

Domanda, misure e assetti del *long-term care* nei paesi europei: un quadro comparativo

**Francesca Carrera, Emmanuele Pavolini,
Costanzo Ranci, Alessia Sabbatini**

RPS

Il contributo contestualizza le analisi svolte negli altri studi presentati in questo numero della Rivista offrendo un quadro di riferimento generale sulle politiche di Ltc in Europa. Se, infatti, gli altri saggi propongono un'analisi spesso di tipo processuale e qualitativo, di quanto sta avvenendo nel campo delle politiche per la non autosufficienza, qui si offre una base quantitativa utile a collocare in ottica comparata i vari paesi oggetto dello studio

sullo sfondo più generale delle trasformazioni nella domanda sociale e nelle risposte istituzionali. Il saggio è strutturato attorno a quattro aree tematiche: le caratteristiche e le trasformazioni della domanda di cura per la non autosufficienza; l'organizzazione delle cure informali; l'organizzazione dell'offerta pubblica; gli effetti dei vari «regimi di cura» sugli utenti e sui loro carer informali.

1. Introduzione

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione ha ripercussioni evidenti, seppur articolate, sulle condizioni di salute attuali e future, e sui tassi di disabilità delle persone anziane e molto anziane.

Le diverse indagini condotte a livello europeo mostrano andamenti differenziati nei tassi di disabilità tra le persone anziane, il che rende difficile fare previsioni sugli andamenti generali del fenomeno. In particolare, secondo uno studio condotto da Lafortune e al. (2007), sulle tendenze della disabilità grave che avranno in futuro bisogno di cure di lungo periodo.

Nelle pagine che seguono vengono esplorate le fonti informative a disposizione per descrivere e analizzare le politiche di *long-term care* (Ltc) e i fenomeni socio-demografici correlati all'incremento di persone anziane non autosufficienti. I dati mettono in luce come, a fronte di bisogni di cura crescenti, non corrispondano sempre sistemi di welfare adeguatamente sviluppati e calibrati a fornire risposte adeguate. Ciò emerge sia dall'analisi della copertura dei servizi e della spesa per Ltc, che pure non sempre è rappresentabile e

delineabile con la voluta chiarezza, sia da quella sull'organizzazione e le aspettative di cura.

Il quadro che si delinea individua, da un lato paesi con spesa e copertura elevate ravvisabili in modelli di Ltc a copertura tendenzialmente universalistica, e, all'opposto, paesi con bassa spesa, bassa copertura e sistemi di Ltc ancora residuali e poco sviluppati. Per questi ultimi, in particolare, il rischio di ripercussioni sui livelli di disuguaglianza sociale e di genere (secondo i dati i due terzi dei caregiver sono donne) in termini tanto di accesso alle cure per quel che riguarda i carereceiver, tanto sul piano delle possibilità di conciliazione e partecipazione al mercato del lavoro per i caregiver, risulta molto elevato. Il lavoro è strutturato attorno a quattro aree di approfondimento: le caratteristiche e le trasformazioni della domanda di cura per la non autosufficienza a partire dai principali indicatori sull'invecchiamento e dalle previsioni sulle condizioni di salute delle persone anziane; l'organizzazione delle cure informali: le caratteristiche dei caregiver e gli atteggiamenti verso la cura; l'organizzazione dell'offerta pubblica in termini di livelli di spesa e copertura dei servizi; gli effetti dei vari «regimi di cura» sugli utenti e sui loro carer informali visti sia come soddisfazione e accesso ai servizi che come ripercussione dei carichi di cura sulla partecipazione dei caregiver al mercato del lavoro.

2. Le caratteristiche della domanda

2.1 La popolazione anziana nel tempo: serie storiche e proiezioni

I dati di Eurostat mettono chiaramente in luce un progressivo incremento della popolazione anziana (Eurostat, 2011). La quota di popolazione con più di 65 anni continuerà ad aumentare costantemente nei prossimi decenni non solo nei paesi europei ma in tutti i paesi Ocse. Queste trasformazioni avranno un impatto prevedibilmente significativo nella maggior parte dei paesi europei nei prossimi cinquanta anni con implicazioni sui sistemi socio-economici in generale, e più nello specifico sui sistemi pensionistici e sulla domanda di cura sanitaria e sociale.

Secondo quanto stimato in sede Eurostat (2011), nel 2060 la percentuale di persone sopra i 65 anni si aggirerà nella maggior parte dei paesi europei intorno al 30%; confrontando il dato medio del 2010 (16%) con quello previsto nel 2060 (29,3%) l'aumento è di oltre 13

punti percentuali. Analoghe tendenze si riscontrano considerando la percentuale di popolazione over 80, che nel 2010 era in media di poco superiore al 4% e che nel 2060 supererà il 10%, attestandosi in alcuni paesi dell'Europa mediterranea, come la Spagna e l'Italia, oltre il 14%.

Tabella 1 - Percentuale di popolazione di 65 e 80 anni e oltre e tasso di dipendenza degli anziani (anni 1970, 1990, 2010)

Paesi Ue	% popolazione di 65 anni e oltre (al 1° gennaio)				% popolazione di 80 anni e oltre (al 1° gennaio)				Indice di dipendenza degli anziani		
	1970	1990	2010	Var. % 1970- 2010	1970	1990	2010	Var. % 1970- 2010	1970	1990	2010
Be	13,3	14,8	17,2	29,3	2,1	3,5	4,9	133,3	21,2	22,1	26,0
Bg	9,4	13,0	17,5	86,2	1,4	2,1	3,8	171,4	14,0	19,5	25,4
Cz	11,9	12,5	15,2	27,7	1,5	2,4	3,6	140,0	17,2	19,0	21,6
Dk	12,2	15,6	16,3	33,6	2,0	3,7	4,1	105,0	18,9	23,2	24,9
De	13,5	14,9	20,7	53,3	1,9	3,7	5,1	168,4	21,4	21,6	31,4
Ee	11,7	11,6	17,1	46,2	1,9	2,5	4,1	115,8	17,7	17,5	25,2
Ie	11,1	11,4	11,3	1,8	1,9	2,1	2,8	47,4	19,3	18,6	16,8
El	nd	13,7	18,9	—	nd	3,0	4,6	—	nd	20,4	28,4
Es	9,5	13,4	16,8	76,8	1,5	2,8	4,9	226,7	15,2	20,2	24,7
Fr	12,8	13,9	16,6	29,7	2,3	3,7	5,2	126,1	20,6	21,1	25,6
It	10,8	14,7	20,2	87,0	1,6	3,1	5,8	262,5	16,7	21,5	30,8
Cy	nd	10,8	13,1	—	nd	2,3	2,9	—	nd	17,2	18,6
Lv	11,9	11,8	17,4	46,2	2,1	2,8	3,9	85,7	18,0	17,7	25,2
Lt	10,0	10,8	16,1	61,0	1,6	2,7	3,6	125,0	15,9	16,2	23,3
Lu	12,5	13,4	14,0	12,0	1,7	3,1	3,6	111,8	19,1	19,3	20,4
Hu	11,5	13,2	16,6	44,3	1,5	2,5	3,9	160,0	17,0	20,0	24,2
Mt	nd	10,4	14,8	—	nd	1,9	3,3	—	nd	15,7	21,3
Nl	10,1	12,8	15,3	51,5	1,7	2,9	3,9	129,4	16,2	18,6	22,8
At	14,4	14,9	17,6	22,2	2,1	3,5	4,8	128,6	22,7	22,1	26,1
Pl	8,2	10,0	13,5	64,6	1,1	2,0	3,3	200,0	12,6	15,4	19,0
Pt	9,2	13,2	17,9	94,6	1,3	2,5	4,5	246,2	14,9	20	26,7
Ro	8,5	10,3	14,9	75,3	1,1	1,7	3,1	181,8	13,0	15,6	21,4
Si	nd	10,6	16,5	—	nd	2,2	3,9	—	nd	15,5	23,8
Sk	9,1	10,3	12,3	35,2	1,2	2,0	2,7	125,0	14,4	16,0	16,9
Fi	9,0	13,3	17,0	88,9	1,1	2,8	4,6	318,2	13,6	19,8	25,6
Se	13,6	17,8	18,1	33,1	2,3	4,2	5,3	130,4	20,7	27,7	27,7
Uk	12,9	15,7	16,4	27,1	2,2	3,6	4,6	109,1	20,5	24,1	24,9
Media	11,0	12,9	16,0	45,5	1,7	2,8	4,1	141,2	17,3	19,4	23,6

Fonte: elaborazioni degli autori su dati Eurostat (2011).

RPS

Francesca Carrara, Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranci, Alessia Sabbatini

L'indice di dipendenza degli anziani, che misura il rapporto tra la popolazione over 65 e la popolazione in età lavorativa (15-64 anni), che sempre in Europa era pari al 23,6% nel 2010, quasi raddoppierà il suo valore nel 2060 raggiungendo il 52,4%.

I dati riportati nella tabella 1 mettono in luce le dinamiche di invecchiamento della popolazione. In particolare le variazioni percentuali della quota di popolazione anziana di 65 anni e oltre evidenziano incrementi superiori al 70% per i paesi del Sud Europa, Portogallo, Italia e Spagna, e in Bulgaria, Romania e Finlandia. Ancora più rilevanti gli incrementi della quota di popolazione over 80, per cui Finlandia, Spagna, Italia, Portogallo e Polonia evidenziano variazioni superiori al 200% tra il 1970 e il 2010. Tutti gli altri paesi, a esclusione di Irlanda e Lettonia, registrano incrementi superiori al 100%. L'indice di dipendenza degli anziani subisce incrementi medi di oltre 6 punti.

2.2 Le dimensioni del fenomeno della non autosufficienza: alcune stime

Tra la popolazione anziana in 12 paesi dell'area Ocse¹ esiste una chiara evidenza della diminuzione della disabilità tra gli anziani in soli cinque dei dodici paesi considerati (Danimarca, Finlandia, Italia, Paesi Bassi e Stati Uniti). In altri tre paesi (Belgio, Giappone e Svezia) si segnala un tasso crescente di grave disabilità tra le persone over 65 anni, mentre in due paesi (Australia, Canada) il tasso è stabile. In Francia e nel Regno Unito le indagini condotte mostrano andamenti differenziati nei tassi di disabilità tra gli anziani, rendendo impossibile raggiungere qualsiasi conclusione sulla direzione del trend.

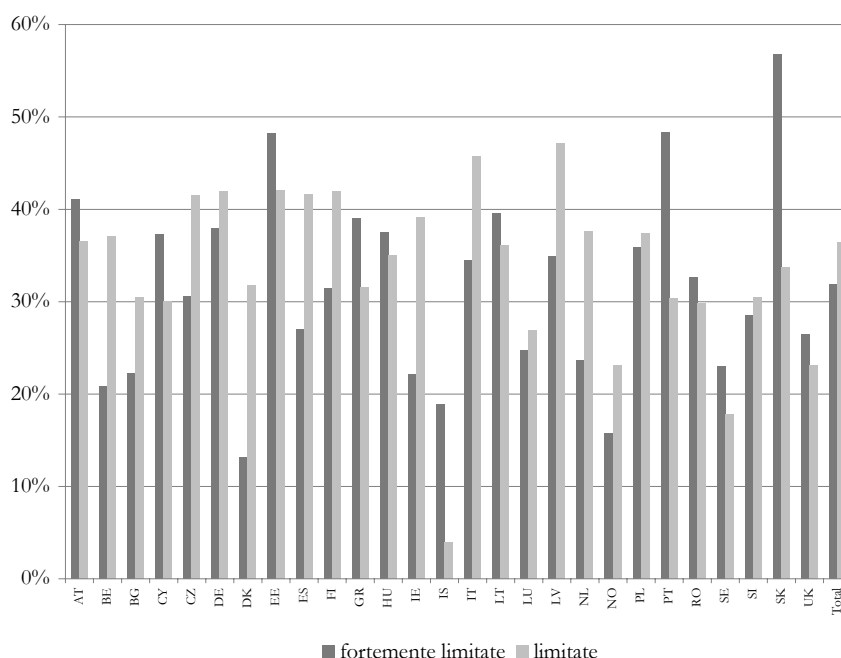
La relazione tra l'aumento della popolazione anziana e le sue condizioni di salute è stata al centro dell'interesse di diversi autori, le cui posizioni possono essere schematizzate sostanzialmente in tre distinti approcci teorici, finalizzati a mettere in evidenza i nessi che intercorrono tra dinamiche demografiche, incremento delle aspettative di vita e disabilità. Il primo approccio ipotizza che l'aumento della longevità abbia come conseguenza un periodo prolungato di disabilità nelle fasi finali di vita, dovuto ad un incremento dei tassi di sopravvivenza delle persone malate e una crescente prevalenza delle malattie dovute all'in-

¹ Lafortune, Balestat, e i membri del Disability Study Expert Group, 2007. I paesi considerati nello studio sono: Danimarca, Finlandia, Italia, Paesi Bassi, Stati Uniti, Belgio, Giappone, Svezia, Australia, Canada, Francia e Regno Unito.

vecchiamento (teoria dell'«espansione» della disabilità; Gruenberg, 1977). Un secondo approccio teorico è quello della «compressione» della disabilità (Fries, 1980), per cui l'aumento della longevità sarebbe collegato ad un periodo più breve della disabilità alla fine della vita, dovuto ad una più efficace prevenzione delle malattie. Il terzo si basa sull'ipotesi di un aumento della disabilità lieve in corrispondenza di una riduzione delle disabilità severe, dovuta ad un miglioramento dell'assistenza sanitaria («equilibrio dinamico»; Manton, 1982).

