione ispirati all’universalismo delle prestazioni, i restanti pilastri della politica sociale mostrano chiaramente questo carattere selettivo degli interventi di protezione sociale⁷.

Le politiche per gli anziani non autosufficienti, in generale, non si sottraggono a questo schema di regolazione. Consideriamo innanzitutto il ruolo dei trasferimenti monetari nei confronti degli utenti anziani e dei singoli caregivers. Per quanto riguarda i primi, va segnalata in questi anni la crescita di una misura come l’*attendance allowance*, che nel 2004 ha raggiunto 1,4 milioni di utenti ultra-sessantacinquenni (il 19% della popolazione over 65). L’*attendance allowance* è un assegno per gli anziani non autosufficienti over 65 che abbiano necessitato di cure per almeno sei mesi continuativi e che non abbiano superato la prova dei mezzi. Si tratta nello specifico di un contributo volto a compensare finanziariamente i problemi posti dalla non autosufficienza, ma non finalizzato all’acquisto di assistenza formale, sia questa domiciliare o residenziale, o al riconoscimento monetario del caregiving familiare. La

⁶ Per una più ampia ricostruzione del ruolo assunto dalle organizzazioni associative nelle politiche per gli anziani in Svezia in rapporto alla fornitura pubblica e al ruolo del mercato si rimanda a Ciarini (2008).

⁷ Lo schema *beveridgiano* che in questo paese emerge identifica un sistema di politiche di welfare che al pari di quanto previsto nei contesti scandinavi sono finanziate dal sistema fiscale, distaccandosene tuttavia per l’impostazione non egualitaria della fruizione dei benefici sociali. Non tutti godono della possibilità di accedere al sistema di protezione sociale, ma solo coloro che si collocano al di sotto di una soglia standard (*flat rate*) individuata come minimo sociale.

somma può essere passata al familiare che si prende cura dell'anziano dipendente, ma non è pensata per formalizzare una prestazione di cura informale.

Per quanto riguarda la posizione del familiare invece, il dato maggiormente interessante ha a che fare con la presenza di servizi e trasferimenti dedicati al singolo caregiver, riconosciuto come soggetto giuridico destinatario di prestazioni assistenziali indipendentemente dalla condizione di non autosufficienza dell'anziano cui offre assistenza. Con l'approvazione del *Carers (recognition and Services) Act* nel 1995, la figura del caregiver è stato giuridicamente riconosciuto. In base a questa legge, e successivamente con il *Carers and Disabled Children Act* del 2000, il familiare si è visto riconoscere il diritto alla valutazione della propria condizione di bisogno assistenziale indipendentemente da quella della persona assistita, configurando in questo modo un diritto soggettivo autonomo slegato dalla condizione dell'anziano dipendente. Certamente ci sono trasferimenti, come nel caso dell'*attendance allowance*, che l'anziano può decidere di trasferire al familiare, ma accanto a questi sono previste tutta una serie di misure monetarie dirette al singolo caregiver. I familiari possono beneficiare sia di sussidi atti a favorire brevi interruzioni dall'attività assistenziale, sia di trasferimenti *ad hoc* (come il caso del *carers allowance*), finalizzati a promuovere la combinazione tra partecipazione al mercato del lavoro e coinvolgimento nell'attività assistenziale al domicilio. Il tratto comune a questi istituti è ancora il carattere residuale dell'impianto regolativo che li governa. Questo istituto appare infatti finalizzato soprattutto a sostenere le situazioni di presa in carico familiare più gravose, in presenza di bassi redditi percepiti da lavoro. Il *carers allowance* condiziona l'erogazione delle risorse economiche all'assolvimento di almeno 35 ore di cura a settimana e a un reddito percepito molto basso.

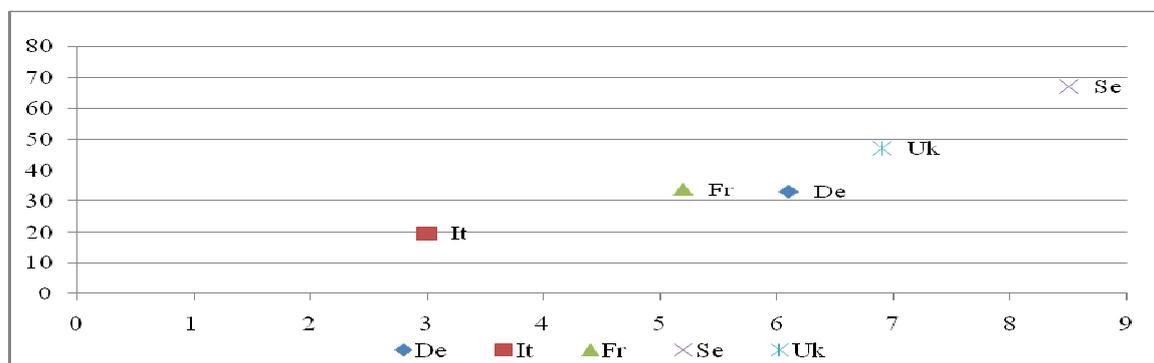
Nel doppio condizionamento relativo al reddito percepito e al monte ore di cura offerta, sono tre le considerazioni che si possono fare dal punto di vista adottato in questo lavoro. Primo, ritorna anche nelle misure di sostegno al caregiving l'idea di un sostegno pubblico previsto essenzialmente nei confronti di quei soggetti che si collocano al di sotto di una determinata soglia di reddito (*flat rate*). In secondo luogo, collocandosi al di sotto del reddito minimo, il *carers allowance* pone un freno al passaggio dall'attività formale verso l'«inattività» al di fuori del mercato del lavoro classico, rendendo necessario per i fruitori della misura la partecipazione al lavoro formale, così da accompagnare in termini reddituali il coinvolgimento nelle attività di cura familiare. Infine, per il vincolo delle 35 ore di cura settimanali (come condizione per usufruire del trasferimento) il *carers allowance* mostra un legame con la scelta di combinare il lavoro di cura con il part-time. Rispetto alle possibilità di accesso al mercato del lavoro formale il part-time svolge la funzione di cerniera tra il coinvolgimento nell'assistenza informale e l'accesso all'attività retribuita, delle donne per lo più. Non appare un caso che l'utilizzo del part-time raggiunga in questo paese le percentuali più alte tra i paesi considerati, tanto nella fascia 15-64 anni quanto in quella 55-64 anni (vedi prossimi paragrafi). Su questi aspetti concentreremo l'attenzione nel prossimo paragrafo, dove si affronterà il rapporto tra cura informale e partecipazione al mercato del lavoro nei paesi considerati.

