

COME AFFRONTARE LA CATTIVA SALUTE IN ETÀ ANZIANA: SIMILITUDINI E DIFFERENZE TRA POVERI E NON, IN ITALIA E IN EUROPA

1. *Mutamenti demografici e bisogni di cura*

In anni recenti gli scienziati sociali e i *policy maker* hanno dedicato una crescente attenzione ai bisogni di cura della popolazione anziana¹. Le ragioni di questo accresciuto interesse hanno a che fare con gli squilibri e le nuove necessità derivanti da importanti fenomeni di cambiamento sociodemografico comuni alle società dell'Europa occidentale, schematicamente: il progressivo aumento della popolazione di anziani e grandi anziani; i crescenti vincoli finanziari all'espansione dei sistemi di welfare; la minore disponibilità di *care-giver* familiari non pagate. Nel loro insieme, questi fenomeni segnalano un mutamento in atto non solo nella domanda di cura, ma anche nella composizione e negli equilibri interni di quella che è stata chiamata «cura sociale», ovvero nel pacchetto complessivo di prestazioni e prestatori di cura nei confronti delle persone fragili e non del tutto autosufficienti.

La simultaneità di questi fenomeni e la relativa velocità e uniformità con cui si sono manifestati, in società altrimenti fortemente differenziate, sono tra i fattori che spiegano il grande interesse da essi suscitato. Un ulteriore motivo di interesse è dato dal ruolo che avranno le risposte di *policy* adottate nel determinare i futuri assetti sociali, economici e di welfare dei diversi paesi. Infatti, le politiche con cui verrà affrontata la sfida di una crescente richiesta di servizi di cura per la popolazione anziana inciderà in maniera determinante sulle disuguaglianze sociali, sul sistema delle solidarietà generazionali pubbliche e private, sui tassi di occupazione della popolazione femminile, e sugli equilibri di genere nelle famiglie e nella società. Un rapido esame della situazione europea rivela che, a fronte della forte similitudine delle difficoltà poste dai recenti cambiamenti sociodemografici, sono seguite nei vari paesi risposte assai differenziate.

In questo capitolo mi propongo di esaminare le differenze che, nella popolazione anziana, separano i poveri da coloro che non sono tali quanto al mix di risorse di cura attivate per fronteggiare una condizione di cattiva salute. Inoltre, cercherò, di analizzare in che misura tali differenze, ove si diano, siano sensibili alle caratteristiche del contesto di welfare. In particolare lo studio si concentra su quattro paesi tra loro molto diversi rispetto all'offerta pubblica di servizi di cura per gli anziani: Italia, Germania, Olanda e Danimarca. Come evidenziato dagli studi di politica sociale, infatti, questi paesi si differenziano notevolmente per quel che riguarda il livello di copertura (percentuale della popolazione di interesse beneficiaria di aiuti), l'intensità (ammontare di tempo e/o denaro trasferito ai percettori) e il tipo (prestazioni in denaro o servizi) delle politiche di cura rivolte alla popolazione anziana. In generale la generosità delle politiche pubbliche è maggiore, nell'ordine, in Danimarca, Olanda, Germania che in Italia [Antonnen e Sipilä 1996; Bettio e Plantega 2004; Rauch 2007; Jensen 2008].

¹ Di qui in avanti si parlerà di «cura» per riferirsi ai bisogni e alle prestazioni di tipo non medico legate alla fragilità e non autosufficienza. Il termine «cura sociale» (dall'uso dell'inglese *social care*) verrà invece utilizzato per indicare l'insieme delle attività di cura non medica e degli attori che la prestano, e quindi: servizi pubblici e privati, di mercato e non.

2. Le risposte alle necessità di cura degli anziani: quattro esempi in Europa

Nella maggior parte dei paesi europei, a partire dall'inizio degli anni Novanta, vi sono stati significativi cambiamenti nelle politiche di cura per la popolazione anziana: nei modi di finanziamento, nel tipo e modalità di erogazione dell'aiuto fornito, e nei criteri di accesso [Theobald 2005; Pavolini e Ranci 2008]. In generale si è assistito ad una maggiore presa di coscienza da parte dello stato delle necessità di accudimento degli anziani non autosufficienti, laddove in precedenza in molti paesi il focus era quasi esclusivamente sui bisogni di cura sanitaria. I criteri di accesso alle prestazioni di welfare hanno raggiunto un maggior livello di universalismo. Vi è stata poi una generale ricollocazione delle responsabilità pubbliche nell'erogazione dei benefici: dall'ambito nazionale a quello locale. Altre tendenze generali sono state la crescita del ruolo dei trasferimenti finanziari a fronte dell'offerta pubblica di servizi di cura, e la crescente attenzione e importanza assegnata al *community care* e quindi all'integrazione dei servizi pubblici con quelli provenienti dalle reti di aiuto informale e dal terzo settore, oltre che dal mercato.

Al di là di alcune tendenze comuni, tuttavia, i punti di partenza e i percorsi di sviluppo delle politiche di sostegno alla cura variano molto all'interno dell'Europa, e non sembrano esservi segni di convergenza [Tester 1996; Pacolet *et al.* 2000; Theobald 2005]². Il modello scandinavo, il più generoso tra quelli considerati, è andato differenziandosi. In particolare, mentre il livello di copertura dei servizi pubblici è rimasto costante in Norvegia ed è aumentato in Danimarca, in Svezia non v'è stato un adeguamento alla crescente domanda. Nei paesi dell'Europa continentale, alcuni dei quali in precedenza avevano una nulla o scarsissima offerta pubblica di servizi di cura per gli anziani, l'introduzione di forme di assicurazione per i bisogni di cura di lungo termine si è accompagnata sia ad una universalizzazione dei benefici, sia allo sviluppo di servizi, in alternativa, o più spesso in integrazione, delle cure fornite dai familiari. Differentemente, nei paesi dell'Europa mediterranea le politiche di cura per gli anziani sono rimaste generalmente poco sviluppate. Permane quindi la tradizione di privilegiare, rispetto ai servizi pubblici, i trasferimenti finanziari alle persone che necessitano assistenza continua, e di porre un forte accento sugli obblighi familiari di cura informale³. Le differenze tra questi modelli si ritrovano anche nei paesi qui esaminati.