Alla luce di questi tre approcci teorici, Lafortune e colleghi (2007) evidenziano come, sebbene i tassi di disabilità siano diminuiti in una certa misura in alcuni paesi e l'incremento della popolazione anziana non si traduca automaticamente in un corrispondente e puntuale aumento degli individui con disabilità più o meno gravi, non si possa del tutto contare su future riduzioni nella prevalenza di disabilità grave fra persone anziane al punto tale da non prestare la dovuta attenzione alla crescente domanda di assistenza di lungo termine.

Figura 1 - Anziani con limitazioni più o meno forti sul totale della popolazione anziana (anno 2008)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati Eu-Silc (2008).

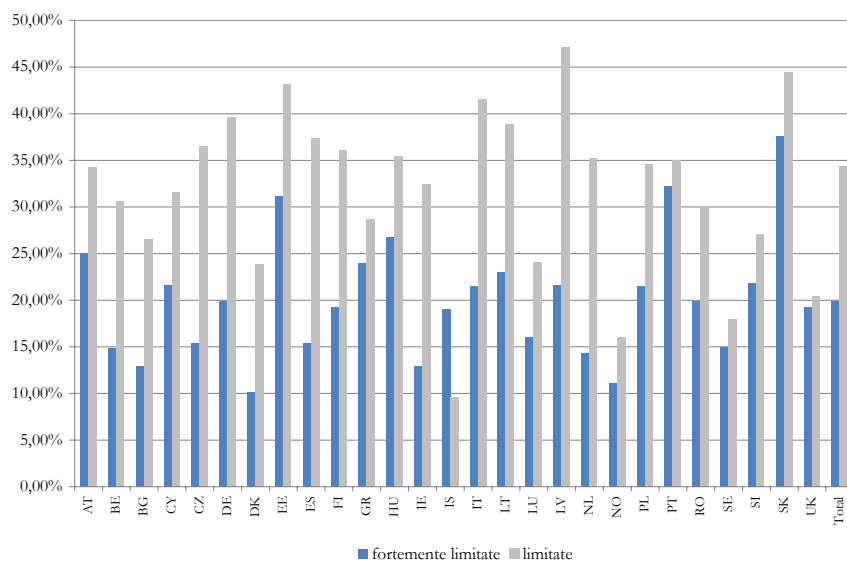
Negli ultimi anni i tassi di disabilità, come accennato in precedenza, sono diminuiti in una certa misura in alcuni paesi; tuttavia, e nonostante ciò, l'invecchiamento della popolazione e la maggiore longevità degli individui comporteranno con tutta probabilità un aumento della disabilità grave fra le persone in età più avanzata e un numero crescente di persone in questa fascia d'età bisognose di cure di lungo termine.

I dati dell'indagine Eu-Silc registrano che le persone che incontrano difficoltà limitate nello svolgimento di attività legate all'esperienza individuale dovute a problemi di salute² sono in media il 34,3% tra le persone con più di 64 anni (rispetto allo 0,9% della classe 15-49 e al 22% di quella 50-64), mentre le persone con forti limitazioni rappresentano quasi il 20% (rispetto al 3,1% della classe 15-49 e al 10,2% di quella 50-64) (figura 1; dati Eu-Silc, 2008).

Se si considera la classe di età over 80 (figura 2), per quanto l'andamento non sia sempre costante e coerente, le limitazioni gravi e meno gravi assumono proporzioni ben più rilevanti. Tuttavia ciò è sufficiente a evidenziare una relazione forte che associa età e rischio di non autosufficienza. A tal proposito, è anche opportuno sottolineare come dalla lettura dei dati per singoli paesi emergano scostamenti forti rispetto ai dati medi, dovuti prevalentemente alla specificità dell'indagine da cui questi scaturiscono e dalla domanda che si riferisce ad una percezione individuale valutata evidentemente anche in relazione alle aspettative sociali e culturali del contesto nazionale. Ovvero, le limitazioni riferite sono valutate facendo riferimento non solo alle variabili socio-demografiche quali il genere e l'età, ma anche in relazione ad uno standard culturalmente e socialmente determinato e condiviso dalla collettività di riferimento. Tuttavia, quello che interessa rilevare, anche prescindendo almeno parzialmente dai valori in sé (e non avendo a disposizione altri e migliori indicatori che possano fornire comparativamente una *proxy* delle persone bisognose di cure di lungo termine), sono le composizioni per classi di età e sesso. I valori percentuali mettono in luce un evidente, quanto prevedibile, inasprimento delle condizioni di limitazione sia severo che limitato per le classi di età più avanzate.

² Persone che vivono dei limiti nello svolgimento delle attività a causa della propria condizione di salute.

Figura 2 - Anziani over 80 con limitazioni più o meno forti sul totale della popolazione anziana (anno 2008)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati Eu-Silc (2008).

3. L'organizzazione della cura informale

3.1 Il ruolo e le caratteristiche dei caregiver informali

Secondo i dati Ocse (Oecd, 2011) più del 10% di persone adulte è coinvolto in attività di cura informale non retribuita nei confronti di familiari e amici. Si tratta di persone che si occupano di cure personali (*personal care*) o legate alle normali attività di vita quotidiana (*basic activities of daily living*, Adl) nei confronti di persone con limitazioni di tipo funzionale (tabella 2). Non viene evidenziata una distribuzione geografica chiara: i caregiver informali variano da paese a paese, seppure i paesi del Sud Europa si contraddistinguono per percentuali più alte (Italia: 16,2%, Spagna: 15,3%, ma non la Grecia: 8,7%), mentre Danimarca e Svezia (rispettivamente, 9,3% e 8,0%) con la Grecia, per valori più bassi (Oecd, 2011).

RPS

Francesca Carrera, Emanuele Pavolini, Costanzo Ranci, Alessia Sabbatini

Tabella 2 - Caregiver informali: percentuale di popolazione che riporta di provvedere alla cura per Adl

Paesi Ue	% caregiver informale
Svezia	8,0
Grecia	8,7
Danimarca	9,3
Austria	9,8
Polonia	10,3
Francia	10,7
Svizzera	10,8
Germania	11,0
Australia	11,2
Paesi Bassi	11,4
Repubblica Ceca	12,0
Belgio	12,1
Irlanda	14,6
Regno Unito	15,2
Spagna	15,3
Italia	16,2

Fonte: Oecd, 2011 (stime basate su indagine Hilda per l'Australia, Bhps per il Regno Unito, *Survey of health, ageing and retirement in Europe* – Share – per altri paesi europei, e Hrs per gli Stati Uniti).

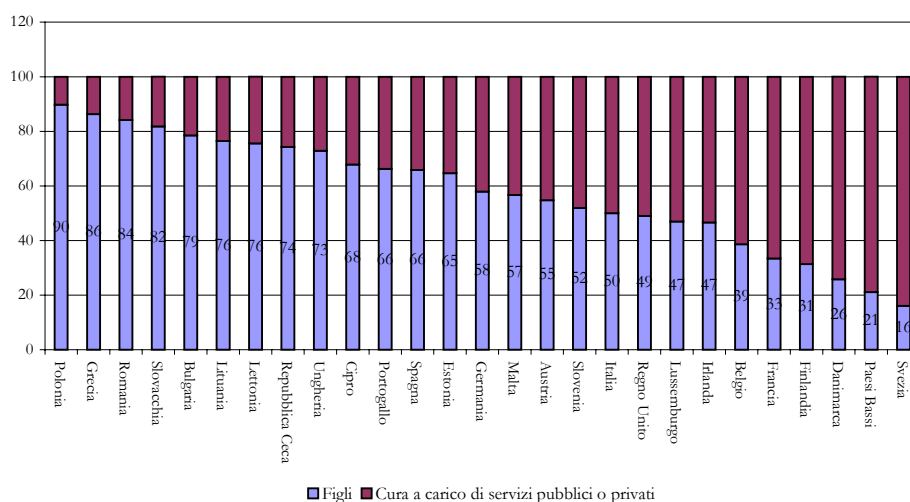
Nel momento in cui si rileva un aiuto di tipo strumentale (*Instrumental activities of daily living*, Iadl; es. spesa o *paperworks*) anche in paesi che dispongono di una maggiore copertura dei servizi e di misure a supporto della Ltc, la percentuale di caregiver risulta elevata.

Sempre secondo lo stesso studio dell'Ocse (Oecd, 2011), circa i due terzi dei caregiver over 50 sono donne, anche se la distribuzione per sesso varia con l'età evidenziando, all'aumentare dell'età, in corrispondenza di una sostanziale riduzione dei caregiver, anche percentuali simili, o addirittura più alte, per gli uomini. Il forte grado di femminilizzazione del caregiving è confermato da Costa e Ranci (2010), che notano anche la dominanza tra i caregiver di persone collocate in una fascia d'età centrale, potenzialmente ancora attive sul mercato del lavoro. In base a questo studio, il caregiving viene spesso organizzato all'interno di famiglie complesse, in cui sono presenti adulti appartenenti a generazioni diverse.

3.2 Gli atteggiamenti verso la cura

Sotto il profilo della domanda, i paesi europei si differenziano fra loro non solo per caratteristiche socio-demografiche, ma anche per quelle socio-culturali. Un'indagine Eurobarometro del 2007 permette di investigare alcuni di questi aspetti, in particolare quelli in merito alle aspettative rispetto al modello di cura per la non autosufficienza preferito e al rapporto fra cura e lavoro per i familiari di persone anziane disabili. La figura 3 illustra come in Europa mutino in maniera significativa le opinioni in merito al ruolo dei familiari rispetto alla cura dei propri genitori non autosufficienti.

*Figura 3 - Preferenze nei paesi dell'Ue-27 rispetto al tipo di cura auspicabile nel caso si diventi non autosufficienti in età anziana (anno 2007; dato riferito solo a coloro che hanno esperienze sul tema della non autosufficienza)**



* Si tenga presente comunque che tali percentuali non variano in maniera significativa se si considera l'intero campione.

Legenda: la voce «figli» associa le seguenti due modalità di risposta previste nella survey Eurobarometro alla domanda «nel caso un genitore diventi non autosufficiente, quale sarebbe la soluzione migliore da adottare»: «vivere assieme ad un figlio» o «un figlio, pur non convivente, dovrebbe prendersi cura del suo genitore»; la voce «cura a carico di servizi pubblici o privati» associa, invece, le due seguenti modalità di risposta alla stessa domanda: «servizi pubblici o privati dovrebbero prendersi cura dell'anziano presso il suo domicilio» e «l'anziano dovrebbe andare in una struttura residenziale».

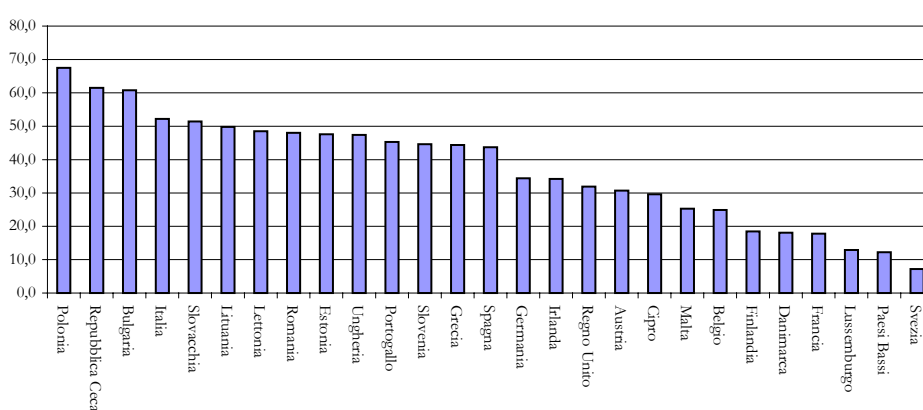
Fonte: elaborazioni degli autori a partire dai microdati Eurobarometro (2007).

RPS

Francesca Carrara, Emanuele Pavolini, Costanzo Ranci, Alessia Sabbatini

Ad un estremo vi sono le realtà scandinave, assieme a Francia e Belgio, dove sono largamente maggioritari atteggiamenti che prediligono una cura assicurata tramite forme di assistenza formale, pubblica o privata. All'opposto abbiamo buona parte dei paesi dell'Europa centro-orientale, assieme alla Grecia, in cui oltre il 70% degli intervistati ritiene che l'opzione dei figli sia quella migliore. In parte vicino al gruppo precedente, vi è l'insieme di paesi che tende a prediligere la cura familiare con percentuali, però, meno accentuate: si tratta di realtà appartenenti all'area sud europea (Portogallo, Spagna, Malta e Cipro), assieme a Germania e Austria. In una posizione complessivamente intermedia si vengono a porre Italia, Regno Unito e Irlanda, dove le preferenze fra cura informale e formale si equivalgono.

