

Coinvolgimento familiare e politiche per la non autosufficienza: modelli di defamilizzazione in Europa

Matteo Luppi

L'articolo esamina la relazione tra le caratteristiche dei sistemi di Long-term care (Ltc) e le risorse familiari destinate alla cura della popolazione anziana non autosufficiente in quattordici paesi europei. L'analisi si concentra sul recente periodo di riforme innescato dal progressivo invecchiamento della popolazione e dai vincoli finanziari aggravati dalla crisi economica. L'obiettivo dell'analisi è definire tipologie basate sul grado di defamilizzazione dei sistemi di cura rivolti alla popolazione anziana, sia in termini di coinvolgimento familiare diretto – la fornitura di cure informali – che indiretto – l'acquisto di servizi nel mercato di cura –,

partendo dall'analisi delle caratteristiche istituzionali dei sistemi di Ltc che determinano tale coinvolgimento. La tipologia identifica quattro modelli che ricalcano il gradiente Nord-Sud(Est) Europa relativo alla generosità delle politiche di welfare, evidenziando la correlazione tra i due tipi di coinvolgimento familiare considerati, ma anche tra questi ultimi e il livello di spesa sociale destinata ai settori di cura. Inoltre, l'analisi evidenzia che un marcato orientamento verso il finanziamento e utilizzo dei trasferimenti monetari comporta un incremento di entrambe le risorse private di cura.

1. Introduzione

Differenti pressioni stanno interessando il ruolo delle famiglie nei sistemi di Long-term care (Ltc) europei. Sul lato della domanda, la combinazione dell'invecchiamento della popolazione, l'aumento della partecipazione femminile nel mercato del lavoro, l'innalzamento dell'età di pensionamento sia per i lavoratori che per le lavoratrici e la contrazione della numerosità familiare si traducono in una riduzione delle capacità delle famiglie di far fronte alle necessità di cura. Al-poppo, sul lato dell'offerta, l'imperativo della sostenibilità dei sistemi di welfare – e in particolar modo dei sistemi di Ltc –, fattosi ulteriormente stringente dopo la recente crisi economica, ha influenzato

il finanziamento pubblico destinato ai sistemi di cura. Negli ultimi due decenni la quasi totalità dei paesi europei ha, con modalità e intensità differenti, intrapreso percorsi di riforma dei sistemi di Ltc finalizzati alla riorganizzazione e alla riduzione della spesa pubblica (Oecd, 2005, 2011). Come sostenuto da Pommer e al. (2007) un possibile *outcome* di questi processi di riforma riguarda la riduzione del ruolo pubblico in favore dell'aumento della dimensione privata, sia per quanto riguarda la fornitura che per il finanziamento della cura.

Il conflitto tra aumento delle necessità di cura e riduzione della capacità di far fronte a tale necessità suggerisce di analizzare l'influenza dei bisogni degli anziani non autosufficienti rispetto alle risorse familiari di cura, non solo in termini di uguaglianza di genere ma anche in relazione all'impatto economico sul budget familiare. La redistribuzione delle risorse all'interno delle famiglie è strettamente correlata e influenzata dalle caratteristiche del sistema di welfare state, e in particolare dal grado di familismo (Naldini e Saraceno, 2011). Più le famiglie sono ritenute responsabili del benessere dei familiari, più le ineguaglianze di genere ed economiche diventano predominanti. In relazione ai sistemi di Ltc, mentre la prospettiva di genere delle responsabilità di cura è stata ampiamente investigata, e rappresenta un'importante area di ricerca, il secondo punto di vista ha ricevuto meno attenzione. Questo studio cerca di colmare questo gap, analizzando il grado di familismo dei sistemi di Ltc europei, considerando sia il livello di coinvolgimento delle famiglie nel processo di cura – in termini di tempo ed economici – sia le caratteristiche istituzionali che influenzano tale grado di coinvolgimento. Per rispondere alla necessità di sostenibilità dei sistemi di Ltc i percorsi di riforma implementati nella maggioranza dei paesi europei hanno interessato diversi aspetti dei sistemi di cura. Questo studio si prefigge di identificare quei fattori che influenzano il grado di coinvolgimento delle famiglie nei processi di cura, e di comprendere come i paesi europei si collocano in relazione a tale aspetto. Nello specifico, utilizzando macro-indicatori relativi alle caratteristiche istituzionali dei sistemi di Ltc, si propone una tipologia dei sistemi di cura, ottenuta attraverso *cluster analysis*, basata sul grado di necessità delle risorse private che gli anziani non autosufficienti e i loro familiari destinano alla cura. La prima sezione dell'articolo contestualizza i sistemi di cura all'interno dei recenti percorsi di riforma, mentre la sezione successiva definisce la relazione tra questi ultimi e le risorse private di cura. Gli ultimi paragrafi sono dedicati all'analisi e all'interpretazione dei risultati.