In Danimarca esiste l'obbligo dei servizi comunali di fornire sostegno e cura alle persone che non sono autosufficienti. I criteri di accesso ai servizi sono di tipo universalistico. La copertura è elevata – nel 2004 il 29% degli individui con 65 anni o più accedevano ai servizi pubblici di cura – e l'intensità del servizio moderata. Tradizionalmente in Olanda i servizi di cura a lungo termine per gli anziani si sono basati su un'ampia offerta di servizi di *residential care* (attraverso il programma denominato Awbz). Il sistema viene riformato nel 1989, favorendo l'offerta di cura a domicilio, e negli anni Novanta viene introdotto il «budget personale». Quest'ultimo programma garantisce agli individui riconosciuti come «aventi diritto all'assistenza» l'opzione di avvalersi di servizi di cura o di ricevere una compensazione finanziaria – con cui acquistare servizi di cura sul mercato o compensare le fornitrici di cura informale. Il beneficiario deve concorrere ai costi connessi alle cure ricevute a domicilio o in una struttura residenziale. Le barriere di accesso al servizio, quindi, sono maggiori che in Danimarca, ma non risultano essere particolarmente elevate. La copertura dei servizi di cura tra la popolazione anziana è

² Diversamente, la tesi di una progressiva convergenza nei sistemi di cura sociale a lungo termine è sostenuta da Pavolini e Ranci [2008].

³ Va tuttavia notato che con la recente *ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia* la Spagna sembra iniziare a discostarsi da questo approccio alle politiche di cura sociale [Bernardi e Sarasa 2009].

elevata (22,4%), ma l'intensità è bassa. Ciò significa che ne rimane un'ampia parte da soddisfare con risorse proprie. In Germania, dopo l'introduzione dell'assicurazione per i bisogni di cura di lunga durata nel 1995 (*Pflegeversicherung*), viene garantita a tutte le persone con bisogni di cura l'opzione di accedere a servizi a domicilio o in strutture residenziali, oppure di ricevere una compensazione finanziaria per l'acquisto di servizi. Tuttavia va notato che i criteri di accesso, basati sul livello di disabilità, sono abbastanza stretti e il livello di copertura della popolazione con 65 anni o più risulta ridotto (8%), mentre l'intensità del servizio è molto alta [Rauch 2007]. Inoltre, i dati disponibili indicano che, a dieci anni dall'introduzione della misura, una larga maggioranza degli utenti preferisce il trasferimento monetario alla fornitura di servizi. In Italia l'offerta pubblica di servizi di cura a domicilio, in servizi collettivi diurni (centri sociali), o in istituzioni residenziali rimane assai povera, mentre più significativo è l'impatto dei trasferimenti finanziari per le persone non autosufficienti: l'indennità di accompagnamento a livello nazionale e l'assegno di cura presente talvolta a livello locale. I criteri di accesso sono diversi per le due misure. L'accesso all'assegno di cura è generalmente vincolato, oltre che alla residenza, al reddito familiare del richiedente e alla sua condizione di salute. L'indennità di accompagnamento non pone requisiti di reddito all'accesso, tuttavia viene erogata solamente a persone che siano totalmente non autosufficienti e abbiano bisogno di una assistenza continuativa. Ne risulta che il livello di copertura della misura è abbastanza basso: il 9% della popolazione ultrasessantacinquenne [Micheli e Rosina 2008].

Le diversità nel tipo di politiche di cura adottate, nella loro generosità e nei criteri di accesso hanno un effetto non neutro sul livello di defamilizzazione⁴ del benessere degli anziani e delle obbligazioni di cura dei loro famigliari, e sulla distribuzione delle risorse di cura lungo l'asse della stratificazione sociale. Restringere l'accesso alle prestazioni pubbliche per la cura degli anziani non favorisce le fasce sociali più deboli, aumenta le disuguaglianze di benessere, e sfavorisce le *care-giver* familiari delle classi sociali più basse, condizionandone la partecipazione al mercato del lavoro e la qualità di vita [Sarasa 2008, Sarasa e Billingsley 2008]. Anche l'assegnare un peso elevato ai trasferimenti finanziari, piuttosto che all'offerta di servizi pubblici, presenta numerosi inconvenienti. Di fatto la preferenza per politiche di trasferimenti finanziari per la cura degli anziani viene spesso giustificata su due basi: *a*) l'idea che questo tipo di politiche lasci maggiore libertà di scelta agli anziani di decidere quali servizi acquistare e da chi; *b*) l'assunto che l'aiuto informale fornito dalle famiglie, e il suo «libero» combinarsi con i servizi di mercato, sia più personalizzato e più elastico dei servizi pubblici rispetto alla qualità e quantità di aiuto che necessita l'anziano. Tuttavia questo tipo di politiche ha anche numerosi effetti negativi. Innanzitutto si creano differenze sistematiche nell'accesso ai servizi di mercato a seconda della classe sociale di origine dei beneficiari: tra le classi medie e alte il finanziamento viene generalmente utilizzato per acquistare servizi di cura sul mercato, mentre tra le classi sociali più basse è frequente che si preferisca comunque usufruire del solo aiuto dato dalle fornitrici di cura non pagate. In secondo luogo, poichè spesso l'ammontare dei trasferimenti non risulta essere adeguato rispetto ai costi reali dell'acquisto di servizi sul mercato regolare, e laddove non vi sia alcun vincolo relativo al come questi soldi vengono spesi, queste politiche finiscono per incentivare l'utilizzo di manodopera nel mercato del lavoro irregolare. Si tratta per lo più di donne immigrate che subiscono condizioni di