*Figura 4 - Percentuale di individui che ritiene che i figli debbano prendersi cura dei propri genitori disabili anche se ciò significa rinunciare alla propria carriera lavorativa (anno 2007; dato riferito solo a coloro che hanno esperienze sul tema della non autosufficienza)**



* Si tenga presente comunque che tali percentuali non variano in maniera significativa se si considera l'intero campione.

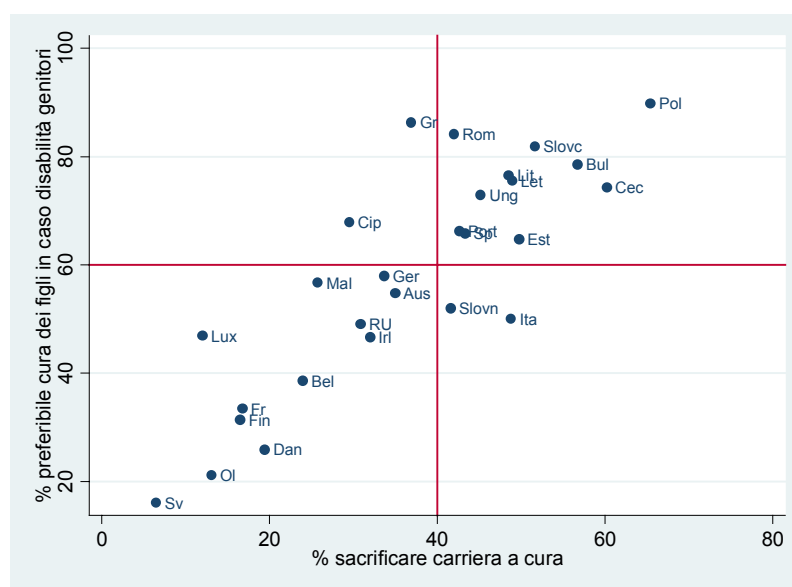
Fonte: elaborazioni a partire dai microdati Eurobarometro (2007).

Se si passa dalle opinioni in merito alle responsabilità di cura a quelle più specifiche relative alle possibili conseguenze in termini di conciliazione fra assistenza e lavoro per i carer informali, il quadro appena descritto cambia solo per alcuni versi. Se la domanda precedente riguardava la concezione che nei vari paesi si ha dei rapporti fra genitori e figli e delle relative responsabilità fra generazioni, la domanda sulla conciliazione permette di analizzare meglio come si costruisca nell'immaginario collet-

tivo il collegamento fra lavoro e «doveri» di assistenza, in un'ottica di genere, visto che in forte prevalenza i carer familiari sono donne.

In parte la classificazione dei paesi illustrata nel grafico precedente si mantiene immutata anche in questo caso: buona parte dei paesi dell'Europa centro-orientale tende ad esprimere un orientamento che prevede come il lavoro (femminile) debba essere teoricamente sacrificabile nel caso vi siano compiti di cura verso genitori fragili, mentre all'opposto in Francia, Benelux e Scandinavia sono largamente minoritarie queste posizioni. Nel centro della distribuzione vengono a trovarsi due sottogruppi di paesi: quelli che registrano come una percentuale fra il 40% e il 50% della popolazione sia d'accordo con l'idea del «sacrificio» della carriera da parte del caregiver (si tratta di varie realtà del Centro-Est Europa e dell'area meridionale), e quelli con valori compresi fra il 30% e il 40% (fondamentalmente area continentale germanica e anglosassone).

*Figura 5 - Percentuale di individui che ritiene che i figli debbano prendersi cura dei propri genitori disabili anche se ciò significa rinunciare alla propria carriera lavorativa (anno 2007; dato riferito solo a coloro che hanno esperienze sul tema della non autosufficienza)**



* Si tenga presente comunque che tali percentuali non variano in maniera significativa se si considera l'intero campione.

Fonte: elaborazioni degli autori a partire dai microdati Eurobarometro (2007).

Se si considerano contemporaneamente le risposte alle due domande si nota una forte congruenza e correlazione fra le due: a livello di paesi il coefficiente di correlazione fra le due variabili è positivo e pari a 0,829. Ciò non toglie che, per quasi tutti i paesi, sono mediamente più basse le percentuali di adesione all'idea del sacrificio della carriera per motivi di cura rispetto alla domanda più generale sulla soluzione ottimale rispetto all'assistenza di genitori non autosufficienti. Questo significa, ad esempio, che in Germania se la maggioranza della popolazione è d'accordo con l'idea che i figli siano la migliore soluzione per la cura dei genitori (58%), solo un terzo degli individui è del parere che si debba sacrificare la carriera sull'altare dei doveri filiali di assistenza. Vi sono solo alcune eccezioni a questa regola generale e una delle più interessanti è rappresentata dall'Italia e dalla Grecia (figura 5): se nell'area greca (Grecia e Cipro) alla preferenza per la cura da parte dei figli non corrisponde un'uguale propensione a premere sui caregiver (donne) nel lasciare il lavoro per motivi di cura, in Italia, invece, le opinioni sui due fenomeni sono strettamente intrecciate e riscuotono praticamente le stesse percentuali.

4. Le caratteristiche dell'offerta pubblica

4.1 Copertura e livelli di finanziamento

I sistemi nazionali di *long-term care* presentano caratteristiche molto differenziate a causa della loro diversa definizione istituzionale. I programmi di 0,829 sono stati creati dai diversi paesi, infatti, in periodi storici diversi, con l'obiettivo di completare o sostituire i sistemi precedenti di tutela dell'invalidità e della non autosufficienza. Il sentiero istituzionale precedente ha così contribuito, in ciascun paese, a definire i sistemi di Ltc in modo molto differenziato. Va anche considerato che la suddivisione delle funzioni di tutela tra i diversi comparti del welfare risulta diversa da paese a paese, contribuendo a rendere difficile la comparazione dei dati. Infine, in pressoché tutti i paesi avanzati lo sviluppo di sistemi pubblici di tutela non ha condotto alla creazione di sistemi completi di fornitura dei servizi, lasciando ampio spazio a modalità miste di finanziamento della Ltc.

Questi diversi aspetti spiegano perché le statistiche oggi disponibili sull'offerta pubblica di programmi di Ltc sono alquanto lacunose, considerando sia la spesa pubblica che l'entità delle prestazioni fornite.

te. A fronte della quantità e della ricchezza dei dati oggi resi disponibili dalle numerose istituzioni che hanno pubblicato recenti rapporti sui sistemi di Ltc, sta una notevole imprecisione delle informazioni e parecchie contraddizioni. Per questo motivo limiteremo le nostre analisi a quei dati che mostrano maggiore affidabilità e consistenza nel tempo.

In linea generale va innanzitutto osservato che l'intervento pubblico nel campo della Ltc è ancora relativamente poco sviluppato in tutti i paesi avanzati. L'entità complessiva della spesa per Ltc rappresenta, nella media dei paesi Ocse, l'1,2% del Pil nazionale (la stessa media vale anche per i paesi europei). Se si considera anche la spesa previdenziale per l'invalidità, il peso sui Pil nazionali raggiunge il 2% in media. Sul complesso della spesa per la protezione sociale stimata da Eurostat, l'incidenza della spesa per la popolazione disabile è intorno all'8% e risulta sostanzialmente stabile per tutto l'ultimo decennio. Si tratta di somme notevolmente inferiori alla spesa sostenuta dagli stessi paesi per finanziare i programmi pensionistici (cui viene allocato il 40% circa della spesa sociale pubblica) oppure i servizi sanitari (cui viene allocato altrettanto, ovvero un altro 40% circa della spesa complessiva). Ciò nonostante, come abbiamo già affermato, si tratta di uno dei campi di policy maggiormente innovativi degli ultimi venti anni, pur non evidenziando dinamiche particolarmente evidenti di aumento della spesa pubblica.

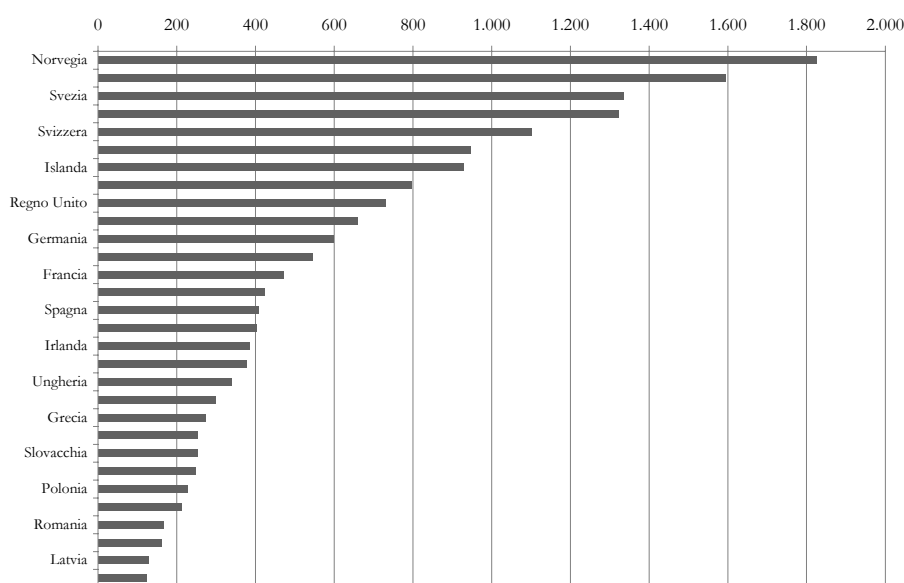
Prima di osservare le dinamiche, consideriamo la differenziazione esistente tra i paesi europei, aggiungendo alcuni paesi Ocse su cui sono disponibili informazioni equivalenti (si veda figura 6). Sulla base dei dati Espross aggiornati al 2008, consideriamo la quota di spesa per Ltc in termini di euro pro capite (aggiustata per il diverso potere di acquisto dei paesi). Emerge un primo blocco di paesi in cui la spesa per Ltc pro capite supera i 900 euro, che include tutti i paesi nordici (nell'ordine: Norvegia, Svezia, Danimarca e Finlandia), il Lussemburgo, la Svizzera e l'Islanda. In questi paesi i programmi di Ltc costituiscono oggi uno dei pilastri del sistema di welfare, assorbendo dal 12% al 17% della spesa sociale complessiva. In questi paesi la spesa per Ltc rappresenta una quota superiore al 50% della spesa sanitaria complessiva: un chiaro segnale di come queste politiche abbiano assunto oggi una notevole centralità anche nei confronti dei settori tradizionali del welfare state.

In un secondo blocco di paesi la spesa per Ltc supera i 700 euro e arriva a 900 euro pro capite: una quota ancora rilevante che segnala un

certo investimento in queste politiche. Ricadono in questo blocco Regno Unito, Paesi Bassi, Austria, Germania, Belgio e Francia. Molti di questi paesi hanno introdotto negli ultimi anni nuovi programmi di Ltc, aumentando di conseguenza lo sforzo finanziario.

Segue un terzo blocco di paesi in cui la spesa supera i 300 euro pro capite. Troviamo qui i paesi dell'Europa mediterranea insieme a Irlanda e a due paesi dell'Europa centro-orientale: Slovenia e Ungheria. Tutti gli altri paesi, tra cui ricadono gran parte dei paesi dell'Est Europa e la Grecia, sono caratterizzati da una spesa per Ltc inferiore a 300 euro pro capite.

Figura 6 - Quota della spesa per Ltc in Pps (Parità potere d'acquisto) pro capite (anno 2008)

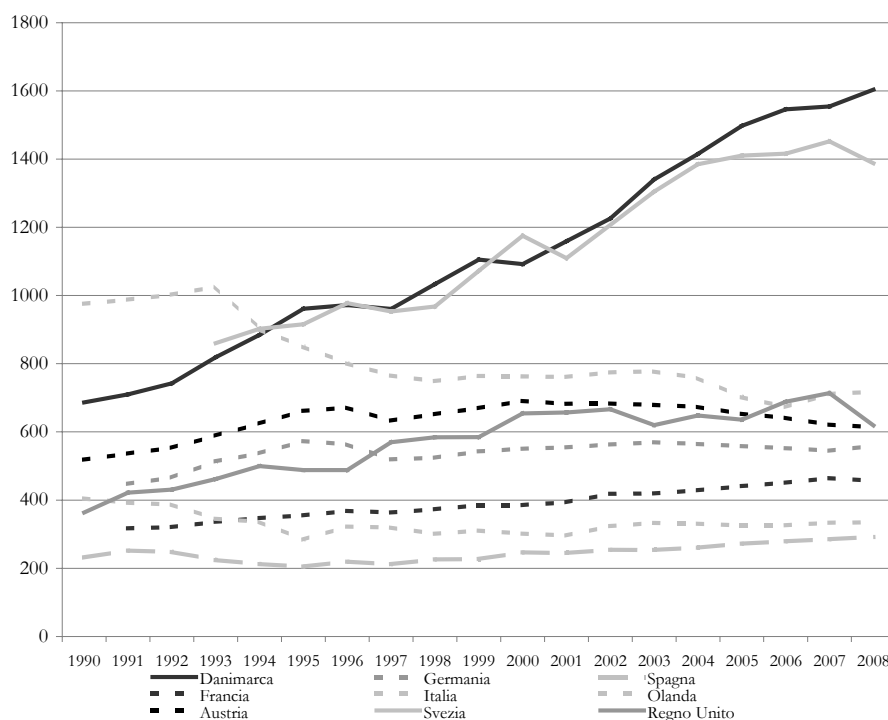


Fonte: dati Espress, Eurostat (2010).