2. Un tratto comune tra i paesi europei: le riforme dei sistemi di Ltc

Nonostante negli ultimi due decenni le politiche di Ltc, in controtendenza rispetto ai principali settori di welfare, siano state caratterizzate da una forte espansione sia in termini di finanziamento che di responsabilità pubblica (Ranci e Pavolini, 2015), il progressivo invecchiamento della popolazione e le recenti trasformazioni sociali hanno portato a un costante aumento della domanda di cura, forzando i governi nazionali a riformare e a riorganizzare i propri sistemi di cura per tenere il passo con i crescenti bisogni.

Come risultato, sin dal 1990, i settori di cura agli anziani sono stati caratterizzati da significative trasformazioni. In alcuni casi tali cambiamenti rappresentano l'esito di espliciti obiettivi politici e hanno portato a radicali e profondi cambiamenti del settore. Chiari esempi di questo approccio sono rappresentati da Israele, dalla Germania e dal Giappone che, a seguito di un'espansione in chiave universalistica dei diritti di cura, hanno introdotto meccanismi di previdenza sociale (Asiskovitch, 2013; Campbell e al., 2010). In modo simile, ma attraverso percorsi differenti, anche la Spagna, così come la Francia e il Belgio, hanno riorganizzato in modo significativo i loro sistemi di cura.

In altri paesi i cambiamenti istituzionali si sono manifestati attraverso un percorso più graduale. Gli Stati caratterizzati da una tradizione universalistica dei sistemi di welfare, come i paesi nordici, ma anche il Regno Unito e i Paesi Bassi, hanno infatti introdotto minori cambiamenti, principalmente rivolti alla razionalizzazione del settore di cura (Ranci e Pavolini, 2015). Al contrario, in altre nazioni, come ad esempio l'Italia, la riforma del sistema di cura non è mai entrata in agenda. L'inerzia istituzionale che ha caratterizzato l'approccio dei governi Italiani nei confronti delle politiche di Ltc ha rafforzato l'orientamento verso la soluzione familistica supportata da trasferimenti monetari (Gori, 2012). Similarmente, ad eccezione della Repubblica Ceca, nei paesi dell'Europa centro-orientale le riforme dei sistemi di cura agli anziani non hanno trovato spazio nelle agende nazionali (Gori e al., 2015).

In questo contesto di grande dinamicità la recente crisi economica e le relative politiche di austerità sono entrate in scena. Come notato da Swartz (2013), negli ultimi anni molti paesi hanno introdotto cambiamenti istituzionali che hanno influenzato la *direzione* e lo scopo dei propri sistemi di Ltc. La quasi esclusività dei paesi europei ha visto l'implementazione di tagli, rallentamenti e rinvii nei propri processi di

riforma. La Spagna rappresenta un esempio emblematico. L'ambiziosa riforma del sistema intrapresa nel 2007 è stata fortemente rallentata da tagli ai fondi programmati (Cabreró e Gallego, 2013).

Nonostante tale dinamicità istituzionale, ad oggi la non autosufficienza rappresenta ancora un rischio sociale non completamente affrontato dai sistemi di welfare (Oecd, 2011). La forma tradizionale di protezione pubblica, basata sulla fornitura di indennità di invalidità e di servizi sanitari e riabilitativi, rappresenta ancora la soluzione di cura primaria in diversi paesi europei, mentre i regimi assicurativi pubblici destinati alla popolazione non autosufficiente sono generalmente non adeguati a far fronte agli alti costi connessi alla Ltc (Pavolini e Ranci, 2008). Di conseguenza, per rispondere al dilemma posto dal progressivo invecchiamento della popolazione, le riforme dei sistemi di Ltc hanno interessato la redistribuzione delle responsabilità di cura tra i tre attori principali coinvolti: lo Stato, il mercato e la famiglia (Pavolini e Ranci, 2008). In letteratura questo processo di riorganizzazione istituzionale è stato analizzato seguendo differenti approcci. Da un lato i cambiamenti sono stati letti in relazione alla crescente pressione connessa all'aumento dei costi del comparto residenziale e dei servizi sanitari, all'interno di un'ottica di incremento dell'efficienza e dell'equità (Jacobzone, 1999; Österle, 2001). Nello specifico, in questa ottica le riforme rispondono alla necessità di sostituire o di integrare i servizi di *healthcare* e le pensioni di invalidità destinati alla popolazione non autosufficiente. Dall'altro lato i critici di questa nuova ondata di riforme, prestando maggiore attenzione ai processi di de/ri-familizzazione e di privatizzazione dei mercati di cura, hanno analizzato l'impatto di tali processi in relazione alle responsabilità di cura. Alcuni autori evidenziano come i recenti cambiamenti istituzionali costituiscano un'apertura ai principi di mercato. Nello specifico, la nascita dei mercati dei servizi di cura e la differenziazione tra fornitura e finanziamento dei servizi stessi ha portato a una progressiva mercificazione della cura (Ungerson, 2003). Una seconda linea critica ai recenti processi di riforma è identificabile nella «riscoperta» e nella promozione delle cure informali da parte dell'attore pubblico, aspetto che ha interessato anche i sistemi di Ltc nordici (Kröger e Sipilä, 2005). Secondo questo approccio i recenti processi di riforma promuoverebbero la ri-familizzazione delle cure attraverso l'introduzione o l'espansione di trasferimenti monetari come possibile via verso la sostenibilità economica del sistema (Rostgaard e Fridberg, 1998). La ricerca proposta in questo articolo muove da queste ultime premesse e mira a com-