⁴ Con livello di defamilizzazione intendiamo la misura in cui il benessere economico e sociale degli individui è indipendente dalle relazioni famigliari – dipendendo invece dal mercato o dal sistema di welfare pubblico [McLaughlin e Glendinning 1994, Lister 2003]. Il concetto si è affiancato, a seguito dei contributi della letteratura femminista sui sistemi di welfare, a quello di demercificazione. Con quest'ultimo concetto si intende la misura in cui il benessere dell'individuo è indipendente dalla sua posizione all'interno dei processi di mercato – e in particolare del mercato del lavoro retribuito.

lavoro fortemente svantaggiose e il cui massiccio impiego rischia di creare ulteriori squilibri sociodemografici nei paesi di origine [Bettio, Simonazzi e Villa 2006; Anderson 2000; Saraceno 2008]. Infine va notato che, anche nel caso in cui gli aiuti finanziari siano sufficienti ad acquistare tutti i servizi di cura necessari, l'acquisto, il coordinamento e il controllo dei vari servizi richiede pur sempre un significativo intervento da parte delle famiglie degli anziani non autosufficienti. Conseguentemente, dove mancano reti di sostegno informale, una politica di soli trasferimenti finanziari comporta il rischio di un'anticipata istituzionalizzazione dell'anziano [Da Roit 2007]; quando invece vi sia disponibilità di reti informali questo tipo di politiche diminuisce comunque la possibilità delle stesse *care-giver* di conciliare la propria vita lavorativa e l'assistenza agli anziani.

3. *La disuguale distribuzione delle risorse di cura in età anziana*

Assieme al benessere socio-economico, lo stato di salute e la ricchezza delle reti sociali e di aiuto informale sono dimensioni chiave dei processi di inclusione sociale degli anziani. Si tratta chiaramente di dimensioni del benessere individuale fortemente correlate tra loro. I contributi di Cardano e Costa in questo volume danno pienamente conto del complesso intrecciarsi di povertà economica, stato di salute e risorse di cura. Le relazioni causali tra queste tre dimensioni sono per lo più di tipo circolare e si «svolgono» lungo l'intera traiettoria biografica degli individui. In questo capitolo mi concentrerò su una parte molto limitata di questo complesso intreccio, in particolare analizzerò la relazione esistente tra salute e stato di povertà economica da un lato, e risorse di cura dall'altro.

Alcune ricerche precedenti, per lo più di carattere nazionale, hanno ben documentato che l'accesso ai servizi di cura, formale e non, tende ad essere distribuito in maniera disuguale nella popolazione anziana. Per quanto riguarda la cura informale, ad esempio, Sarasa [2007] evidenzia che in Spagna, in presenza di un sistema pubblico di assistenza sociale specificamente indirizzato alle fasce più disagiate, le possibilità di accesso alla cura formale pubblica sono maggiori al diminuire del reddito. D'altro lato egli nota anche che questa relazione è in realtà assai più debole di quella opposta che esiste tra reddito e accesso alle cure formali a pagamento. Dall'analisi del caso spagnolo emerge, inoltre, che l'effetto positivo del livello di scolarizzazione sull'accesso ad entrambi i tipi di cura formale risulta più forte che l'effetto del reddito. Quest'ultimo risultato viene peraltro confermato anche dalle analisi di Choi [1994] per gli Stati Uniti. Inoltre, l'effetto dell'istruzione si «estende» anche alle probabilità di accesso all'assistenza sanitaria: ad esempio Litwin [1997] mostra che, tra la popolazione anziana in Israele, il livello di scolarizzazione è positivamente correlato anche all'utilizzo dei servizi sanitari⁵.

In maniera simile a quanto osservato per la cura formale, anche l'accesso alla cura informale risulta essere inegualmente distribuito a seconda delle risorse socio-economiche degli individui e delle loro famiglie. A questo proposito, sostiene Bönke [2008], si confrontano nella letteratura due opposte ipotesi: quella della compensazione e quella della accumulazione. Secondo la prima, nel caso di svantaggio materiale la solidarietà delle reti informali di cura cresce. All'opposto, la tesi dell'accumulazione sostiene che il disagio economico è spesso accompagnato da reti di aiuto informale più fragili e povere. Di fatto è la seconda di queste due ipotesi quella che trova maggiori conferme negli studi empirici più recenti. Le famiglie con più capitale umano e finanziario hanno una maggiore capacità di

⁵ Va notato che nel caso di queste ultime due ricerche, diversamente da quanto fatto da Sarasa [2007], gli autori non utilizzano nelle loro analisi la variabile reddito, utilizzando il livello di istruzione come *proxy* della posizione individuale nel sistema di stratificazione sociale.

attivare gli aiuti informali di cura e finanziari [Attias-Donfut *et al.* 2005; Saraceno *et al.* 2005; Albertini *et al.* 2007]. All'opposto, gli individui poveri di reddito tendono ad utilizzare con più frequenza la coresidenza come risorsa di aiuto informale, e ad avere reti di aiuto più ristrette al nucleo familiare e sovraccariche [Olagnero *et al.* 2005; Kohli e Albertini 2007]. In particolare, quando si considerano le persone anziane povere in Italia quello che emerge è che, sebbene le reti informali di sostegno siano in grado di veicolare una quantità di aiuto simile a quella dei non poveri, tuttavia esse risultano assai più vulnerabili perché fortemente ristrette all'ambito della famiglia nucleare [Albertini 2007].