In linea generale, questi dati mostrano come il volume di spesa assorbita dalle politiche di Ltc dipenda innanzitutto dal timing dell'innovazione istituzionale. I paesi che spendono più generosamente nella Ltc sono anche quelli che hanno introdotto precocemente, rispetto agli altri, programmi ad hoc, come è accaduto per i paesi nordici. Oltre a questo fattore storico, conta naturalmente anche l'innovazione

istituzionale più recente, che ha sospinto verso l'alto della graduatoria paesi – come la Germania, la Svizzera, i Paesi Bassi e l'Austria – nei quali l'introduzione di riforme è stata accompagnata da un aumento dello sforzo finanziario. L'Italia, infine, occupa una posizione modesta, determinata in buona parte dall'assenza di innovazione istituzionale in questo campo nell'ambito degli ultimi venti anni. In generale i paesi dell'Europa mediterranea e dell'Europa centro-orientale appaiono quelli che meno spendono in programmi di Ltc. Il gap per i cittadini di questi paesi rispetto a quelli dei paesi dell'Europa settentrionale e centro-occidentale è molto elevato: in media un cittadino svedese o danese ha a disposizione prestazioni di Ltc pari ad una spesa almeno tre volte superiore a quella di un cittadino italiano o spagnolo.

Figura 7 - Andamento della spesa pro capite per disabili, in euro Pps (anni 1990-2008)



Fonte: dati Espress, Eurostat (2010).

La dinamica della spesa per Ltc nelle ultime due decadi vede, a fronte dei cambiamenti istituzionali a cui abbiamo accennato, una sostanziale staticità del flusso di spesa. I dati Espress consentono di ricostruire le dinamiche della spesa a cominciare dall'inizio degli anni novanta sino al 2008. Dagli andamenti emerge come diversi paesi non abbiano conosciuto variazioni rilevanti, e anzi siano dominanti trend di spesa negativi (con l'importante eccezione di Danimarca e di Svezia). In generale, dunque, le dinamiche della spesa per Ltc hanno visto, a fronte di un forte aumento della domanda di cura, una generale inerzia e la tendenza in diversi paesi alla contrazione della spesa. L'innovazione istituzionale in questo campo di policy è dunque avvenuta contemporaneamente ad uno sforzo di equilibrare la necessità di soddisfare la domanda crescente con quella di contenere i costi pubblici. Un passaggio stretto di cui si notano i risultati nel diagramma di figura 7.

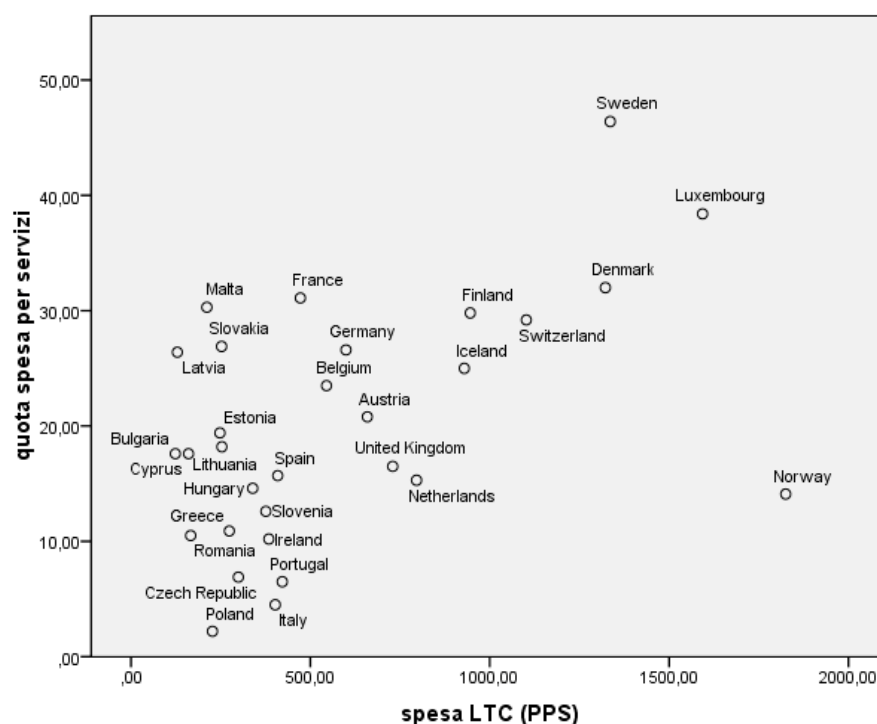
La configurazione dei sistemi di Ltc cambia notevolmente se le prestazioni fornite sono rappresentate da servizi *in kind* oppure da trasferimenti monetari. Se nel primo caso vengono offerti servizi di cura sia residenziali che domiciliari, nel secondo caso i trasferimenti cash lasciano agli individui e alle famiglie la responsabilità di organizzare la cura. La distinzione tra «care» e «cash» è tuttavia meno netta di quanto possa sembrare. Negli ultimi dieci anni sono infatti stati introdotti diversi programmi di «cash for care», in cui il trasferimento monetario è finalizzato all'acquisto di specifici servizi di cura. Non sempre le statistiche disponibili tengono conto della finalizzazione specifica di queste misure, confondendole con altre prestazioni cash per le quali non è previsto alcun vincolo di destinazione (come è il caso, ad esempio, dell'indennità di accompagnamento in Italia).

Pur con queste cautele, la figura 8 mostra la quota di spesa per Ltc destinata a servizi di cura, ordinando i paesi sulla base della generosità complessiva delle loro prestazioni. Emerge come i paesi più generosi sono generalmente anche quelli che maggiormente investono in servizi di cura (con la significativa eccezione della Norvegia). Si tratta di un risultato atteso, giacché il costo dei servizi residenziali e domiciliari è assai più elevato che quello relativo ad una prestazione cash. I paesi nordici ricadono in gran parte in questa situazione, insieme a Lussemburgo e Svizzera. Tra i paesi che hanno sviluppato una componente significativa di servizi rientrano anche Francia e Germania (insieme a Belgio, Slovacchia e alcuni altri paesi di minore dimensione), ovvero i due grandi paesi continentali che hanno introdotto nuove misure specifiche di Ltc. In altri paesi che hanno introdotto cambiamenti – come

Austria, Regno Unito e Paesi Bassi (ma in questo caso il «personal budget» viene conteggiato come cash pur costituendo una prestazione monetaria convertibile esclusivamente in servizi professionali) – le prestazioni cash assorbono ben l'80% della spesa complessiva. Anche in questo caso si tratta di risultati attesi, se si considera la struttura dei sistemi di Ltc di questi paesi. Infine, i paesi dell'Europa meridionale e orientale mostrano non solo una minore generosità dei programmi di Ltc, ma anche una forte propensione a sviluppare quasi esclusivamente misure cash. Significativo è il caso dell'Italia, in cui oltre il 95% della spesa è rappresentata da trasferimenti finanziari.

Se dal finanziamento si passa a considerare il grado di copertura del fabbisogno garantito dai programmi di Ltc, emerge un quadro più completo e chiaro della differenziazione esistente.

Figura 8 - Quota di spesa per Ltc (in Pps pro capite) destinata a servizi e ammontare della spesa per Ltc complessiva (in Pps pro capite) (anno 2008)



Fonte: dati Espress, Eurostat (2010).

In questo caso sono stati considerati soltanto la copertura dei servizi rivolti alla popolazione dipendente in età anziana, in cui si concentra gran parte del bisogno di cura. La figura 9 presenta una stima dei tassi di copertura, insieme alla dinamica intervenuta nel periodo intercorrente tra la metà degli anni novanta e la metà degli anni duemila (in cui si sono concentrate le maggiori innovazioni istituzionali).

Osservando i tassi complessivi di copertura, emerge come i paesi nordici, unitamente ai Paesi Bassi (e a Israele), mostrano tassi superiori al 20% della popolazione over 65. Una copertura ancora molto elevata (oltre il 15%) è presente anche in Svizzera, Austria, Regno Unito e Svezia. Tra il 10% e il 15% si collocano paesi come la Slovenia, la Repubblica Ceca e la Germania. Tutti gli altri paesi denunciano un tasso complessivo inferiore al 10%, con l'Italia e altri paesi dell'Europa centro-orientale ad un livello di copertura inferiore al 5%.

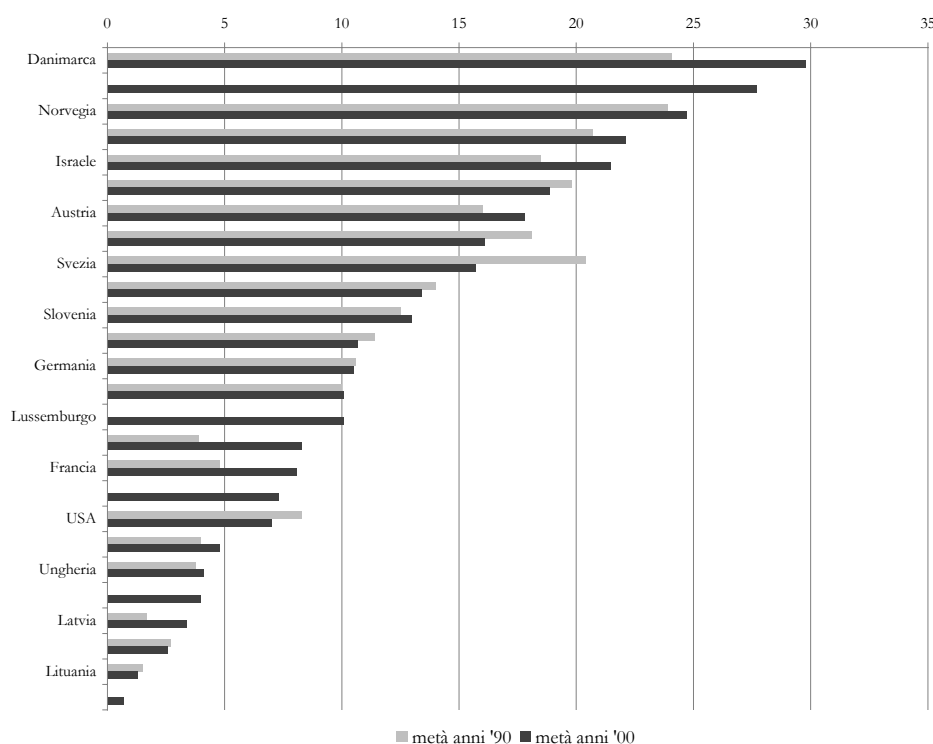
Le dinamiche intercorrenti nel decennio 1995-2005 sono di grande interesse perché evidenziano il segno delle innovazioni in corso. Come si può notare, tra i paesi in crescita ci sono tutti i paesi di fascia alta (a partire dalla Danimarca, che ha un aumento di oltre 5 punti percentuali), e alcuni di fascia medio-alta (Austria e Slovenia). Denunciano un trend marcatamente positivo anche Francia (che passa da 4,8% a 8,1%) e Spagna (che passa da 3,9% a 8,3%). I paesi continentali che avevano già raggiunto un livello di copertura intorno al 10%, come Germania, Repubblica Ceca e Irlanda, hanno mantenuto sostanzialmente la quota precedente. Infine, alcuni paesi con copertura bassa, come Italia, Ungheria e Lettonia, hanno conosciuto un incremento insufficiente a colmare il gap rispetto agli altri paesi europei. Alcuni paesi, invece, hanno conosciuto una notevole decrescita nel livello di copertura, risultato di politiche finalizzate a tagliare i costi e a restringere il target dei programmi di Ltc. Tra questi paesi spiccano Svizzera (-1 punto percentuale), Regno Unito (-2), Usa (-1,5) e soprattutto la Svezia (da 20% a 15%).

Se il tasso di copertura misura la capacità dei programmi di Ltc di soddisfare la domanda di cura emergente, la dinamica in atto appare chiara. Sono compresenti tre dinamiche fondamentali. Alcuni paesi hanno attuato un'estensione delle politiche di Ltc, che ha consentito loro di approdare ad una copertura pressoché completa del bisogno sociale: si tratta di alcuni paesi nordici (come Danimarca, Norvegia, Finlandia) e di alcuni paesi continentali (Paesi Bassi e Austria) che hanno introdotto riforme significative nel corso del periodo considerato. Una dinamica marcatamente positiva ha anche consentito ad al-

cuni altri paesi continentali, come Francia e Spagna, di raggiungere un tasso di copertura vicino a quello già raggiunto dalla Germania alla metà degli anni novanta (intorno al 10%).