prendere come il crescente ricorso alle famiglie e alle risorse private di cura, che a livelli differenti è identificabile in diversi paesi europei, varia in relazione al *setting* istituzionale.

3. Risorse private di cura e cambiamenti istituzionali

Mentre le cure familiari spesso rappresentano una rete di sicurezza sociale per gli anziani non autosufficienti (Lubben, 1998), diverse ricerche evidenziano le ricadute, anche economiche, che esse comportano a chi le fornisce (Lai, 2012; Luppi, 2015). Secondo la tipologia dei costi nascosti dell'assistenza, proposta da Fast e al. (1999), le risorse private destinate alla cura includono sia le spese dirette sostenute per servizi e cure che il tempo dedicato, nella misura del lavoro non retribuito e delle relative ricadute sull'occupazione. Ai fini del nostro ragionamento risulta centrale comprendere come queste risorse – i costi della cura e le cure informali – sono influenzate dalle caratteristiche istituzionali dei sistemi di Ltc.

La letteratura relativa ai *care regimes* (Anttonen e Sipilä, 1996; Bettio e Plantenga, 2004; Daly e Lewis, 2000; Orloff, 1993; Pavolini e Ranci, 2008) permette di identificare tre dimensioni che sono cruciali per la comprensione degli effetti dei sistemi di Ltc sulle risorse private di cura: *i*) l'organizzazione dei settori di cura in relazione alla fornitura dei servizi; *ii*) la struttura del mercato di cura e *iii*) la responsabilità pubblica di cura.

Recenti tendenze sono osservabili in Europa per quanto riguarda la struttura dei servizi di Ltc. Oltre alla già menzionata riscoperta delle cure informali (Wiener, 2003), un'ulteriore strategia di riduzione dei costi ha riguardato la crescita dei servizi domiciliari a scapito delle cure residenziali, queste ultime più onerose per le finanze pubbliche (Oecd, 2005). Infine, è cresciuta l'importanza e l'utilizzo dei trasferimenti monetari in sostituzione o in integrazione dei servizi *in kind* (Da Roit e al. 2007; Ungerson e Yeandle, 2007). Nonostante i trend comuni, ampie differenze caratterizzano i livelli di copertura e di generosità garantiti dai sistemi di Ltc europei (Rodriguez e al., 2012). Queste differenze influenzano le risorse, monetarie e di tempo, che le famiglie devono mettere in atto per assistere i loro anziani parenti. È quindi ipotizzabile che in paesi contraddistinti da un elevato livello di copertura dei bisogni di cura, specialmente attraverso la fornitura di servizi formali *in kind* (sia pubblici che privati) e in seconda battuta da

RPS

Matteo Luppi

trasferimenti monetari, il carico di cura riservato alla sfera individuale sia più limitato.

Un ulteriore elemento connesso all'organizzazione dei servizi, particolarmente interessato dai recenti processi di riforma e in grado di influenzare le risorse private, riguarda la regolamentazione dell'accesso alla cura. Questi meccanismi definiscono la platea dei beneficiari e la composizione dei pacchetti di servizi forniti (Pommer e al., 2007). Nei paesi europei l'accesso alla cura è altamente individualizzato (Missoc, 2006) e in funzione di una pluralità di fattori, come il livello di disabilità, il luogo di residenza, le condizioni di vita, la disponibilità di cure informali e il reddito dei beneficiari (Oecd, 2011). Un'ulteriore forma di regolamentazione riguarda invece i meccanismi di compartecipazione al costo dei servizi. La totalità dei sistemi di Ltc, anche se con forti differenze da paese a paese, prevede una quota di condivisione dei costi, e generalmente il grado di compartecipazione è connesso al reddito del beneficiario. È possibile assumere che in assenza di un adeguato bilanciamento tra meccanismi regolativi basati sul reddito (individuale o familiare) e meccanismi invece basati sulle necessità di cura dei destinatari e sulle caratteristiche familiari sia richiesto un maggior livello di risorse private di cura.