Se è vero che le chance di accesso ai servizi di cura sono disegualmente distribuite nella popolazione, allora da una prospettiva di *policy* è interessante chiedersi se e come queste disuguaglianze variano a seconda degli specifici assetti istituzionali delle politiche di cura. In particolare, nel contesto dello studio della relazione tra povertà e salute, quello che più ci interessa capire è come queste disuguaglianze di accesso alle cure si «disegnino» nei diversi paesi nel caso di cattiva salute. Di fatto, diversamente che per i servizi di cura sanitaria, le politiche di cura sociale in Europa sembrano basarsi su assunti fortemente diversi circa la rilevanza del ruolo dell'aiuto di cura informale che deve essere fornito dalle famiglie [Jensen 2008].

In generale quel che ci possiamo attendere, sulla base della letteratura esistente in materia, è che le disuguaglianze di accesso alla cura formale siano minori laddove l'offerta di servizi è favorita rispetto ai trasferimenti finanziari, e dove questi ultimi sono di importo adeguato per l'acquisto di servizi dal mercato e le cui modalità di impiego sono sottoposte a verifica da parte dell'amministrazione pubblica. Parallelamente ci si attende che queste minori differenze si registrino anche relativamente al mix di risorse formali e informali adottato dagli anziani poveri rispetto ai non poveri. Schematicamente, quindi, ci attendiamo che le differenze nelle chances di accesso ai servizi di cura formale e nel mix di risorse adottato siano minori, nell'ordine, in Danimarca e Olanda rispetto a Germania e Italia. D'altro lato, rispetto a tale ipotesi di partenza, va anche notato che, come recentemente evidenziato da Keck [2008, 162], quando si analizzano i *care arrangements* della popolazione anziana le differenze tra paesi tendono a discrepare rispetto alle tipologie di *care regime* solitamente adottate nella letteratura di politica sociale.

4. *Dati, variabili e metodi*

La base dati utilizzata nelle analisi empiriche di questo capitolo è la *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (Share)⁶. Share è una indagine internazionale, longitudinale e multidisciplinare che rappresenta la popolazione con 50 o più anni residente in Europa. La prima ondata dell'indagine è stata condotta nel 2004 in dodici paesi: Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Israele, Italia, Olanda, Spagna e Svezia. Il numero di individui intervistati è pari a 31.115. L'archivio contiene informazioni sui redditi, la ricchezza, lo stato di salute, l'accesso ai servizi di cura e gli scambi informali di aiuto degli anziani europei.

⁶ Vengono usati i dati della versione 2.0.1 di Share. La raccolta dati Share è stata finanziata perlopiù dalla Commissione europea attraverso il V programma quadro (progetto Qlk6-Ct-2001-00360 nel programma tematico Quality of Life). Fondi aggiuntivi provengono dal National Institute on Ageing degli Stati Uniti (U01 Ag09740-13S2, P01 Ag005842, P01 Ag08291, P30 Ag12815, Y1-Ag-4553-01 e Ogha 04-064). La raccolta dati in Austria (grazie alla Austrian Science Foundation, Fwf), Belgio e Svizzera è stata finanziata a livello nazionale. Ulteriore supporto è stato dato dalla Commissione europea attraverso il VI programma quadro (progetti Share-I3, RII-Ct-2006-062193 e Comapre, Cit-Ct-2005-028857). Per un'introduzione ai dati e alle questioni metodologiche si vedano Börsch-Supan *et al.* [2005] e Börsch-Supan e Jürges [2005]. Nel momento in cui questo capitolo viene scritto i dati relativi alla seconda ondata dell'indagine non sono disponibili.

Nell'analizzare il mix di risorse di cura utilizzato prenderò in considerazione due diverse variabili: *a)* l'aiuto di cura sociale prestato, al rispondente o al/la suo/a sposo/a, da qualcuno al di fuori del nucleo convivente, nei dodici mesi precedenti l'intervista; *b)* l'utilizzo, da parte dell'intervistato, di assistenza professionistica pubblica o a pagamento (inclusi i pasti a domicilio) negli ultimi dodici mesi. Infine verrà considerata anche una terza variabile, composta sulla base delle due precedenti, che permetterà di considerare simultaneamente l'utilizzo dei diversi tipi di risorse di cura.

Le principali variabili indipendenti dell'analisi sono chiaramente quelle relative allo stato di salute e alla condizione economica dei rispondenti. In particolare, conformemente a quanto fatto negli altri contributi del volume: *a)* la variabile cattiva salute è costruita sulla base di due variabili: il livello di salute autopercepita e l'esistenza di limitazioni nello svolgimento di attività di vita quotidiana (strumentali e non)⁷. L'individuo viene considerato in cattivo stato di salute se ha almeno una limitazione nello svolgimento delle attività di vita quotidiana, oppure nel caso in cui la salute autopercepita sia «cattiva» o «molto cattiva»; *b)* lo stato di povertà reddituale. Questo viene calcolato sui redditi famigliari lordi equivalenti. Nei redditi vengono considerati gli affitti imputati e la scala di equivalenza utilizzata è la Ocse modificata. La soglia di povertà è pari al 60% del reddito mediano della popolazione di riferimento, ovvero la popolazione di individui con 65 anni o più che vivono nello stesso Paese.