Un secondo trend ha interessato i paesi che avevano già raggiunto un livello abbastanza elevato di copertura nella fase precedente a quella analizzata. È questo il caso di Germania, Canada e alcuni paesi centro-orientali (Repubblica Ceca e Slovenia). In questi casi il decennio considerato ha visto una sostanziale stabilità del tasso di copertura. Altri paesi, come l'Italia e gran parte dei paesi dell'Europa centro-orientale, hanno segnato un incremento troppo modesto per colmare il gap rispetto ai paesi più avanzati, aumentando così la loro distanza rispetto agli standard europei.

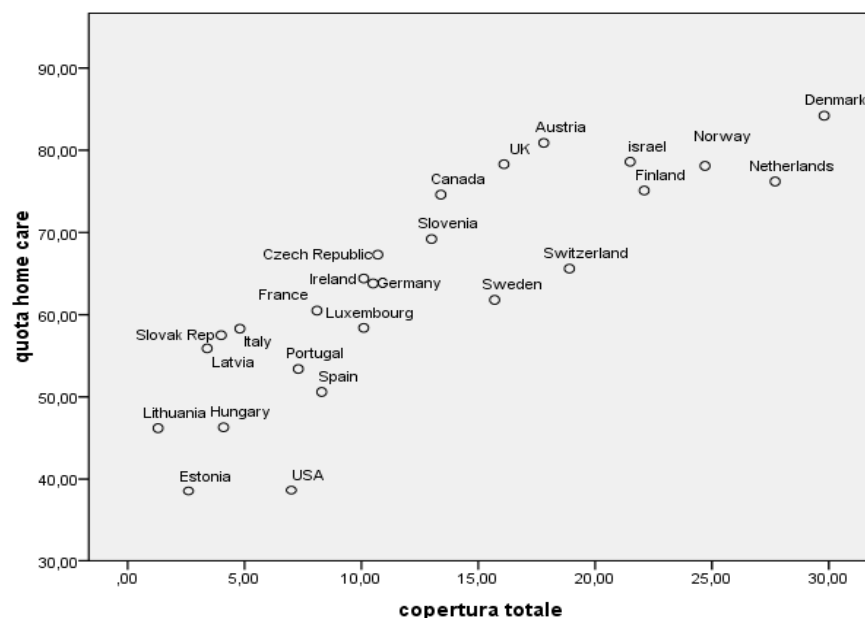
Figura 9 - Tassi di copertura delle prestazioni di Ltc sulla popolazione over 65 anni (metà anni '90 e metà anni 2000)



Fonte: dati Espress, Eurostat (2010).

Infine, alcuni paesi hanno conosciuto un vero e proprio *retrenchment* dei programmi di Ltc, che è stato determinato dal prevalere delle esigenze di contenimento dei costi su quelle di estensione della domanda di cura. Si tratta di una dinamica inversa rispetto a quella segnalata in precedenza, che ha colpito paesi che già disponevano di programmi largamente estesi, come Svizzera, Regno Unito e Svezia.

Figura 10 - Tassi di copertura complessiva delle prestazioni di Ltc sulla popolazione over 65 anni e quota di copertura totale assorbita da servizi domiciliari (metà anni 2000)



Fonte: dati Espress, Eurostat (2010).

La composizione interna della copertura riflette naturalmente la struttura dei servizi di Ltc esistente in ciascun paese. I dati disponibili consentono soltanto di valutare la distinzione tra servizi domiciliari e servizi residenziali. Nel corso degli ultimi venti anni l'accento è stato messo sempre più sullo sviluppo dei servizi domiciliari, per ragioni che uniscono alla convenienza economica di questi servizi (soprat-

tutto se forniti senza garantire una forte intensità ma contando sull'esistenza di aiuti familiari o di un'assistenza privata a pagamento) l'obiettivo di mantenere la persona dipendente quanto più possibile nel proprio ambiente di vita quotidiana (la parola d'ordine in Europa è stata infatti *«ageing in place»*).

Non colpisce quindi che ci sia una evidente correlazione lineare (si veda figura 10) tra il tasso complessivo di copertura e la prevalenza di servizi domiciliari (calcolata considerando la quota di copertura totale della domanda assorbita dai servizi domiciliari)³. Mentre nei paesi con copertura Ltc molto elevata la quota di utenti di assistenza domiciliare raggiunge l'80-90% dell'utenza complessiva, nei paesi a copertura più modesta la quota di utenti beneficiari di «home care» è tra il 40% e il 60%. Questi dati segnalano che la diffusione di servizi per la Ltc è avvenuta soprattutto grazie all'aumento dei servizi domiciliari.

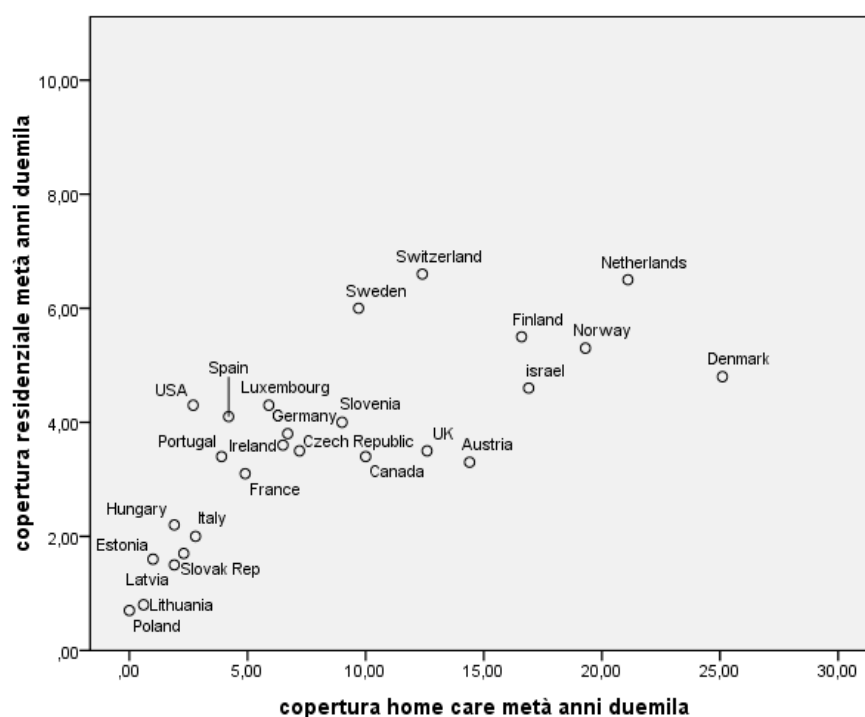
Il diverso mix tra assistenza domiciliare e servizi residenziali identifica anche alcune differenziazioni di rilievo tra i diversi paesi europei (si veda figura 11). I dati aggiornati a metà degli anni duemila mostrano l'esistenza di almeno quattro gruppi di paesi. Un primo gruppo raccoglie i paesi che mostrano un tasso di copertura molto elevato sia nei servizi domiciliari che residenziali: si tratta dei paesi nordici e di Israele. Da questi paesi si stacca la Svezia, insieme alla Svizzera, che ha ridotto alquanto, grazie alle politiche di targeting degli ultimi anni, la copertura dei servizi domiciliari (si veda anche figura 7 per un raffronto con la situazione a metà degli anni novanta). Un secondo gruppo di paesi si colloca all'estremo opposto, ed è caratterizzato da bassi tassi di copertura sia nell'home care che nell'assistenza residenziale: spicca tra questi paesi, tutti di localizzazione centro-orientale, la presenza dell'Italia. Il diagramma riferito agli anni novanta includeva in questo gruppo anche Francia e Spagna, che nell'arco dell'ultimo decennio, come abbiamo già mostrato, segnano un notevole miglioramento del loro tasso di copertura.

L'aggregato intermedio include due tipi, uniti dal fatto di avere un tasso di copertura dei servizi residenziali intorno al 4%. Ciò che li distingue è tuttavia il grado di sviluppo dei servizi domiciliari. Mentre alcuni paesi, come Francia, Spagna, Germania, Stati Uniti, hanno un tasso di

³ I dati disponibili non consentono purtroppo di considerare anche la copertura dei programmi cash. La quota di copertura dei servizi domiciliari contiene comunque anche la quota di utenti che ricevono prestazioni cash for care, ovvero somme di denaro spendibili soltanto per acquisire cura domiciliare.

copertura dell'home care intorno al 5%, altri paesi, come Austria, Canada e Regno Unito, hanno sviluppato prestazioni domiciliari capaci di «catturare» oltre il 10% della popolazione anziana.

Figura 11 - Tassi di copertura dei servizi domiciliari e di quelli residenziali (metà anni 2000)

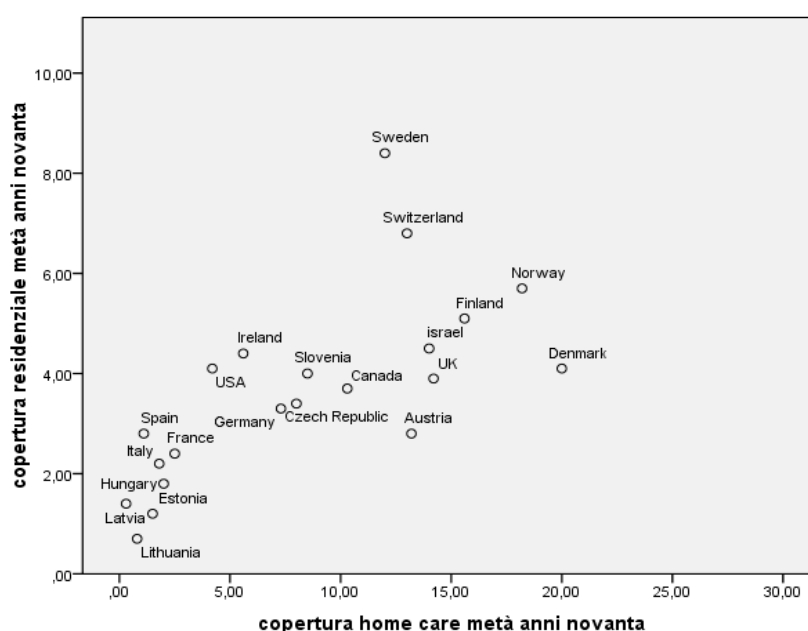


Fonte: dati Espress, Eurostat (2010).

Combinando insieme i dati di spesa con quelli relativi alla copertura, emerge una sostanziale coerenza tra i diversi indicatori (si veda figura 13). Emergono sostanzialmente tre gruppi di paesi. Un gruppo con livello di spesa molto elevato (oltre 1.000 euro Pps pro capite) e copertura elevata della domanda (tassi superiori al 15%), che include i paesi nordici e la Svizzera: paesi che dispongono di un modello di Ltc ad impronta universalistica e con la tensione alla completezza dei servizi offerti. Un secondo gruppo, opposto al primo, include i paesi con

livello della spesa almeno la metà di quello del primo gruppo (non oltre 500 euro Pps pro capite) e con tassi di copertura inferiori al 5%, in cui la Ltc costituisce un sistema ancora residuale e poco sviluppato: tale gruppo include gran parte dei paesi dell'Europa meridionale e centro-orientale.

Figura 12 - Tassi di copertura dei servizi domiciliari e di quelli residenziali (metà anni '90)



Fonte: dati Espress, Eurostat (2010).

Il terzo gruppo, intermedio tra i due, vede alcuni paesi europei che hanno fatto investimenti finanziari significativi nella Ltc, in epoche diverse e seguendo modelli istituzionali e organizzativi diversificati, come abbiamo visto. In questi paesi la spesa raggiunge un livello intermedio tra i 500 euro e i 1000 euro (sempre Pps) pro capite, mentre i tassi di copertura sono molto variabili, ma accomunati dal superare la soglia del 5% della popolazione anziana. Questo insieme alquanto eterogeneo raccoglie i paesi che, in un senso o nell'altro, hanno affrontato delle innovazioni istituzionali significative negli ultimi venti anni.

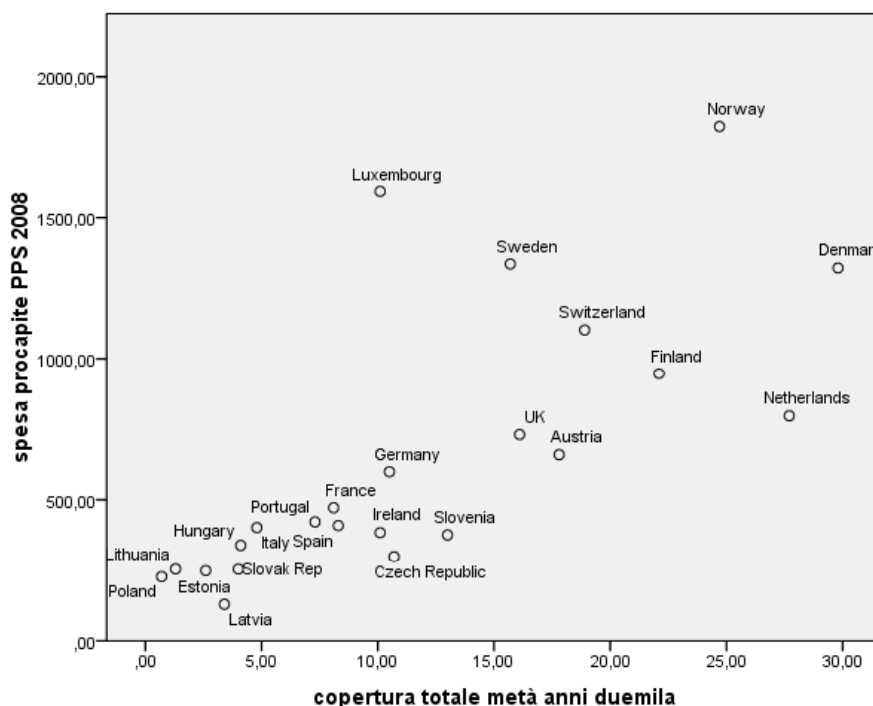
RPS

Francesca Carrara, Emanuele Pavolini, Costanzo Ranci, Alessia Sabbatini

RPS

DOMANDA, MISURE E ASSETTI DEL LONG-TERM CARE NEI PAESI EUROPEI

Figura 13 - Tassi di copertura complessivi per la popolazione anziana (metà anni duemila) e livello della spesa per Ltc (in Ppa; anno 2008)



Fonte: dati Espress, Eurostat (2010).