4. Lavoro di cura informale e partecipazione femminile (full-time e part-time) al mercato del lavoro nei paesi europei.

I differenti percorsi di riforma che abbiamo prima trattato si vengono a chiarire meglio, se messi in relazione con variabili attinenti alla partecipazione femminile al mercato del lavoro, in particolare quella delle donne collocate nelle fasce di età in cui è più probabile trovarsi nella condizione di prestare cura a un familiare anziano dipendente (il genitore in particolare). Si è scelto così di correlare innanzitutto la copertura dei servizi domiciliari con i tassi di occupazione delle donne tra i 55 e i 64 anni e con il ricorso al part-time femminile per la stessa fascia di età nel 2004.

Come si vede dalla Figura seguente (vedi Fig. 1), tra i paesi nordici, continentali e mediterranei emergono sostanziali differenze tra l'occupazione femminile e l'estensione dei servizi. In Svezia a alti tassi di copertura dei servizi domiciliari si associano alti tassi di occupazione femminile. La Svezia è in assoluto il paese che ha il più alto tasso di occupazione per il segmento di popolazione femminile tra i 55 e i 64 anni: il 67%. In questo quadro il Regno Unito sembra collocarsi in uno spazio intermedio tra l'area scandinava e quella dell'Europa continentale (Francia e Germania) e mediterranea. Nel Regno Unito il tasso di occupazione femminile tra i 55 e i 64 anni arriva al 47%, un valore di venti punti percentuali circa inferiore alla Svezia, ma superiore a quello di Francia di circa quattordici punti percentuali e di diciassette a quello della Germania. Ai livelli più bassi di occupazione femminile e copertura dei servizi domiciliari si trova l'Italia con il 19,6% di donne occupate tra i 55 e i 64 anni e il 3% di offerta domiciliare.

Fig. 1 Anziani, Correlazione tra il tasso di copertura dei servizi domiciliari (x) e il tasso di occupazione femminile tra i 55 e i 64 anni (y), Val., %, Anno 2004



Paese	Tasso di copertura dei servizi domiciliari, Anno 2004	Tasso di occupazione femminile 55-64 anni, Val.%, Anno 2004	Tasso di occupazione femminile 15-64 anni, Val.%, Anno 2004
De	6,1	33	59,2
It	3	19,6	45,2
Fr	5,2	34	57,4
Uk	6,9	47	65,6
Se	8,5	67	70,5

Fonte: Tassi di copertura dei servizi domiciliari: per Germania: OECD, 2006; per la Svezia: Socialstyrelsen, 2005; per Francia e Regno Unito: Gori, 2005 e OECD, 2006; Per l'Italia: Gori, 2005. Per tassi occupazione 55-64 anni: nostra elaborazione su dati Eurostat-ESSPROS, 2007

Messi a confronto con i dati sull'assistenza domiciliare, le diverse posizioni dei paesi rispecchiano a questo livello un rapporto di mutua esclusività tra la partecipazione delle donne al mercato del lavoro e l'estensione dei servizi assistenziali. Al crescere della disponibilità dei servizi aumenta l'occupazione femminile. Viceversa a una bassa dotazione di servizi fa da contro altare una più bassa quota di occupazione delle donne. A questi dati è interessante correlare il ruolo delle implicazioni familiari nella cura degli adulti. Come per le precedenti considerazioni anche qui le differenze che emergono tra i paesi possono essere fatte risalire alla diversa dotazione di servizi sociali e conseguentemente ai diversi tassi di partecipazione femminile al mercato del lavoro. Ma qui influiscono non solo i fattori *hard* quanto anche la diversità dei contesti culturali entro cui sono concepite e regolate le obbligazioni familiari. I paesi che mostrano i più alti livelli di cura familiare, in questo caso l'Italia, sono anche quei contesti nazionali in cui le obbligazioni familiari arrivano fino alle terze generazioni. In Italia la famiglia svolge un ruolo assistenziale che è recepito nella stessa legislazione, considerando i figli responsabili della cura dell'anziano e, se del caso, del pagamento delle rette per il ricorso all'assistenza residenziale (Millar e Warman, 1996). Non è un caso che in questo paese le percentuali di anziani soli siano le più basse tra i paesi europei, mentre è più alto ricorso alle convivenze allargate di famiglie composte da più di due generazioni. Negli altri paesi, il peso delle obbligazioni familiari reciproche è meno pressante, e non riconosciuto esplicitamente dalla legge, mentre sono forti le assunzioni di responsabilità pubbliche. Questo è il caso dei contesti scandinavi, dove a un livello più basso di ricorso alla cura familiare,

corrisponde una percentuale di anziani soli più alta rispetto ai paesi dell'Europa meridionale. Anche nel Regno Unito le obbligazioni familiari sono minime, ma qui, a differenza dei contesti nordici, il livello di intervento pubblico è tradizionalmente più basso.