Nelle analisi multivariate, che a seconda della variabile dipendente utilizzata si basano su modelli di regressione logistica o logistica multinomiale, vengono poi utilizzate le seguenti variabili di controllo: età, sesso e titolo di studio dell'intervistato; presenza di uno/a sposo/a in cattivo stato di salute; caratteristiche del nucleo convivente (ovvero: presenza di un partner, di almeno un figlio, di entrambi, di altre persone, di nessun'altro oltre al rispondente)⁸.

5. Risultati

Il campione selezionato è composto di 4.409 soggetti con 65 anni o più, così distribuiti tra i quattro paesi considerati: 699 in Danimarca, 1.172 in Olanda, 1.372 in Germania e 1.166 in Italia⁹. L'età media degli individui del campione è di poco superiore ai 74 anni; il 60% sono donne; poco meno del 32% degli intervistati vive solo, mentre circa il 60% convive con un partner (nell'8% dei casi oltre al partner il nucleo convivente include anche un figlio) e poco più del 6%, pur senza partner, convive con un figlio. Il tasso di povertà è sostanzialmente simile nei vari paesi (25% in Italia e Olanda, 23% in Germania), con eccezione della Danimarca (12%).

Una semplice analisi descrittiva conferma l'esistenza di una relazione positiva tra salute e povertà (tab. 1). In tutti i paesi considerati la percentuale di anziani che sostiene di godere di una salute cattiva, e quella di coloro che hanno almeno una limitazione nello svolgimento di attività di vita quotidiana, è maggiore tra i poveri che tra i non poveri. La relazione peraltro sembra non differire molto tra paesi, con l'unica eccezione del livello di salute autopercepita in Olanda.

⁷ Si tratta di una misura standard rilevata sulla base delle difficoltà riportate dall'individuo nello svolgimento di tredici diverse attività di vita quotidiana (di cui sette di tipo strumentale).

⁸ Per ragioni di spazio i coefficienti di regressione relativi a queste variabili di controllo non vengono riportate nelle seguenti tabelle.

⁹ Tutti i risultati riportati nel seguito sono calcolati utilizzando i pesi individuali forniti con gli archivi dell'indagine Share. Si tratta di pesi campionari che correggono per le mancate risposte secondo la distribuzione della popolazione ultra cinquantenne per sesso ed età.

TAB. 1. *Percentuale di individui con cattivo stato di salute autopercipito o con limitazioni per status di povertà reddituale e paese*

	Danimarca		Olanda		Germania		Italia	
	Non poveri	Poveri	Non poveri	Poveri	Non poveri	Poveri	Non poveri	Poveri
Salute autopercipita cattiva o molto cattiva	9	19	9	10	18	26	18	28
Almeno una limitazione nello svolgimento di attività di vita quotidiana	29	41	25	35	26	37	28	39

Fonte: elaborazioni proprie sui dati Share.

5.1. L'accesso ai servizi di cura non sanitaria professionale e a pagamento

I risultati dell'analisi multivariata (tab. 2) indicano che in tutti e quattro i paesi considerati un cattivo stato di salute aumenta notevolmente la probabilità di ricevere aiuto di cura formale, di mercato o pubblico. In particolare questo «effetto di attivazione» risulta essere più forte, nell'ordine, in Germania, Danimarca e Italia che in Olanda. Di fatto questo *pattern* non sembra riflettere le significative differenze esistenti tra i modelli di cura sociale. Ad esempio, l'effetto della cattiva salute sulla probabilità di ricevere cura formale non sembra essere molto diverso in un sistema fortemente «monetizzato» come quello italiano, rispetto ad un sistema più centrato sulla fornitura di servizi come quello Danese.

Per quel che riguarda l'accesso alla cura da parte dei poveri i dati della tabella 2 indicano che in Germania, Italia e Olanda gli anziani poveri hanno una probabilità minore dei non poveri di accedere alla cura formale. Solo in Germania, però, il coefficiente risulta essere significativo. Nonostante l'incertezza relativa ai risultati per Olanda e Italia, possiamo argomentare che i risultati dell'analisi sembrano indicare che un modello di cura sociale, come quello danese, di più ampia copertura e maggiormente centrato sui servizi, risulta più egualitario di uno, come quello tedesco, nel quale la copertura è ridotta e la maggior parte dell'aiuto viene dato sotto forma di trasferimenti finanziari. D'altro lato occorre notare che la Danimarca è l'unico dei quattro paesi analizzati in cui l'elasticità dell'accesso ai servizi rispetto allo stato di salute è significativamente inferiore per i poveri che per i non poveri. In altre parole, in Danimarca lo stato di cattiva salute aumenta significativamente la probabilità di accedere ai servizi di cura formali, tuttavia questo effetto positivo è meno forte per i poveri. I risultati dell'analisi sembrerebbero indicare che si tratta di un fenomeno comune a tutti i paesi analizzati, tuttavia il relativo coefficiente non risulta essere significativo in Olanda, Germania e Italia.

TAB. 2. *Accesso ai servizi di cura sociale professionali o a pagamento negli ultimi 12 mesi in quattro paesi europei, regressioni logistiche, odds ratios per le variabili salute e povertà reddituale (modello 1) e per l'effetto di interazione (modello 2); coefficienti delle alte variabili di controllo non riportati*

	Danimarca	Olanda	Germania	Italia
Povero (ref. Non povero)	0,98	0,71	0,38**	0,53
Salute autopercipita «cattiva» o «molto cattiva» (ref. Discreta o migliore)	7,44**	3,80**	10,37**	6,83**
Povertà* cattivo stato di salute	0,28**	0,61	0,55	0,76

Fonte: elaborazioni proprie sui dati Share.