Si va dalla Francia e la Germania, sino a paesi come Austria e Regno Unito, per giungere al caso particolare dei Paesi Bassi, l'unico dei paesi continentali ad offrire un livello di copertura dei bisogni di Ltc equivalente a quello dei paesi scandinavi. Questi paesi in una posizione intermedia sono quelli che mostrano le tendenze più dinamiche nel corso degli ultimi venti anni, e che saranno oggetto di una ricostruzione specifica del loro sentiero di innovazione istituzionale e politica.

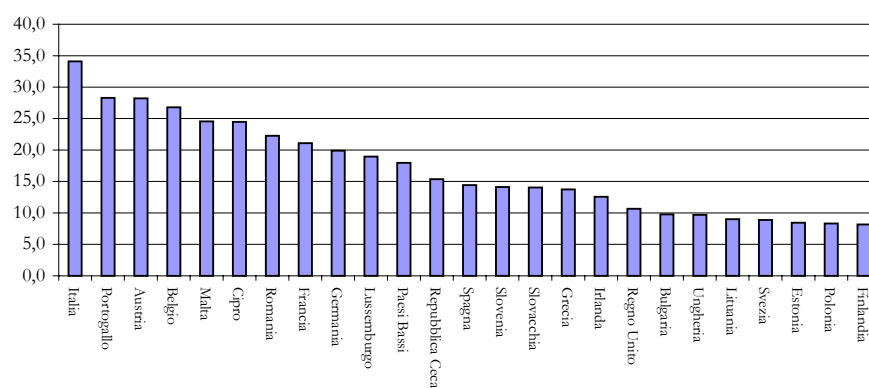
4.2 Comportamenti e soddisfazione dei cittadini

Se si passa dall'analisi dei dati di spesa e di copertura ai comportamenti e alle valutazioni che i cittadini danno del proprio sistema di Ltc, notiamo una certa, se non forte, congruenza fra le due serie di dati.

La figura 14 mostra, innanzitutto, una specificità italiana nel panorama europeo: la percentuale di persone che dichiara di aver pagato o di pagare per attività di cura a favore dei propri genitori è la più alta in Europa (34,1%). L'Italia sembra staccarsi dagli altri paesi che seguono in questa specifica classifica: Portogallo, Austria, Belgio, Cipro e Malta si collocano attorno a valori del 25-28%. È ipotizzabile che in alcuni di questi paesi (Italia e Austria, ad esempio), la spesa privata delle famiglie sia sostenuta da particolari sistemi di intervento pubblico che favoriscono i trasferimenti monetari ai servizi.

Nella situazione opposta troviamo, invece, i paesi scandinavi, assieme a quelli baltici e al Regno Unito, dove le persone che spendono per assistenza ai propri genitori rappresentano il 10% circa. Fra questi due estremi troviamo tutti gli altri paesi, tra cui alcuni caratterizzati da una diffusione più ampia del fenomeno (ad esempio i paesi occidentali continentali, con valori attorno al 20%) e altri da una diffusione relativamente più limitata (altri paesi mediterranei e dell'Europa centro-orientale).

Figura 14 - Percentuale di cittadini che dichiara come attualmente o in passato abbia pagato per servizi di cura ai propri genitori (percentuale calcolata sui rispondenti con più di 40 anni; anno 2010)



Fonte: rielaborazioni degli autori da microdati Eurobarometro (2010).

Se passiamo alle valutazioni del sistema pubblico di Ltc espresse dalle persone che hanno avuto esperienza diretta (personale o tramite familiari) o indiretta (tramite altri parenti, vicini e amici) del funzionamento di tale sistema di cure, notiamo fortissime variazioni fra paesi.

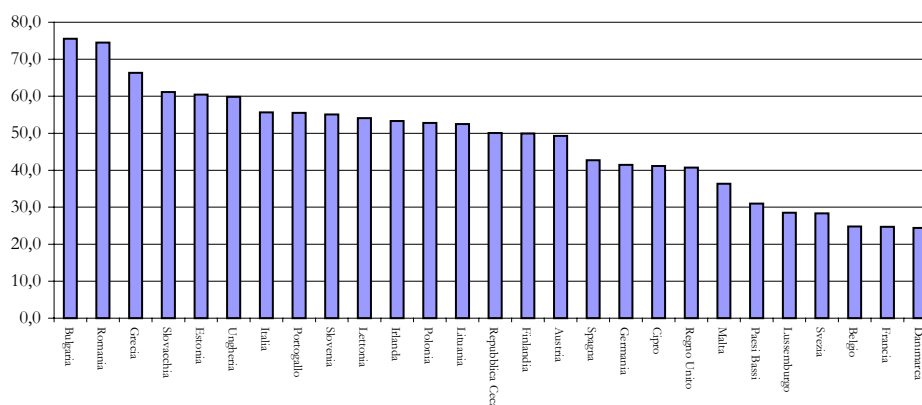
La figura 15 sintetizza le valutazioni medie di insoddisfazione per ciascun paese, mentre la tabella 3 riporta come tale livello di insoddisfazione sia collegato a vari aspetti della cura (la qualità, l'accessibilità e il costo).

I paesi in cui sembra più critica la situazione sono la Bulgaria e la Romania, seguite dalla Grecia, dove come minimo i due terzi di coloro che hanno avuto esperienze con i propri sistemi di Ltc si dichiarano complessivamente insoddisfatti. L'Italia si pone in un secondo gruppo di paesi in cui sono oltre la metà i cittadini che esprimono giudizi negativi: in questo gruppo si trovano praticamente tutti gli altri paesi dell'Europa centro-orientale, assieme a Portogallo e Irlanda.

I tassi di insoddisfazione calano sotto il 30% circa nei paesi scandinavi, nel Benelux e in Francia.

In una situazione intermedia si vengono a trovare Spagna, Germania e Regno Unito (con valori attorno al 40%).

Figura 15 - Percentuale di cittadini insoddisfatti per il funzionamento complessivo del proprio sistema di Ltc



Fonte: Eurobarometro (2007).

Questo quadro complessivo viene in buona parte confermato nel momento in cui si analizza la soddisfazione dei cittadini per le principali dimensioni inerenti gli interventi di cura alla non autosufficienza sia domiciliari che residenziali: la qualità dei servizi, la facilità di accesso ad essi e i relativi costi.

Vista la numerosità di dati riportati nella tabella 3, si è deciso di orga-

Qui tab 3

RPS

Francesca Carrera, Emmanuele Pavolini, Costanzo Ranci, Alessia Sabbatini

RPS

DOMANDA, MISURE E ASSETTI DEL LONG-TERM CARE NEI PAESI EUROPEI

nizzare le informazioni riportando i valori per i singoli paesi, ma organizzandoli all'interno di cluster⁴. Complessivamente emergono quattro profili:

- ♦ vi è un *primo gruppo di paesi*, composto da quasi tutti quelli scandinavi, assieme a Francia e Benelux, in cui i cittadini sono in maggioranza (spesso ampia) *soddisfatti del proprio sistema di Ltc sotto tutti i profili*, tranne che, in parte e solo per alcuni casi nazionali, per i problemi di costi da sostenere per l'inserimento di anziani in strutture residenziali (Francia, Belgio e Lussemburgo);
- ♦ un *secondo gruppo di paesi* assomiglia al precedente ma se ne stacca più fortemente per *l'insoddisfazione rispetto ai costi sia domiciliari che residenziali*; in contesti quali Austria, Germania, Regno Unito e Spagna sembra porsi un trade-off abbastanza rilevante fra, da un lato, qualità e accesso, dall'altro costi dell'assistenza;
- ♦ la gran parte dei paesi del Centro-Est Europa, assieme a Italia, Portogallo, Finlandia e Irlanda, appartengono al *terzo gruppo*, in situazione critica, in cui i cittadini sono *parzialmente soddisfatti della qualità degli interventi, ma fortemente scontenti sotto il profilo della capacità di accesso e dei costi* che debbono sostenere per l'Ltc;
- ♦ il *quarto gruppo* appare quello assolutamente più in difficoltà ed è composto dall'area balcanica-sud orientale dell'Ue a 27 (Romania, Bulgaria e Grecia), in cui *i livelli di insoddisfazione raggiungono percentuali sempre molto accentuate per ogni voce*.

Il quadro fin qui ricostruito mostra, quindi, come vi sia una certa congruenza fra livelli di spesa e copertura pubblica, e valutazioni che i cittadini danno del funzionamento del proprio sistema di Ltc sotto varie prospettive (costi, accesso e qualità).

5. Gli impatti dei differenti modelli di cura

5.1 Diseguaglianze nell'accesso al servizio sanitario

L'indagine Eu-Silc di Eurostat rileva le ragioni per cui non è stato possibile soddisfare un bisogno di trattamenti medici. L'intento è esplorare le situazioni caratterizzate da un accesso ristretto o partico-

⁴ In particolare l'allocatione dei paesi ai vari cluster è stata effettuata utilizzando una cluster analysis gerarchica (metodo ward).

lamente difficoltoso alle cure sanitarie. Si è deciso di utilizzare questa variabile e metterla in relazione ad un insieme di altre variabili che, sempre nella stessa indagine, permettono di individuare quelle persone che hanno problemi di salute di natura cronica. A tal fine si sono impiegate tre variabili presenti in Eu-Silc (la valutazione del proprio stato di salute, la presenza di malattie croniche e la difficoltà a compiere funzioni quotidiane per via di problemi di salute), per ricavarne una che distingue gli individui fra quelli: in buona salute; con alcuni problemi; con seri problemi di salute. Considerando solo gli anziani, le analisi contenute in questo paragrafo si basano su queste due variabili: le difficoltà di accesso ai servizi sanitari e la presenza di problemi di salute. La tabella 4 riporta sinteticamente i risultati di regressioni probit in cui si è cercato di comprendere quanto i problemi di salute degli anziani finiscano per incidere sul mancato accesso a cure e servizi sanitari. Le regressioni sono state controllate anche per altre variabili indipendenti (età, genere, nazionalità, livello di istruzione), che non vengono però riportate in tabella, visto che il focus dell'analisi è concentrato sul rapporto fra stato di salute degli anziani e limiti all'accesso.

Emergono quattro gruppi di paesi, che in buona parte assomigliano a quelli che investono in maniera diversificata e seguendo modelli differenti in Ltc:

- ♦ i paesi scandinavi, il Benelux, la Francia e la Spagna non fanno registrare differenze di accesso ai servizi sanitari per gli anziani in base allo stato di salute di questi ultimi;
- ♦ l'area germanica e la Slovenia si presentano come contesti in cui le differenze emergono solo fra coloro che hanno seri problemi di salute e quelli che non ne hanno affatto; la Germania si pone a cavallo fra questo gruppo e il precedente, visto che presenta un effetto marginale appena significativo e, comunque, molto basso rispetto a quanto avviene negli altri paesi;
- ♦ i paesi anglosassoni e la Repubblica Ceca si caratterizzano per il fatto che lo stato di salute incide in maniera moderata sull'accesso ai servizi sanitari;
- ♦ tutti i restanti paesi, fondamentalmente del Sud e Centro-Est Europa, compresa l'Italia, si caratterizzano per il fatto che lo stato di salute (e la presenza di disabilità) degli anziani incide fortemente sulla possibilità di accesso a cure e servizi sanitari.