Particolarmente interessante è a questo punto guardare al lavoro part-time (Tab. 1) e alle modalità di distribuzione del lavoro retribuito tra i partner (Tab. 2).

Tab. 1, *Variatione del part-time femminile tra i 55 e i 64 anni di età, Val.%, Anni 1990-2004*

Paese	Occupazione femminile part-time, 55-64 anno 2004	Differenza 1990-2004	Occupazione femminile part-time, 15-64 anno 2004	Differenza 1990-2004
De	49,6	+6,1	41,3	+7,7
It	21	+10,6	24,7	+15,3
Fr	33,8	+2,5	29,9	+6,3
Uk	56,5	-2,7	43,5	+0,9
Se *	38,1	-15,7	36	-7

Fonte: nostra elaborazione su dati Eurostat-ESSPROS

* Il differenziale è calcolato sull'anno 1995

Tab. 2 *Le modalità di distribuzione del lavoro retribuito tra i partner in alcuni paesi europei, Val. %, Anno 2002*

	Uomo full time/Donna full time	Uomo full time/ Donna part time	Uomo occupato/ Donna non occupata	Uomo part time/Donna part time	Altro
De	26	26	36	1	12
It	30	12	49	3	7
Fr	38	19	31	2	11
Uk	36	28	26	2	8
Se	43	27	17	2	11

Fonte: European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions, 2002

Tra i paesi considerati (vedi Tab. 1) il Regno Unito mostra il più alto tasso di part-time per la coorte di età di considerata, 55-64 anni: il 56,5%, pur in presenza di una diminuzione di 2,7 punti percentuali tra il 1990 e il 2004. A riprova di ciò si consideri il part-time per la coorte 15-64 anni. Anche qui il Regno Unito evidenzia la più alta percentuale di utilizzo: il 43,5%. Se si considerano anche i valori relativi alla distribuzione del lavoro retribuito tra i partner (vedi Tab. 2), la tenuta del modello di famiglia *dual-earner* emerge abbastanza chiaramente. Sebbene in presenza di un valore relativamente più alto per la modalità "uomo full-time/donna full-time" (36%), è significativo il fatto che la percentuale "uomo full-time/donna part-time" sia la più alta tra i paesi considerati. In queste caratteristiche appare evidente anche il rapporto con l'impianto delle politiche sociali, nel nostro caso con le politiche per gli anziani. Come già mostrato il *carers allowance*, condiziona l'erogazione delle risorse economiche all'assolvimento di almeno 35 ore di cura a settimana. Da questo punto di

vista si tratta di un istituto che tende a combinarsi con il lavoro part-time, come misura di conciliazione, anche se a patto di un ammontare di reddito percepito molto basso.

Dal punto di vista del mutamento nell'utilizzo del part-time e delle modalità di redistribuzione del lavoro tra i partner (vedi Tab. 1 e 2), il caso più interessante è rappresentato dalla Germania. Per questo paese siamo infatti di fronte a una tendenziale crescita del part-time femminile, sia per la coorte di età 55-64 anni, sia per quella 15-64. Per le prime il part-time è arrivato nel 2004 al 49,6% (+6,1% rispetto al 1990), la percentuale più alta tra i paesi considerati dopo il Regno Unito. Lo stesso si può dire per le part-timer 15-64. Qui l'incremento è stato di 7,7 punti percentuali, arrivando nel 2004 al 41,3%. E' importante considerare tali caratteristiche perché sembrano segnare un mutamento rispetto al tradizionale modello di *male breadwinner family* (vedi Tab.2). Ciò ha implicazioni non solo rispetto alle modalità di accesso al lavoro retribuito tra uomini e donne, ma anche nel rapporto tra famiglia e offerta di cura. Nel modello della *male breadwinner family* il coinvolgimento delle risorse familiari e delle donne in particolare nell'offerta di assistenza passava necessariamente per l'esclusione di queste ultime dal mercato del lavoro⁸. Ancora oggi, ricorda Bevilacqua (2005) in termini di impegno familiare nella cura degli anziani l'impegno richiesto e offerto dai familiari è in Germania relativamente significativo: in media i caregiver familiari assicurano circa 45 ore di assistenza alla settimana (circa 6 ore e mezzo al giorno). Inoltre, ricorda lo stesso autore, la fascia tipo di familiari implicati nell'assistenza è quella delle donne (l'80% circa), con più di 40 anni (l'84%), non occupate o con un'occupazione a orario ridotto. Ora, dal nostro punto di vista, l'aumento del ricorso al part-time femminile nella fascia 55-64 anni può essere messo in relazione all'emergere di un diverso rapporto tra lavoro per il mercato e lavoro di cura informale che passa dall'utilizzo del part-time come strumento di conciliazione. Possiamo allora dire che l'introduzione dell'assicurazione sociale per la non autosufficienza *Pflegeversicherung*, sembra avere avuto un impatto non solo sulla regolamentazione del sistema di offerta, ma anche sulle modalità di accesso al mercato del lavoro da parte dei caregiver familiari, in particolare donne. Attraverso la possibilità per l'utente di destinare parte dei trasferimenti alla remunerazione del caregiver familiare, il tipo di rapporto che si viene a configurare tra lavoro formale e cura informale sembrerebbe passare per le caregiver, attraverso una combinazione crescente di lavoro per il mercato part-time e remunerazione economica per l'assistenza prestata in famiglia. A tale proposito ricordiamo che tra le forme di riconoscimento economico del caregiving previste dalla *Pflegeversicherung*, non solo vi è la possibilità di formalizzare il rapporto di cura con il familiare, ma anche il trattamento pensionistico (del caregiver) è in parte coperto dall'assicurazione sociale. Nello specifico la legge assicura la copertura dei contributi per chi assiste una persona anziana per almeno 14 ore alla settimana, ma al tempo stesso non abbia un lavoro per più di 30 ore settimanali.