** $p < 0,05$ $p < 0,10$

5.2. L'accesso ai servizi di cura informali

Un cattivo stato di salute «attiva» non solo le cure formali, ma anche le risorse di aiuto informale. Nei quattro paesi considerati, la probabilità che qualcuno al di fuori del nucleo convivente presti aiuto di cura aumenta considerevolmente con il peggiorare della salute. Allo stesso tempo va notato che non si osserva un gradiente di variazione dei parametri che sia riconducibile alle diversità esistenti negli assetti istituzionali dei sistemi di cura per gli anziani.

L'analisi dell'effetto della povertà economica sulla disponibilità di risorse di cura informale sembra avvalorare la tesi di accumulazione dello svantaggio sociale: povertà economica e un accesso limitato alle risorse di cura tendono ad accumularsi e non a compensarsi. In tutti i paesi considerati lo status di povertà è associato ad un maggior rischio di non ricevere aiuto di cura da individui al di fuori del nucleo coresidente. Dobbiamo notare, tuttavia, che solo nel caso italiano i coefficienti di regressione risultano essere significativi e che il loro variare tra paesi non sembra seguire la diversità dei sistemi di cura. Infine le analisi svolte rivelano che, con l'unica eccezione del caso olandese, neppure in caso di cattiva salute si osserva un effetto di compensazione della deprivazione economica.

TAB. 3. *Accesso ai servizi di cura sociale informale provenienti da individui esterni al nucleo convivente negli ultimi 12 mesi in quattro paesi europei, regressioni logistiche, odds ratios per le variabili salute e povertà reddituale (modello 1) e per l'effetto di interazione (modello 2); coefficienti delle alte variabili di controllo non riportati*

	Danimarca	Olanda	Germania	Italia
Povero (ref. Non povero)	0,63	0,75	0,74	0,60**
Salute autopercepita «cattiva» o «molto cattiva» (ref. Discreta o migliore)	2,83**	2,44**	2,17**	2,97**
Povertà* cattivo stato di salute	1,17	2,06*	1,03	0,83

Fonte: elaborazioni proprie sui dati Share.

** $p < 0,05$ * $p < 0,10$

5.3. Il welfare mix: diversità tra poveri e non nella combinazione di aiuti di cura formale e informale

Sin qui abbiamo analizzato separatamente l'effetto dello stato di salute, dello status di povertà e della loro interazione sull'utilizzo di risorse di cura formali e informali. Tuttavia, al fine di valutare i possibili effetti delle diversità negli assetti istituzionali dei sistemi di cura, è opportuno considerare anche come povertà e stato di salute influenzino il mix di risorse di cura utilizzato dagli anziani.

I risultati riportati nella tabella 4 evidenziano che, in generale, un cattivo stato di salute esercita un notevole effetto positivo sulle chance di accedere simultaneamente a cure formali e informali: in tutti e quattro i paesi considerati l'effetto positivo maggiore (rispetto al non ricevere alcun aiuto di cura) si osserva sulla probabilità di ricevere aiuto di cura, nell'ordine, sia formale che informale, solo formale o solo informale. In altre parole, sembra essere soprattutto l'aiuto che proviene dallo stato o dal mercato quello che si attiva a fronte di una condizione di cattiva salute.

Come già emerso dalle analisi precedenti, anche i dati della tabella 4 confermano che la povertà ha un effetto negativo sulle chance di ricevere aiuti di cura di qualsiasi tipo. Inoltre, in Olanda, Germania e Italia, l'essere poveri influenza negativamente le chance degli anziani di ricevere una combinazione di aiuti formali e informali. In qualche misura quest'ultimo effetto sembra essere maggiore nei due paesi, Germania e Italia, le cui politiche di cura coprono una proporzione più piccola della popolazione anziana e sono maggiormente centrate sui trasferimenti finanziari.

A causa della ridotta numerosità del campione in esame possiamo osservare l'effetto di interazione tra povertà e salute sul mix di risorse di cura attivate solo per i casi danese e olandese. Le dinamiche che emergono sono assai diverse. In Danimarca la probabilità di accedere alla cura formale è più elastica, rispetto allo stato di salute, per gli anziani non poveri che per i poveri. In altre parole, in caso di cattiva salute la probabilità di ricevere aiuto formale aumenta, ma lo fa più per i non poveri che per i poveri. In Olanda invece l'effetto di interazione risulta significativo nel caso dell'aiuto informale e in direzione opposta: al peggiorare della salute la probabilità di ricevere cure informali tende ad aumentare molto di più per i poveri.

Infine, per dare un'idea più chiara delle differenze tra paesi, possiamo analizzare i risultati del primo modello di regressione osservando le probabilità predette dal modello per le diverse combinazioni di aiuto in caso di anziani che cumulino povertà economica e cattiva salute¹⁰. Tra i paesi qui considerati l'Italia è quello dove questo gruppo della popolazione corre un maggior rischio di non ricevere alcun sostegno di cura, nè formale nè informale. La Germania sembra non discostarsi molto da quanto visto per l'Italia. All'opposto in Olanda e Danimarca gli anziani poveri di reddito e con cattivo stato di salute hanno una probabilità decisamente inferiore di non ricevere alcun tipo di aiuto e una assai maggiore di poter contare su un mix di aiuti di cura formali ed informali. In altre parole, assetti istituzionali dei sistemi di cura maggiormente centrati sulla fornitura di servizi e con tasso di copertura più elevato, sembrano ridurre la proporzione di persone carenti di aiuto di cura aumentando soprattutto il numero di coloro che combinano aiuti di cura formali e non. Allo stesso tempo va notato che nei sistemi più fortemente centrati sui trasferimenti finanziari, quali Italia e Germania, le reti di aiuto informale non sono in grado di compensare l'assenza di risorse di cura formali.