Tabella 4 - Regressioni probit in merito al ruolo giocato dallo stato di salute degli anziani sul mancato accesso a servizi sanitari (effetti marginali; cat. rif. buona salute)

Paese	Anziani con alcuni problemi di salute	Anziani con seri problemi di salute
Paesi in cui il diverso stato di salute dell'anziano non incide sulla probabilità di accesso ai servizi sanitari	Ns	Ns
Belgio	Ns	Ns
Danimarca	Ns	Ns
Finlandia	Ns	Ns
Francia	Ns	Ns
Lussemburgo	Ns	Ns
Paesi Bassi	Ns	Ns
Spagna	Ns	Ns
Svezia	Ns	Ns
Paesi in cui solo le situazioni di maggiori problemi di salute dell'anziano incidono sulla probabilità di accesso ai servizi sanitari	Ns	0,054***
Austria	Ns	0,018*
Germania	Ns	0,045***
Slovenia	Ns	
Paesi in cui il diverso stato di salute dell'anziano incide in misura moderata sulla probabilità di accesso ai servizi sanitari	0,027**	0,061***
Repubblica Ceca		
Regno Unito	0,023***	0,068***
Irlanda	0,024***	0,071***
Paesi in cui il diverso stato di salute dell'anziano incide fortemente sulla probabilità di accesso ai servizi sanitari	0,063***	0,102***
Ungheria	0,076***	0,104***
Polonia	0,043***	0,110***
Portogallo	0,032***	0,111***
Cipro	0,071***	0,113***
Italia	0,137***	0,167***
Estonia	0,088***	0,191***
Lituania	0,098***	0,196***
Grecia	0,140***	0,202***
Bulgaria	0,102***	0,207***
Lettonia	0,128**	0,260***
Slovacchia	0,176***	0,288***
Romania		

* sig. <0,05; ** sig. < 0,01; *** sig. <0,001.

Controllato per: età, genere, livello di istruzione, nazionalità

Fonte: elaborazioni degli autori da microdati Eu-Silc (2007; anno 2008 per Romania e Bulgaria).

Per non limitarsi ad una sola analisi di coefficienti di regressione e offrire un'idea più intuitiva e diretta dei risultati appena illustrati, la tabella 5 riporta la percentuale di anziani che dichiarano di non aver avuto accesso ai servizi sanitari sulla base del loro stato di salute (per

RPS

Francesca Carrara, Emanuele Pavolini, Costanzo Ranci, Alessia Sabatini

RPS

DOMANDA, MISURE E ASSETTI DEL LONG-TERM CARE NEI PAESI EUROPEI

motivi di semplificazione si riportano solo le due categorie più estreme, e cioè gli anziani senza problemi di salute e quelli con problemi seri).

Tabella 5 - Percentuale di anziani che dichiarano problemi di accesso ai servizi sanitari sulla base del loro stato di salute (anno 2007; percentuali calcolate rispetto al totale di anziani con medesimo stato di salute)

Paese	Anziani senza problemi di salute	Anziani con seri problemi di salute
Paesi in cui il diverso stato di salute dell'anziano non incide sulla probabilità di accesso ai servizi sanitari		
Belgio	0,1%	0,4%
Danimarca	0,0%	0,6%
Svezia	0,1%	0,9%
Spagna	0,7%	1,3%
Lussemburgo	1,1%	1,5%
Finlandia	0,8%	2,0%
Francia	1,2%	2,0%
Paesi Bassi	0,4%	2,4%
Paesi in cui solo le situazioni di maggiori problemi di salute dell'anziano incidono sulla probabilità di accesso ai servizi sanitari		
Austria	0,9%	4,9%
Germania	3,1%	4,8%
Slovenia	2,3%	7,3%
Paesi in cui il diverso stato di salute dell'anziano incide in misura moderata su probabilità di accesso a servizi sanitari		
Regno Unito	1,1%	3,9%
Irlanda	0,5%	4,1%
Repubblica Ceca	2,2%	7,4%
Paesi in cui il diverso stato di salute dell'anziano incide fortemente su probabilità di accesso a servizi sanitari		
Italia	3,1%	11,2%
Cipro	4,5%	12,8%
Ungheria	4,1%	13,5%
Portogallo	5,3%	14,2%
Slovacchia	5,8%	15,5%
Estonia	4,5%	16,3%
Polonia	7,6%	17,0%
Grecia	3,0%	19,1%
Lettonia	4,7%	22,5%
Bulgaria	15,6%	34,5%
Lituania	19,6%	38,5%
Romania	10,2%	56,0%

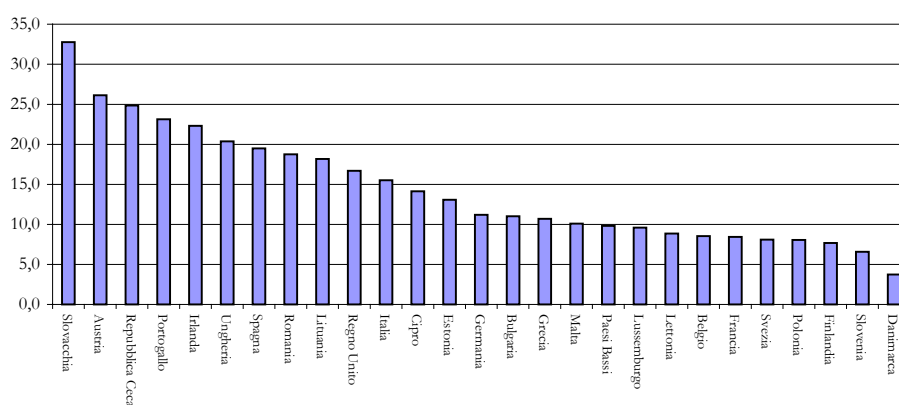
Fonte: elaborazioni degli autori da microdati Eu-Silc (2007; anno 2008 per Romania e Bulgaria).

Come si può notare, se ci si concentra soprattutto sul gruppo finale rappresentato dai paesi in cui il diverso stato di salute dell'anziano incide fortemente sulla probabilità di accesso ai servizi sanitari, la percentuale di anziani disabili o malati con problemi di accesso è estremamente alta e superiore al 10%. In Italia, a fronte di un 3% di anziani senza gravi problemi di salute con problemi di accesso ai servizi e alle cure, ve ne è un 11% fra quelli con seri problemi che non ha avuto accesso. La situazione appare particolarmente drammatica in Bulgaria (34,5%), Lituania (38,5%) e, soprattutto, Romania (56%), dove una buona parte degli anziani fragili ha difficoltà di accesso ai servizi.

5.2 L'impatto dei compiti di cura sul lavoro

Una seconda dimensione, che merita attenzione analizzare quando si discute dell'impatto del sistema di Ltc sulle famiglie e le persone con problemi di non autosufficienza, riguarda quali sono gli effetti sulla capacità di conciliazione fra cura e lavoro.

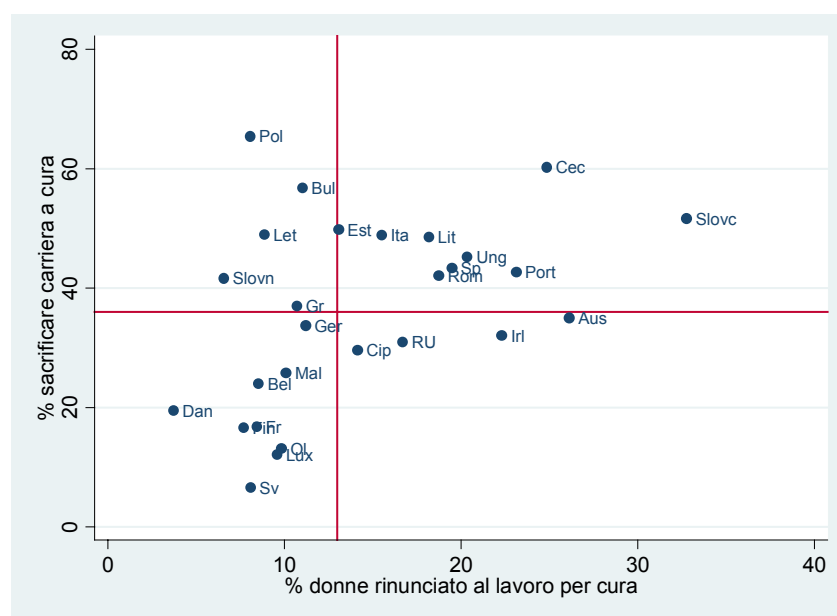
Figura 16 - Percentuale di donne che hanno rinunciato (parzialmente) a lavoro per compiti di cura (da disabilità) verso familiari stretti adulti o anziani (anno 2007; solo donne over 40 con familiari adulti o anziani disabili)



Fonte: elaborazioni a partire dai microdati Eurobarometro (2007).

Nel paragrafo 3.2 si sono riportati gli atteggiamenti rispetto al tema del rapporto fra «doveri» familiari e cura. In questo paragrafo si analizza, invece, quanto diffuso sia il fenomeno della rinuncia (anche parziale) al lavoro per via dei compiti di cura. Concentrandosi solo sulle donne che dichiarano di avere in famiglia persone adulte o anziane con disabilità, risulta come in media fra i paesi europei poco più di un decimo dei caregiver donne (circa il 13%) ha dovuto effettivamente lasciare il lavoro per compiti di assistenza o ha dovuto ridurre il carico lavorativo. La percentuale risulta più contenuta e pari o inferiore a quella media nei paesi scandinavi, in Germania, in Francia e nel Benelux, in vari paesi del Centro-Est Europa, Grecia, Cipro e Malta. Appare, invece, nettamente più alta in Austria, nelle aree della ex Cecoslovacchia, in Ungheria, Portogallo, Irlanda e Spagna. Italia e Regno Unito si pongono leggermente sopra la media complessiva, con valori attorno al 15-18%.

Figura 17 - Percentuale di donne che hanno rinunciato (parzialmente) al lavoro per compiti di cura (da disabilità) verso familiari stretti adulti o anziani (anno 2007; solo donne over 40 con familiari adulti o anziani disabili)



Fonte: elaborazioni degli autori a partire dai microdati Eurobarometro (2007).

La classifica riportata nella figura 16, che riguarda ciò che effettivamente accade sul mercato del lavoro, appare in parte differente da quella relativa agli atteggiamenti culturali in merito all'accettabilità della scelta di continuare a lavorare piuttosto che prendersi cura di familiari fragili: la correlazione fra le due variabili, seppur positiva e forte (0,441), è comunque meno robusta di quella fatta registrare da altri fenomeni analizzati in questo saggio. Le situazioni di incongruenza si registrano in due direzioni. La figura 17 mostra come soprattutto in molti paesi del Centro-Est Europa (Polonia in primis) ad una preferenza per forme di welfare familiare non corrisponda una rinuncia a partecipare al mercato del lavoro: ciò accade in Polonia, Bulgaria, Slovenia e Lettonia, ma in parte anche in Grecia e Germania. All'opposto in altri paesi, come quelli anglosassoni e l'Austria, la percentuale di donne che rinunciano (parzialmente) a lavorare per compiti di cura appare molto più alta in termini relativi rispetto al livello di preferenza per soluzioni familiari al problema dell'assistenza ad anziani non autosufficienti.

Utilizzando altre fonti, secondo la recente pubblicazione dell'Ocse, i caregiver hanno meno probabilità di essere occupati e hanno il 50% di probabilità in più dei non caregiver di essere casalinghe (tabella 6). Il gap tra tassi di occupazione dei caregiver e non caregiver è minore nei paesi del Nord Europa, maggiore in quelli del Sud (Grecia, Spagna ma anche Polonia). In Austria e Italia una percentuale elevata di caregiver si trova tra i pensionati (48,9% e 36,2% contro una media Ocse del 20%).

Nei paesi dell'Unione europea (Ue-27, dati Eurostat) le motivazioni prevalenti per cui le persone in età attiva (15-64 anni) dichiarano di non cercare lavoro si differenziano notevolmente sulla base del genere. Il peso delle responsabilità familiari in senso ampio è motivo prevalente di rinuncia alla partecipazione al mercato del lavoro per le donne a Malta, Cipro, in Spagna, Grecia, Lussemburgo, Portogallo (tra il 20 e il 40%); con percentuali comunque rilevanti in Romania, Belgio, Croazia, Austria, Irlanda, Germania, Slovenia, Bulgaria, Polonia (tra il 20 e il 10%). Le responsabilità familiari non incidono invece sulle scelte lavorative in Finlandia, Francia, Slovacchia, Ungheria, Svezia, Repubblica Ceca (tra 0,5% e 1,9%). Se si analizzano i dati sulle ragioni di inattività legate alla cura di persone non autonome, per ragioni dovute all'età o a disabilità, i paesi che raggiungono percentuali più elevate sono Regno Unito, Repubblica Ceca, Estonia, Slovacchia, Ir-

landa, Ungheria (tra il 28 e il 18%); Finlandia, Italia, Austria, Germania, Cipro, Polonia, Paesi Bassi, Spagna (14-16,5%). I paesi che si contraddistinguono per percentuali più basse sono Belgio, Croazia, Romania, Francia, Danimarca, Slovenia (2,5-5%).