⁸ In proposito si rimanda alla tipologia proposta da Sameck Lodovici e Oliva (2005). In questa modellizzazione nei paesi dell'Europa continentale, ad eccezione della sola Francia, corrisponderebbe un modello in cui l'assistenza ai familiari è sostanzialmente appannaggio delle donne, in presenza di un livello di offerta pubblico ridotto.

Del gruppo dei paesi continentali, la Francia rimane più distante rispetto alla Germania nell'utilizzo del part-time come misura di conciliazione, con un livello per la fascia 55-64 anni del 33,8% (sedici punti percentuali circa in meno rispetto alla Germania). D'altra parte nella tabella 2 la Francia mostra un consolidamento più accentuato del modello di famiglia *dual-earner*, con una percentuale pari al 38% (contro il 19% della modalità "uomo full-time/donna part-time"). Ciò significa che la Francia tende a avvicinarsi alle caratteristiche dei contesti scandinavi, quanto a modalità di redistribuzione del lavoro tra i partner?⁹ Allo stato dei dati a nostra disposizione tale ipotesi appare ambivalente. Da un lato si potrebbe dire che emerge un progressivo slittamento verso il modello di famiglia *dual-earner*, per la più bassa estensione del part-time femminile¹⁰. Dall'altro, come mostra la Tab. 1, rispetto ai primi anni Novanta il part-time per entrambe le fasce di età di età appare, anche se di poco, in crescita (+2,5 per le donne 55-64, +6,3 per quelle 15-64 anni). Inoltre se si guarda all'impianto delle politiche per gli anziani, il rapporto tra cura familiare e accesso al lavoro attraverso il part-time non è un elemento mancante. Come detto in precedenza, l'introduzione dell'APA ha previsto, tra le altre cose, anche la possibilità di passare parte dei trasferimenti al familiare che presta assistenza. Sulla base dei dati a disposizione, circoscritti ai canali di accesso al lavoro dei caregiver familiari che vengono remunerati attraverso l'APA, il rapporto tra part-time e riconoscimento economico tende a affiorare (anche se non alla stessa stregua del caso tedesco). Tra i familiari remunerati attraverso l'APA (la maggior parte donne con un'età superiore ai 51 anni) solo il 17% ha un'occupazione a tempo pieno, mentre il 45% ha un'occupazione part-time (Mette, 2003). Specularmente, tra i non beneficiari della misura, ma implicati nell'assistenza al familiare, la percentuale dei lavoratori a tempo pieno sale al 59%, mentre appare estremamente basso il ricorso al part-time (11%) (Ivi). Dunque anche in Francia si segnala una relazione tra accesso al lavoro part-time e cura informale nel caso dei caregiver remunerati. Certo è che i confini con l'inattività

⁹ In effetti, a sostegno di questa ipotesi si possono citare tutta una serie di studi che si sono concentrati sulle politiche per i minori. E' questo il caso del già citato lavoro di Naldini (2006b), in cui la Francia tende ad avvicinarsi a un modello di *dual-earner family* tipico dei contesti scandinavi. Sempre in questa prospettiva va poi ricordato il lavoro di Anttonen e Sipila (1996) in cui peraltro i due settori delle politiche a favore degli anziani e per i minori vengono tenuti contemporaneamente in considerazione. In questo lavoro i due autori mostrano le diversità di approcci che sottendono a queste due policy. All'orientamento sussidiario delle politiche per gli anziani, con un ruolo di primo piano accordato alla famiglia e alle organizzazioni associative, farebbe da contraltare un sistema di politiche per l'infanzia molto più sviluppato in termini di servizi, ma nell'ottica, tuttavia, più del sostegno alla natalità che non ai fini dell'ingresso delle donne nel mercato del lavoro.