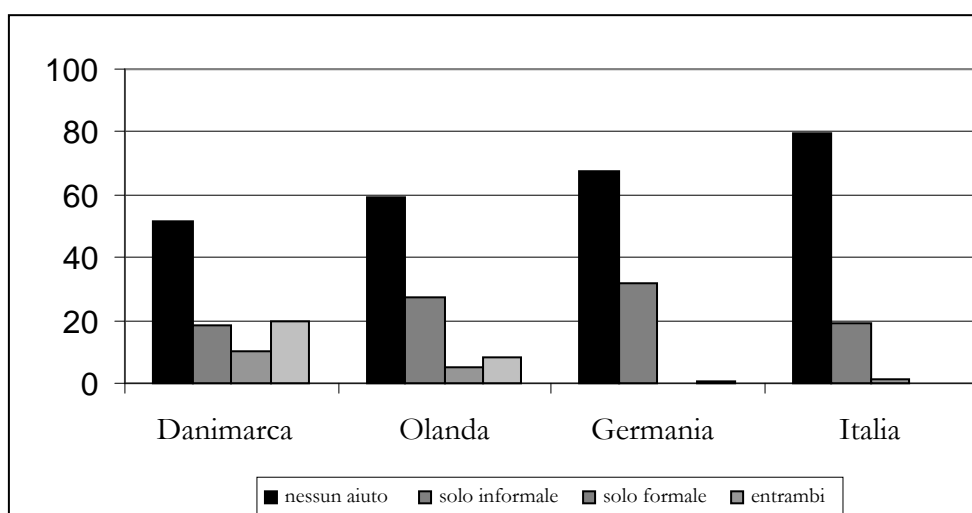


FIG. 1. Distribuzione degli anziani poveri economicamente e in cattivo stato di salute secondo il tipo di aiuto di cura sociale ricevuto, valori percentuali per paese. Stime di massima verosimiglianza delle probabilità predette dal primo modello di regressione, con le rimanenti variabili del modello costanti sui loro valori medi.

Fonte: elaborazioni proprie sui dati Share.

¹⁰ È importante notare che in questo caso non si considerano gli effetti di povertà e cattiva salute sulle risorse di cura disponibili, ma semplicemente si osservano le probabilità (predette) di ricevere i vari tipi di aiuto per il gruppo di anziani poveri economicamente e in cattivo stato di salute.

TAB. 4. *Accesso ai servizi di cura sociale formale e informale negli ultimi 12 mesi in quattro paesi europei, regressioni logistiche multinomiali, relative risk ratios per le variabili salute e povertà reddituale (modello 1) e per l'effetto di interazione (modello 2); coefficienti delle alte variabili di controllo non riportati. La categoria di riferimento per la variabile dipendente è «nessun aiuto di cura ricevuto»*

	Danimarca			Olanda			Germania			Italia		
	Solo aiuto informale	Solo aiuto formale	Aiuto formale e informale	Solo aiuto informale	Solo aiuto formale	Aiuto formale e informale	Solo aiuto informale	Solo aiuto formale	Aiuto formale e informale	Solo aiuto informale	Solo aiuto formale	Aiuto formale e informale
Povero (ref. Non povero)	0,55	0,83	0,76	0,92	1,03	0,51**	0,8	0,49	0,31**	0,60**	0,55	0,31*
Salute autopercepita «cattiva» o «molto cattiva» (ref. Discreta o migliore)	2,11**	5,11**	21,94**	2,93**	5,89**	6,24	1,95**	11,67**	15,50**	2,79**	5,36**	94,51**
Povertà* cattivo stato di salute	0,92	0,18**	0,29	2,73**	0,75	1,65	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Note: ** $p < 0,05$ * $p < 0,10$

Fonte: elaborazioni proprie sui dati Share.