Tabella 6 - Differenze fra carer e non carer sulla base del proprio status occupazionale

Paese	Pensionata/o		Occupata/o		Disoccupata/o		Casalinga	
	Carer (%)	Non carer (%)	Carer (%)	Non carer (%)	Carer (%)	Non carer (%)	Carer (%)	Non carer (%)
Australia	16,8	16,2	53,1	66,2	1,6	1,8	21,7	6,9
Austria	48,9	44,0	31,8	38,9	3,3	4,0	11,6	9,8
Belgio	22,3	25,6	39,0	42,7	10,5	6,0	16,5	13,0
Repubblica Ceca	34,7	43,4	44,7	48,1	11,2	5,6	0,3	0,0
Danimarca	19,1	22,2	59,0	60,6	7,0	5,9	1,3	1,7
Francia	24,0	25,5	51,6	52,7	4,3	6,1	13,8	9,3
Germania	23,5	20,5	48,2	53,8	9,7	11,2	11,9	8,9
Grecia	18,7	23,3	31,4	47,2	2,4	2,8	46,0	25,1
Irlanda	11,1	17,0	55,6	51,9	1,7	4,0	24,7	17,8
Italia	36,2	35,5	33,5	35,8	3,2	4,0	24,5	22,3
Corea	7,0	10,6	45,0	48,9	3,8	3,0	36,9	33,2
Paesi Bassi	6,5	11,0	52,4	5,1	2,9	3,0	27,0	17,6
Polonia	37,6	36,2	33,6	60,3	3,4	7,9	9,8	5,3
Spagna	10,0	13,8	33,0	45,1	5,9	7,5	43,9	25,7
Svezia	12,9	16,3	75,4	73,9	1,4	3,5	0,8	1,1
Svizzera	7,3	10,2	67,0	69,5	3,5	2,8	15,7	10,0
Regno Unito	10,6	7,3	77,9	80,9	1,4	0,9	5,3	5,0
Stati Uniti	17,7	15,5	58,5	62,0	2,3	1,8	10,7	9,1
Oecd (17)	20,3	21,9	49,5	52,4	4,4	4,5	17,9	12,3

Nota: dati riferiti a persone con 50-65 anni.

Fonte: Oecd (2011).

La complessità della lettura del dato è determinata da una serie di ragioni che si combinano in modo non sempre prevedibile, e che sono legate alle caratteristiche del mercato del lavoro, all'offerta di welfare, al contesto culturale relativo in particolare ai modelli familiari e alle aspettative legate all'appartenenza familiare. Resta comunque il fatto che per entrambe le modalità di risposta – altre responsabilità familiari

e esigenze di cura di bambini o adulti disabili – nella parte più alta della distribuzione si trovano Irlanda, Cipro, Spagna, Lussemburgo, Austria, Germania, Grecia, Italia.

Tabella 7 - Popolazione inattiva / donne e popolazione totale tra i 50 e i 64 anni – Motivo principale per cui non cercano lavoro: «cura di disabili o di bambini» (anni 2006 e 2010)

	50-64 anni			
	Donne		Totale	
	2006	2010	2006	2010
Unione europea (Ue-27)	3,8	4,3	2,5	3,0
Belgio	1,7	1,8	1,1	1,1
Bulgaria	4,1	4,4	3,0	3,4
Repubblica Ceca	0,8	0,6	0,5	0,4
Danimarca	*	*	*	*
Germania	2,5	3,2	1,7	2,3
Estonia	*	*	*	*
Irlanda	*	*	*	*
Grecia	1,3	1,6	0,9	1,1
Spagna	7,1	7,4	5,3	5,2
Francia	*	*	*	*
Italia	8,3	6,8	5,5	4,6
Cipro	4,4	4,7	3,5	3,5
Lettonia	*	*	*	*
Lituania	*	*	*	*
Lussemburgo	*	4,9	*	3,1
Ungheria	1,9	3,0	1,5	2,0
Malta	*	*	3,2	*
Paesi Bassi	7,1	6,4	4,9	4,4
Austria	2,1	2,6	1,4	1,7
Polonia	1,7	2,5	1,2	1,8
Portogallo	4,1	2,9	2,8	2,0
Romania	*	*	*	*
Slovenia	1,2	1,0	0,8	0,9
Slovacchia	1,6	3,8	1,2	2,9
Finlandia	*	1,2	*	0,7
Svezia	*	*	*	*
Regno Unito	*	9,3	*	7,7

* dato non disponibile

Fonte: elaborazioni degli autori su Eurostat (2011).

RPS

Francesca Carrera, Emanuele Pavolini, Costanzo Ranci, Alessia Sabbatini

Inoltre, se consideriamo le donne che non sono alla ricerca del lavoro perché si occupano di bambini o adulti non autosufficienti, le distribuzioni per le fasce di età 25-49 e 50-64 variano considerevolmente. Interessante notare che per la fascia di età 50-64 (tabella 7) le percentuali di donne che non cercano lavoro perché occupate nella cura di persone dipendenti di 15 anni e oltre, è più alta per Portogallo, Ungheria, Germania, Slovacchia, Bulgaria, Cipro, Lussemburgo, Paesi Bassi, Italia, Spagna, Regno Unito (tra il 3 e il 9%).

Lo studio di Costa e Ranci (2010) ha cercato di comprendere se sia il caregiving a scoraggiare l'occupazione oppure se il caregiving sia diffuso soprattutto tra persone che già non lavoravano precedentemente all'assunzione di responsabilità di cura. Una risposta parziale a questo interrogativo deriva dal fatto che, contrariamente all'idea che l'attività di cura riguardi soprattutto persone che non sono mai state inserite nel mercato del lavoro, dall'analisi di Costa e Ranci emerge come la grande maggioranza dei caregiver in condizioni di inattività, compresi i caregiver intensivi, abbiano svolto un'attività lavorativa in precedenza all'attività di caregiving. Un secondo elemento è dato dal fatto che per quasi un terzo delle caregiver donne inattive, l'attività di cura ha impedito di svolgere un'attività lavorativa. Inoltre un quarto delle donne che svolgono contemporaneamente un'attività lavorativa e un'attività di cura sperimentano ostacoli nel campo occupazionale determinati dagli obblighi inerenti il caregiving. Poiché la stessa situazione non è segnalata per i caregiver uomini, gli autori concludono che il caregiving produce un effetto di scoraggiamento sull'assunzione di un ruolo lavorativo, o di limitazione nelle possibilità di carriera, soprattutto per le donne, e in particolare per quelle che hanno compiti di cura intensivi. L'effetto, infine, appare ridotto nei paesi scandinavi e nell'area francofona (dove i tassi di attività femminili sono più elevati) ed è invece più forte nell'area mediterranea e in quella anglosassone (dove anche una quota elevata di caregiver maschi sperimenta lo stesso problema).

Secondo le analisi svolte dall'Ocse (Oecd, 2011), le ripercussioni sulle scelte e sulla carriera lavorativa determinate dalle esigenze di cura di un familiare non autosufficiente si differenziano in base all'intensità della cura, che è più bassa nei paesi del Nord Europa e in Svizzera (dove circa la metà dei caregiver offrono cura tra 0 e 9 ore, ma meno del 20% per più di 20 ore) e più alta nei paesi del Sud Europa, in Polonia e nella Repubblica Ceca, dove oltre il 30% dei caregiver offrono una cura intensiva (più di 20 ore settimanali). L'impatto della cura

sulla partecipazione al mercato del lavoro è, infatti, significativo solo quando quest'attività è intensa: ogni incremento dell'1% delle ore di cura si ripercuote in un incremento del 10% di probabilità di interruzione del lavoro. I dati Ocse mettono in luce come le famiglie più svantaggiate siano quelle con maggiori probabilità di essere coinvolte in attività di cura, e quelle che più soffrono delle minori opportunità di lavoro dovute a queste circostanze. L'analisi evidenzia come gli «*intensive carers*» siano generalmente anziani, meno istruiti e più poveri dei «*non intensive*». Lo stesso dato emerge dallo studio di Costa e Ranci (2010), da cui emerge che nelle famiglie con caregiver «leggero» (meno di 14 ore settimanali) il reddito pro capite equivalente risulta addirittura superiore a quello medio generale, mentre il reddito diminuisce del 16% nel caso che il caregiver sia impegnato in una misura media e si riduce del 33% quando il caregiver è impegnato intensivamente (oltre 28 ore settimanali). In generale il caregiving intenso costituisce un forte fattore di vulnerabilità economica, mentre il caregiving svolto per un tempo limitato non sembra avere impatti economici rilevanti, essendo praticato soprattutto da famiglie con un livello di vita medio-alto. Complessivamente, per quanto sin qui discusso, nei paesi del Nord Europa essere un caregiver non implica una riduzione significativa nei tassi di occupazione, mentre in quelli del Sud Europa la riduzione dell'occupazione in conseguenza dell'attività di cura è più rilevante.

6. Conclusioni

L'analisi fin qui presentata ci mostra una situazione fortemente differenziata fra paesi europei. In particolare, a fronte di una domanda sociale, sotto forma di invecchiamento della popolazione, abbastanza simile, le risposte che famiglie e welfare state offrono appaiono abbastanza differenziate e hanno conseguenze abbastanza eterogenee sia sulle persone con disabilità che sui loro familiari.

Per quanto riguarda la realtà dei sistemi pubblici di Ltc, dall'analisi relativa ai livelli di spesa e di copertura emergono due risultati principali. Il primo è che, ancora oggi, i dati utili per fare una comparazione internazionale sono alquanto carenti. Ciò riflette, da un lato, la complessità dei sistemi nazionali di Ltc, l'ampia articolazione delle forme di intervento e la diversa architettura istituzionale che definisce e differenzia tra loro i diversi comparti delle politiche di welfare (distinguendo in modo diverso, ad esempio, i confini tra intervento sociale e sa-

nitario). Dall'altro lato, l'assenza di dati affidabili segnala un ritardo storico nella costruzione di base dati omogenee a livello europeo, che consentano analisi statisticamente congruenti. L'aumento progressivo delle risorse finanziarie pubbliche investite in questo campo di policy, confermato dai dati presentati, renderà questo problema improrogabile sia per i governi nazionali, che necessitano di basi statistiche affidabili per tenere sotto controllo bilanci ed efficacia degli interventi, sia per l'Unione europea nella misura in cui assumerà nel tempo maggiori responsabilità di indirizzo in questo campo.

Il secondo risultato è che in Europa sono identificabili due modelli diversificati di sistema di Ltc. Il primo è caratterizzato da un finanziamento generoso e da una certa completezza dei servizi, segnalata dalla presenza di tassi elevati di copertura dei servizi pubblici di cura. Il secondo è invece caratterizzato da bassa spesa e forte dominanza di interventi di sostegno monetario. A questi due modelli corrispondono diverse forme di codifica e di estensione dei diritti sociali in materia di Ltc. Tra questi due modelli estremi, in una posizione intermedia, si collocano quei sistemi nazionali di Ltc, prevalentemente collocati nell'Europa continentale, che negli ultimi venti anni hanno introdotto profonde innovazioni. I dati disponibili, per quanto lacunosi, registrano puntualmente queste variazioni, segnalando come l'innovazione istituzionale delle ultime due decadi abbia condotto ad una maggiore convergenza tra i paesi europei, ferma restando la forte debolezza del sistema di Ltc nei paesi, tra cui l'Italia, in cui l'innovazione non è avvenuta.

A questi modelli istituzionali differenti si legano, da un lato, giudizi e valutazioni abbastanza congruenti dei cittadini di ciascun paese sul proprio modello di welfare pubblico, dall'altro, una serie di atteggiamenti e di aspettative verso il ruolo della famiglia nei compiti di cura spesso, ma non sempre (si veda l'esempio di molti paesi del Centro-Est Europa), allineati al funzionamento delle politiche di Ltc. È indubbio, però, che, in misura crescente con l'aumentare dei processi di invecchiamento, il modello di funzionamento dei sistemi di Ltc finisce per avere un impatto sulle disuguaglianze sociali e di quelle di genere in particolare. Vi sono vari paesi europei, fra i quali l'Italia, in cui il tema dell'accesso degli anziani ai servizi sanitari e sociosanitari è influenzato dal loro grado di salute: le persone con malattie croniche o disabilità tendono ad avere maggiori problemi di accesso.

Ugualmente il tema della conciliazione fra lavoro retribuito e attività di cura, se sembra porsi in termini più problematici soprattutto quan-

do la persona anziana esprime rilevanti bisogni assistenziali, fa emergere come i modelli di Ltc meno sviluppati o più orientati ad un sostegno tramite trasferimenti monetari e non servizi finiscono per penalizzare in maniera relativamente diffusa le donne con compiti di cura.

RPS

Riferimenti bibliografici

- Costa G. e Ranci C., 2010, *Dependency as a factor of vulnerability in Europe*, paper presentato alla conferenza *Transforming Care 2010*, Copenhagen 21-23 giugno.
- Eurobarometro, 2007, *Health and Longterm Care in the European Union*, European Commission, Bruxelles.
- Eurobarometro, 2010, *Eurobarometer 71. Future of Europe*, European Commission, Bruxelles.
- Eurostat, 2010, *ESPROSS database*, Eurostat, Bruxelles.
- Eurostat, 2011, *Statistics in focus*, Eurostat, Bruxelles.
- Fries J.F., 1980, *Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity*, «New England Journal of Medicine», vol. 303, pp. 130-135.
- Gruenberg E.M., 1977, *The Failures of Success*, «Milbank Memorial Fund Quarterly: Health & Society», vol. 55, pp. 3-24.
- Lafortune G., Balestat G. e i membri del Disability Study Expert Group, 2007, *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 Oecd Countries and the Future Implications*, Oecd Health Working Papers n. 26, Oecd Publishing, Parigi.
- Manton K.G., 1982, *Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population*, «Milbank Memorial Fund Quarterly: Health & Society», vol. 60, pp. 183-244.
- Oecd, 2011, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Oecd Publishing, Parigi.