¹⁰ Sul minore ricorso al part-time in questo paese possono influire vari fattori. Tra questi in particolare vale la pena ricordare il fatto che in Francia la politica di promozione della conciliazione tra vita e lavoro è avvenuta, da un lato all'insegna della parificazione dei diritti sociali connessi al part-time con il lavoro full-time, dall'altro nel quadro di un disegno più complessivo di riduzione dell'orario di lavoro per tutti a 35 ore settimanali con l'introduzione leggi Aubry del 1998 e del 2000.

rimangono labili. Non è necessariamente detto, infatti, che la remunerazione del familiare porti a una combinazione tra lavoro part-time e attività di cura informale. Diversamente ciò può sfociare anche nell'inattività. E qui i dati rinvenibili stanno chiaramente a indicare questa possibilità, là dove emerge che il 38% dei familiari retribuiti dall'APA sono inattivi, contro il 30% dei caregiver non beneficiari (Ivi). In sostanza, nel caso della Francia le caratteristiche che associano il lavoro part-time - femminile- al riconoscimento economico del lavoro di cura si presentano secondo caratteri maggiormente ambivalenti. La Francia d'altra parte per molti aspetti è un paese che sembra collocarsi a metà tra le spinte in direzione di una regolazione maggiormente universalista delle politiche sociali e le resistenze assicurative della *path dependency*, tra l'approdo a un modello di *dual-earner family* e la persistenza di più bassi tassi di occupazione femminile -sia 15-64 anni, sia 55-64 anni- rispetto ai contesti scandinavi.

Guardiamo a questo punto proprio ai contesti scandinavi e in particolare alla Svezia. I dati sul part-time (vedi Tab. 1) ci indicano innanzitutto per questo paese una tendenza ormai stabile verso la promozione del lavoro full-time femminile a discapito del ricorso al lavoro a tempo parziale. Come si vede dalla Tabella 1, contrariamente a quanto avvenuto in molti dei paesi presi in considerazione, il part-time è in tendenziale decrescita, nonostante la sua quota abbastanza alta (anche se inferiore ai livelli di Regno Unito e Germania). Tra i 55 e i 64 anni il part-time femminile è diminuito dal 1990 al 2004 di 15,7 punti percentuali. Allo stesso modo tra i 15 e i 64 anni di età: -7%. Se a questi dati si aggiungono le percentuali molto alte di occupazione femminile (nel 2004 67% per la coorte 55-64, 70,5% per la coorte 15-64 anni), il modello di distribuzione dei carichi familiari che emerge qui va nella direzione del rafforzamento della famiglia *dual earner* e dell'occupazione a tempo prolungato per le donne¹¹. Tali caratteristiche si associano evidentemente a un sistema dei servizi sociali in grado, tradizionalmente, di controbilanciare la mancata partecipazione delle donne all'attività di cura con l'articolazione dell'offerta formale. Da questo punto di vista è significativo il fatto che in questo paese le politiche sociali per gli anziani (impennate sui servizi diretti, siano questi pubblici o privati) non hanno previsto lo sviluppo di misure di remunerazione del caregiver familiare sul modello degli istituti introdotti in Germania. Non siamo in altre parole di fronte a un modello che tende a riconoscere formalmente

¹¹ Su questi processi di mutamento due sono le considerazioni che qui possono essere richiamate e che contribuiscono a spiegare meglio il quadro. In primo luogo sulla diminuzione del part-time per le fasce di popolazione over 50, preme ricordare che l'opzione del pensionamento graduale attraverso il part-time ha subito in questo paese nel corso degli anni Novanta (a causa della crisi economica del periodo) un brusco stop con la completa abolizione nel 1994 (su questo si veda meglio Valenti, 2005). Ovviamente l'abolizione di questo istituto può avere influito sulla diminuzione del part-time femminile tra i 55 e i 64 anni. In secondo luogo, come ricordato da Fasano (2005), nonostante il basso utilizzo del part-time ciò non significa che in Svezia non siano previste misure di conciliazione tra vita e lavoro. Queste sono presenti e ampiamente sviluppate, ma passano attraverso altri canali legati maggiormente al sistema di welfare nel suo complesso (più che al mercato del lavoro), come i congedi parentali, i servizi sociali, gli stessi generosi sussidi di disoccupazione.

il lavoro di cura familiare e per questa via influenzare anche la partecipazione al mercato delle donne caregiver. Semmai, pur in presenza di un tendenziale aumento della cura informale familiare, gli strumenti monetari resi disponibili completano il ventaglio delle opzioni a favore degli utenti e dei caregiver stessi, riconosciuti come utenti del sistema di offerta (su questo vedi meglio vedi par. 3.3).

5. Conclusioni. Modelli di relazioni tra cura familiare e cura formale nei “regimi di cura”.

In conclusione del lavoro possiamo rivisitare i modelli elaborati nella letteratura sui welfare regimes, problematizzando le funzioni della legislazione assistenziale e di sostegno al caregiving. Il punto di vista che abbiamo inteso adottare, come detto, è stato quello di concentrare l’attenzione sui processi di *empowerment* che coinvolgono gli utenti e i caregiver familiari nell’offerta di cura. In base al tipo di politiche a favore degli utenti e dei caregiver familiari emergono dalla nostra analisi tre macro-modelli, due dei quali scindibili in distinti sottogruppi.

Il primo macro-modello fa riferimento ai “regimi di cura” della Svezia e del Regno Unito. Essi sono accomunati dalla condivisione di una comune radice beveridgiana - ancorché di stampo più egualitario nel primo caso, residuale e means-tested nel secondo- che si traduce per i caregiver familiari in interventi ad hoc -sia in servizi che in trasferimenti- in quanto soggetti titolari di diritti assistenziali individuali, indipendentemente dalla condizione di non autosufficienza dell’anziano cui viene offerta assistenza.