6. *Conclusioni*

Tra gli anziani lo svantaggio economico tende ad accumularsi con la carenza di sostegno di cura sociale sia formale che informale. Inoltre, quando allo svantaggio economico si aggiunge lo status di cattiva salute non sembra emergere nessun significativo effetto di compensazione per quel che riguarda gli aiuti informali, e addirittura si osserva un peggioramento dello svantaggio relativo per quel che riguarda l'accesso alla cura sociale formale. È chiaro quindi che, in questo caso, la povertà si traduce in esclusione sociale. Se questo è il quadro generale va però notato che nella comparazione tra paesi emergono differenze interessanti. Innanzitutto, le particolari configurazioni delle politiche di cura esistenti in Danimarca e Olanda, rispetto a quelle implementate in Italia e Germania, fanno in modo che una quota più rilevante della popolazione anziana povera e in cattiva salute possa accedere a un mix di risorse di cura formali e informali (fig. 1). In secondo luogo va notato che il modello di politiche di cura danese sembra in grado di annullare l'effetto negativo della povertà sull'accesso ai servizi di cura formale. Al di là di queste due considerazioni va però rilevato che, più in generale, i risultati delle analisi indicano che l'effetto della povertà economica, anche in caso di cattiva salute, non sembra variare secondo un gradiente chiaramente collegabile alle diversità esistenti negli assetti istituzionali dei sistemi di cura per gli anziani. In altre parole tali assetti sembrano in grado di influenzare in maniera coerente le chances di accesso alla cura formale da parte della popolazione anziana, ma non altrettanto chiaro è l'effetto che essi hanno sulla disuguaglianza della distribuzione di queste chances tra poveri e non.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Albertini, M.
 2007 *Le reti di sostegno economico e di cura degli anziani poveri. Il caso italiano e uno sguardo all'Europa*, in *Povert  e benessere. Una geografia delle disuguaglianze in Italia*, a cura di A. Brandolini e C. Saraceno, Bologna, Il Mulino, pp. 339-364.
- Albertini, M., Kohli, M. e Vogel, C.
 2007 *Intergenerational transfers of time and money in European families. Common patterns - different regimes?*, in «Journal of European Social Policy», 17, n. 4, pp. 319-334.
- Anderson, B.
 2000 *Doing the dirty work? The global politics of domestic labour*, London, Zed Books.
- Anttonen, A. e Sipilä, J.
 1996 *European Social Care Services: Is It Possible to Identify Models?*, in «Journal of European Social Policy», 6, n. 2, pp. 87-100.
- Attias-Donfut, C., Ogg, J. e Wolff, C.F.
 2005 *European patterns of intergenerational transfers*, in «European Journal of Ageing», 2, n. 3, pp. 161-173.
- Bernardi, F. e Sarasa, S.
 2009 *Le politiche sociali del governo Zapatero*, in *La Spagna di Zapatero*, a cura di A. Bosco e I. Sanch z-Cuenca, Bologna, Il Mulino, in corso di pubblicazione.
- Bettio, F. e Plantega, J.
 2004 *Comparing care regimes in Europe*, in «Feminist Economics», 10, n. 1, pp. 85-113.
- Bettio, F., Simonazzi, A. e Villa, P.
 2006 *Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean* in «Journal of European Social Policy», 16, n. 3, pp. 271-285.
- B nke, P.
 2008 *Are the poor socially integrated? The link between poverty and social support in different welfare regimes*, in «Journal of European Social Policy», 18, n. 2, pp. 133-150.
- Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., J rges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J. e Weber, G. (a cura di)
 2005 *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results From the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.
- Börsch-Supan, A. e J rges, H. (a cura di)
 2005 *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe –Methodology*, Mannheim, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.
- Choi, N. G.
 1994 *Patterns and determinants of service utilization: Comparisons of the childless elderly and elderly parents living with or apart from their children*, in «The Gerontologist», 34, n. 3, pp. 353-362.
- Da Roit, B.
 2007 *Changing intergenerational solidarities within families in a Mediterranean welfare state: Elderly care in Italy*, in «Current Sociology», 55, n. 2, pp. 251-269.
- Jensen, C.
 2008 *Worlds of welfare services and transfers*, in «Journal of European Social Policy», 18, n. 2, pp. 151-162.
- Keck, W.

- 2008 *The relationship between children and their frail elderly parents in different care regimes*, in *Families, ageing and social policy. Intergenerational solidarity in European welfare states*, a cura di C. Saraceno, Cheltenham, Edward Elgar, pp. 147-169.
- Kohli, M. e Albertini, M.
- 2007 *The generational contract in the family. Explaining regime difference in financial transfers from parents to children in Europe*, DemoSoc Working Paper, n. 24, Barcelona, Universitat Pompeu Fabra.
- Lister, R.
- 2003 *Citizenship: Feminist Perspectives*, New York, New York University Press.
- Litwin, H.
- 1997 *Support network type and health service utilisation*, in «Research on Aging», 19, n. 3, pp. 274-299.
- McLaughlin, E. e Glendinning, C.
- 1994 *Paying for care in Europe: is there a feminist approach?*, in *Family Policy and the Welfare of Women*, a cura di L. Hantrais e S. Mangen, Loughborough, University of Loughborough, pp. 52-69.
- Micheli, G. e Rosina, A.
- 2008 *Venticinque anni di indennità di accompagnamento in Italia: bilancio demografico e linee di tendenza*, in *Tutelare la non autosufficienza. Una proposta di riforma dell'indennità di accompagnamento*, a cura di C. Ranci, Roma, Carocci, pp. 38-81.
- Olagnero, M., Meo, A. e Corcoran, M.P.
- 2005 *Social support networks in impoverished European neighbourhoods*, in «European Societies», 7, n. 1, pp. 53-79.
- Pacolet, J., Bouton, R., Lanoye, H. e Versieck., K.
- 2000 *Social protection for dependency in old age. A study of fifteen EU member states and Norway*, Aldershot, Ashgate.
- Pavolini, E. e Ranci, C.
- 2008 *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries*, in «Journal of European Social Policy», 18, n. 3, pp. 246-259.
- Rauch, D.
- 2007 *Is there really a Scandinavian social service model? A comparison of childcare and elderly care in six European countries*, in «Acta Sociologica», 50, n. 3, pp. 249-269.
- Saraceno, C.
- 2008 *Patterns of family living in the enlarged EU*, in *Handbook of quality of life in the enlarged European Union*, a cura di J. Alber, T. Fahey. e C. Saraceno, London, Routledge, pp. 45-72.
- Saraceno, C., Olagnero, M. e Torrioni, P.
- 2005 *First European Quality of Life Survey: Families, work and social networks*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Sarasa, S.
- 2007 *La atención a las personas adultas dependientes en España: desigualdades territoriales y estratificación social*, in *La situación social en España*, a cura di V. Navarro, Madrid, Biblioteca Nueva, pp. 445-470.
- 2008 *Do welfare benefits affect women's choices of adult care giving?*, in «European Sociological Review», 24, n. 1, pp. 37-51.
- Sarasa, S. e Billingsley, S.
- 2008 *Personal and household care giving from adult children to parents and social stratification*, in *Families, ageing and social policy. Generational solidarity in European welfare states*, a cura di C. Saraceno, Cheltenham, Edward Elgar, pp. 123-146.

Tester, S.

1996 *Community care for older people. A comparative perspective*, Basingstoke, Macmillan.

Theobald, H.

2005 *Social exclusion and care for the elderly. Theoretical concepts and changing realities in European Welfare States*, WZB discussion paper, n. 301, Berlin, WZB.