Venendo ai due paesi in questione Svezia e Regno Unito sono gli unici paesi tra quelli considerati che prevedono interventi *ad hoc* sia per gli utenti anziani sia per i familiari coinvolti nella cura, riconosciuti come utenti destinatari di prestazioni al pari dell’anziano cui offrono assistenza. Nel Regno Unito il caregiver è giuridicamente riconosciuto sin dal 1995. Certamente ci sono trasferimenti, come nel caso dell’*attendance allowance*, che l’anziano può decidere di trasferire al familiare, ma accanto a questi i familiari possono beneficiare sia di sussidi atti a favorire brevi interruzioni dall’attività assistenziale, sia di trasferimenti *ad hoc*, come il *carers allowance*, finalizzati a promuovere la combinazione tra il coinvolgimento nella cura informale e la partecipazione al mercato del lavoro. Il riconoscimento di un diritto soggettivo, slegato dalla condizione dell’anziano dipendente, è presente anche in Svezia. In questo paese a un sistema esteso di servizi per gli anziani non autosufficienti, ancorché sottoposto a un processo di razionalizzazione che in parte può essere messo in relazione con il maggiore coinvolgimento delle risorse familiari nella cura degli anziani, corrispondono misure di sostegno al caregiving sia in servizi che in trasferimenti rivolte al familiare, in quanto soggetto titolare di diritti sociali. Tra le diverse forme di compensazione diretta di cui i caregivers familiari possono beneficiare, sono stati messi in evidenza i rimborsi diretti al caregiver equiparati al salario di un prestatore pubblico di servizi di assistenza e le misure di supporto,

orientamento, formazione che tendono a vedere coinvolti anche i soggetti di terzo settore in un rapporto di crescente complementarietà con le amministrazioni locali.

Questo macro-modello beveridgiano può essere suddiviso in due sottogruppi, il primo, quello della Svezia, tendente a rimarcare una più forte accentuazione egualitaria della regolazione e una maggiore generosità degli interventi, il secondo, quello del Regno Unito, caratterizzato da un persistente residualismo e means-testing che influenza tutto il ventaglio delle misure, *cash* e *kind*, in favore degli anziani e dei familiari. Detto in altri termini, se nel Regno Unito l'offerta di protezione sociale pubblica tende a essere rivolta a quei soggetti, anziani o caregiver, che si collocano al di sotto una determinata soglia di reddito, inteso come minimo vitale, in Svezia le misure assistenziali fanno perno su una base universalista molto più ampia, tanto in termini di soglie di accesso che di estensione delle prestazioni pubbliche.

Il secondo macro-modello fa riferimento all'area dell'Europa continentale, precisamente a Francia e Germania. *Questi due paesi sono accomunati dalla presenza di un sistema di protezione sociale per i caregiver di tipo indiretto. La figura del caregiver non viene riconosciuta dal sistema di offerta come titolare di diritti individuali, ma viene protetta indirettamente attraverso le risorse conferite all'anziano non autosufficiente, in questo caso il principale soggetto titolare del diritto all'assistenza.*

I processi di riforma dei due paesi divergono in due sottogruppi rispetto alle finalità che sottostanno al riconoscimento giuridico e economico del caregiving. In Francia questa possibilità è ristretta alla possibilità di trasferire parte della somma ricevuta al familiare, che non sia tuttavia il coniuge o il convivente. Inoltre non è prevista alcuna copertura previdenziale per il familiare che presta assistenza. In Germania invece non solo il riconoscimento giuridico e economico è esteso al trattamento pensionistico, ma sono molto meno rigidi i controlli circa l'effettivo utilizzo delle somme erogate. Qui emerge la differenza fondamentale. *Nel caso dell'assicurazione sociale tedesca l'intervento sociale appare più direttamente orientato a accompagnare, se non proprio promuovere la presa in carico familiare, anche attraverso la promozione del part-time come misura di conciliazione tra impegni di cura e accesso al lavoro formale da parte dei caregiver.* Di fatto, l'introduzione dell'assicurazione sociale e la possibilità di remunerare il lavoro informale ha avuto un impatto sulle modalità di accesso al mercato del lavoro da parte dei caregiver familiari. Anche in Francia si assiste a una crescita dell'utilizzo del part-time tra i caregiver remunerati attraverso l'APA, come misura di accesso al lavoro formale. Qui tuttavia l'impatto di tali trasformazioni appare di minore intensità e tale da non influire più di tanto sulle modalità di distribuzione del lavoro all'interno delle famiglie. Questo perché *la politica dei trasferimenti in Francia è orientata, prima ancora che a favorire il riconoscimento del lavoro familiare, alla creazione di occupazione formale nei servizi sociali, con l'anziano nel duplice ruolo di utente e di datore di lavoro (con risorse economiche provenienti dallo stato) di prestatori di servizi esterni (individuali, profit o non profit).* L'opzione della politica francese mira in altre parole a favorire soprattutto gli impieghi cosiddetti *gré à gré* tra il singolo utente e il singolo fornitore -

sia questo individuale o organizzato, privato for profit o non profit- nel quadro di un'integrazione stringente con le misure per la creazione di occupazione nei servizi sociali.

Il modello italiano, tra quelli considerati è quello che mostra i minori segnali di rinnovamento, almeno a livello nazionale. Nonostante la riforma dell'assistenza nel 2000 e la sperimentazione in alcune regioni di misure innovative, come gli assegni di cura o i voucher, persiste in questo paese uno sbilanciamento a favore dei più tradizionali strumenti monetari di indennizzazione passiva rispetto ai servizi. Il basso livello dell'occupazione femminile e del part-time stesso (anche se in tendenziale aumento, ma non tale da raggiungere i livelli degli altri paesi) rimandano a un sistema di offerta nel quale il mancato o parziale intervento pubblico, fanno risaltare le funzioni di cassa di compensazione che la famiglia svolge. Questo ruolo è peraltro riconosciuto dalla stessa legge. Il riconoscimento legislativo degli obblighi di cura familiari estesi fino alle seconde generazioni, rende la famiglia la principale agenzia di welfare, ma senza che questo paese si sia mai dotato di una compiuta politica di sostegno al caregiving, né in termini di trasferimenti assistenziali "dedicati" (di origine cioè non previdenziale), né in servizi. L'istituto monetario preponderante nel sostegno alla cura informale è ancora l'indennità di accompagnamento. In assenza di adeguati servizi in kind, così come di istituti a riconoscere e regolarizzare l'assistenza informale, accanto alla famiglia è il mercato irregolare il principale canale di erogazione di prestazioni sociali agli anziani. Esso tra l'altro è alimentato, in parte da risorse proprie delle famiglia, in parte dai trasferimenti assistenziali sul modello dell'indennità di accompagnamento, la quale, come detto, non è finalizzata a alcuna regolarizzazione dell'assistenza informale, ma più semplicemente è rivolta a compensare i costi sostenuti dalla famiglia e dall'anziano non autosufficiente.

Riferimenti Bibliografici

Antonen A., Sipila J., (1996), *European Social Care Services: Is it Possible to Identify Models?*, «Journal of European Social Policy», n. 5, pp 87-100

Barbier J. C., (2006), *Le cas francais présenté en perspective comparative*, Paper,

Beck U., (2000), *Il lavoro nell'epoca della società della fine del lavoro. Tramonto delle sicurezze e impegno civile*, Torino, Einaudi,

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

Bettio F., Simonazzi A., Villa P., (2006), *Change in care regimes and female migration: the “care drain” in the mediterranean*, «Journal of European Social Policy», n. 16, pp. 271-285

Bevilacqua E., (2005), *I servizi sociali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, «Quaderni del Cespe», n. 2, Marzo

Ciarini A., (2008), *Dai regimi di welfare ai “regimi di cura” in Europa. Il caso delle politiche per gli anziani non autosufficienti in Italia, Francia, Regno Unito e Svezia*, Tesi di Dottorato

Dahlberg L., (2006), *The Complementary Norm: Service Provision by the Welfare State and Voluntary Organisations in Sweden*, in «Health and Social Care in the Community», vol. 14, n. 4, pp. 302-310

Daly M., Lewis J., (2000), *The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states*, «British Journal of Sociology», n. 2, pp. 281-298

Dares (2007), *Les services à la personne en 2005: poussée des entreprises privées. Première synthèses Informations*, n. 20.1, Mai

Da Roit B. (2004), *Il riordino delle erogazioni monetarie per gli invalidi civili*, in Gori C., a cura di, *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Roma, Carocci

Dutheillet de La Motte O., (2006), *Une nouvelle approche des politiques de l’emploi*, «Droit Social», n. 2, p. 124-128

Esping-Andersen G., (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press

Esping Andersen G., (1999), *Social Foundation of Post-Industrial Economies*, Oxford, Oxford University Press

Eurostat (2006), *How is the time of women and men distributed in Europe?*, Statistics in focus, n. 4

Evers A., Sachße C., (2003), *Social care services for Children and Older people in Germany: Distinct and separate Histories*, in *The Young, the Old and the State. Social care systems in Five Industrial Nations*, Anttonen A., Baldock J., Sipila J., (a cura di), Cheltenham, Edward Elgar

Fasano A., (2005), *Le politiche di conciliazione del tempo di vita e di lavoro in Europa. Il caso delle esenzioni dal lavoro e del lavoro part-time*, «Quaderni del Cespe», n. 3, Giugno

Ferrera M., (1993), *Modelli di Solidarietà*, Bologna, Il Mulino

Ferrera M., (1996), *Il modello sud-europeo di welfare state*, «Rivista Italiana di Scienza Politica», n. 1, pp. 67-103

Ferrera M., (2007), *Trent'anni dopo. Il welfare state europeo tra crisi e trasformazione*, «Stato e Mercato», n.3, pp. 341-376

Goillot C., Mormiche P., (2002)., *Enquête Handicaps–Incapacités–Dépendance auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en 1999*, Résultats détaillés, INSEE Résultats, série Société, n. 6, IN-SEE, Paris

Gori C., (2001), *Gli assegni di cura: una rivoluzione silenziosa del welfare italiano?*, in Ranci (a cura di), *Il mercato sociale dei servizi alla persona*, Roma, Carocci

Gori C. (2002), *Il welfare nascosto. Il mercato privato dell'assistenza in Italia ed Europa*, Roma, Carocci

Gori C. Pesaresi F., (2005), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Europa*, in Facchinelli C., (a cura di), *Anziani e sistemi di welfare*, Milano, Franco Angeli

Glennerster H., (2003), *Understanding the finance of welfare. What welfare costs and how to pay for it*, a cura di, Bristol, The Policy Press University of Bristol

Inps, (2003), *Rapporto annuale 2002*, Roma

Jeppsoon Grassman E., (2006), *What is the role of the third sector in Nordic care for elderly people?*, in Matthiess A. L., (a cura di), *Nordic civic society organisations and the future of welfare services*, Copenhagen, Nordic Council of Ministers

Johansson L., Sundstrom G., Hassing L. (2003), *State Provision Down, Offspring's Up: The Reverse Substitution of Old Age Care in Sweden*, «Ageing and Society», n. 23, Cambridge University Press, pp. 269-280.

Johansson L. (2004), *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*, Stockholm, National Background Report from Sweden.

Korpi W. (1983), *The Democratic Class Struggle*, London, Routledge e Kegan Paul

Le Feuvre N., Membrado M., Valette M. (2004). *Labour Supply in Care Services in France*, National Report Toulouse: Report to the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

Lewis J., (1999), *Reviewing the relationship between the voluntary sector and the state in Britain in the 1990's*, *Voluntas*, Vol. 10, n. 3, p. 255-270

- Lewis J. (2001), *Older People and the health-social care boundaries in the Uk: half a century of hidden policy conflict*, «Social Policy and administration», n.4, p. 343-
- Lundsgaard J., (2005), *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?*, OECD Health Working papers, n-20
- Mette C., (2004), *Allocation personnalisée d'autonomie à domiciles: une analyse des plans d'aide*, Drees, Études et Résultat, n. 293, Paris
- Mingione E., (1997), *Sociologia della vita economica*, Roma, Carocci
- Ministero del Lavoro, (2005), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Roma
- Naldini M., (2006a), *Trasformazione lavorative e familiari: soluzioni di policy e regimi di welfare*, «Economia e Lavoro», n.1, pp. 73-90
- Naldini M., (2006b), *Le politiche sociali in Europa. Trasformazione dei bisogni e riposte di policy*, Roma, Carocci
- OECD (2006), *Society at a Glance*, OECD Social Indicator, Paris
- Orlof A. S., (1993), *Gender and the Social Rights of Citizenship: The Comparative Analysis of Gender relations and Welfare State*, «American Sociological Review», n. 58, pp. 303-328
- Paci M., (2005), *Nuovi lavori, nuovo welfare. Sicurezza e libertà nella società attiva*, Bologna, Il Mulino, Bologna
- Paci M., (1982), *Onde lunghe nello sviluppo dei sistemi di welfare*, in «Stato e Mercato», n. 6, pp. 345-401
- Paci M., (2004), *Le ragioni per un nuovo assetto del welfare in Europa*, «La rivista delle politiche sociali», n. 1, pp. 335-375
- Paci M., (2007), *Famiglie, regimi di welfare e economia dei servizi*, in Regini M., (a cura di), *La sociologia economica oggi*, Bari, Laterza, pp. 58-79
- Pavolini E., (2005), *Regioni e politiche per gli anziani*, Roma, Carocci
- Pfau-Effinger B., (2005), *Development paths of care arrangements in the framework of family values and welfare values*, Pfau-Effinger P., Geissler B., *Care and social integration in the European Societies*, Bristol, The policy Press University of Bristol

Pijl M. Johansson L. (2003), *Filling the Care Gap. A Critical Analysis of the Support Carers of Older Persons*, Presentation at the esa Conference, Murcia, Spain

Saraceno C., (1998), *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Bologna, Il Mulino

Samek Lodovici M., Oliva D., (2005), *Europa. Modelli di conciliazione dei tempi*, «La rivista delle politiche sociali», n. 3, pp 175-201

Sen A., (1994), *La diseguaglianza. Un riesame critico*, Il Mulino, Bologna

Socialstyrelsen (1999), *Social Services in Sweden*, Stockholm

Socialstyrelsen (2005), *Institutional Care for the Elderly in Sweden*, Stockholm

Szebehely M., (1998), *Changing division of care-work: caring for children and frail elderly people in Sweden*, in Lewis J., (a cura di), *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Aldershot, Ashgate

Swedish Welfare Commission, (2003), *A welfare balance sheet for the 1990s*, «Scandinavian Journal of Public Health», supplement 60, Stockholm

The Swedish Association of local Authorities and Regions, (2006), *Care of the Elderly in Sweden Today*, Stockholm

Titmuss R. M., (1974), *Social policy. An introduction*, New York, Pantheon Books

Trydegard G. B., (2000), *Inequality in the Welfare State? Local Variation in Care of the Elderly-the Case of Sweden*, «International Journal of Social Welfare», n. 10, pp. 174-18

Trydegard G. B., (2003), *Les réformes des services de soins suédois dans les années quatre-vingt-dix. Une première évaluation de leurs conséquences pour les personnes âgées*, «Revue française des Affaires sociales», n. 4, pp. 423-442

Trydegard G. B., (2005), *Social Care for the Elderly in Sweden - a welfare service in transition*, Presentation at the Conference on "80 years modern social welfare in Estonia" Tartu University

Ungerson C., (2000), *Thinking about the production and consumption of long-term care in Britain: does gender still matter?*, «Journal of Social Policy», Vol. 29, p. 623-643

Valenti P., (2005), *Le politiche di invecchiamento attivo in Europa*, «Quaderni del Cespe», n. 1, Gennaio

Vicarelli G., (2005), *Il malessere del Welfare*, (a cura di), Napoli, Liguori editore