In risposta al vincolo della sostenibilità, e in conseguenza della riorganizzazione nella struttura dei servizi, una pluralità di paesi ha introdotto principi di mercato nei regimi di cura (Pavolini e Ranci, 2008). Come notato da Anxo e Fagan (2005), diverse riforme orientate verso l'apertura al mercato privato hanno caratterizzato la recente ondata di riorganizzazione dei settori di welfare. In relazione ai sistemi di Ltc tali cambiamenti hanno interessato specifici aspetti: un aumento dell'esternalizzazione dei servizi di cura (domiciliari e residenziali), con relativo sbilanciamento del peso degli operatori non pubblici nel mercato di cura (Daly e Lewis, 2000), un incremento dell'acquisto diretto dei servizi di cura da parte dei beneficiari e delle loro famiglie (Simonazzi, 2009) e un maggior ricorso alle risorse economiche private per il finanziamento delle cure (Shutes e Chiatti, 2012). La presenza di una pluralità di fornitori di servizi, se viene garantita la libertà di scelta dei beneficiari, può, attraverso meccanismi competitivi, comportare un beneficio in termini di efficienza e di risparmio per gli utilizzatori finali (Oecd, 2011). Nonostante ciò, la relazione tra il processo di privatizzazione dei settori di cura e le risorse private è più complicata. Altri fattori, oltre alla libertà di scelta, influenzano tale relazione. Ad esempio, a livello istituzionale, la presenza di meccanismi atti a garan-

tire la qualità e l'equo accesso ai servizi, così come la presenza di strumenti di supporto alla domanda. A livello individuale le caratteristiche familiari, quali la capacità di sostenere i costi di cura o di orientarsi adeguatamente nei percorsi di cura, sono di principale importanza. In generale, è possibile assumere che i processi di privatizzazione dei sistemi di Ltc possono generare un impatto negativo sulle risorse private in quei paesi caratterizzati da regimi di cura più restrittivi e da mercati poco regolarizzati. Inoltre, come notato da Szebehely e Trydegård (2012), questi processi possono limitare, e quindi penalizzare, l'accesso ai servizi formali per le famiglie a basso reddito. In assenza di un forte supporto pubblico, l'esternalizzazione dei servizi di cura a operatori non pubblici regolata attraverso meccanismi *means* e *needs-tested* può risultare in una frammentazione nell'accesso degli stessi, dove alle famiglie con scarse risorse economiche sono garantite solo le cure basilari, mentre viene demandata al mercato privato la fornitura di pacchetti più completi. Allo stesso tempo, la non corretta o assente regolamentazione dei mercati può comportare la creazione di mercati irregolari, i quali, per loro natura, non prevedono meccanismi di facilitazione all'accesso alla cura per famiglie a basso reddito.

Altro aspetto connesso alle risorse private di cura e di centrale importanza rispetto ai vincoli di sostenibilità dei sistemi di Ltc riguarda il ruolo del finanziamento pubblico. Come notato da Kraus e al. (2010), la spesa pubblica rappresenta la principale fonte di finanziamento dei sistemi di Ltc, e può essere vista come una misura del relativo livello di generosità. Tuttavia quest'ultimo assunto non è sempre corretto¹, considerando che la relazione tra il finanziamento pubblico e l'effettivo grado di cura ricevuta dai beneficiari è influenzata da una pluralità di fattori. Quindi, sebbene un elevato livello di spesa pubblica è generalmente associato a un sistema di Ltc generoso, la relazione tra finanziamento pubblico e risorse private di cura risulta comunque essere influenzata dagli aspetti e dalle caratteristiche complessive del sistema. L'analisi dei processi di riforma delle politiche di Ltc rispetto alle risorse private di cura ha permesso l'identificazione di quattro dimensioni istituzionali: *i*) la struttura dei servizi; *ii*) i meccanismi di regola-

¹ A tal proposito l'Italia rappresenta un emblematico esempio, con un livello di spesa pubblica superiore alla media europea, ma con livelli di copertura di servizi *in kind* tra i più bassi tra gli Stati membri (Rodriguez e al., 2012), soprattutto in virtù del marcato orientamento verso i trasferimenti monetari che da soli assorbono più del 50% della spesa pubblica complessiva.

mentazione dell'accesso alla cura; *iii*) le caratteristiche del mercato di cura e *iv*) la spesa pubblica. L'interazione tra le caratteristiche di questi quattro aspetti definisce le capacità del sistema di soddisfare la domanda di cura della popolazione non autosufficiente, determinando indirettamente l'ammontare di risorse private che le famiglie devono integrare per compensare la domanda di assistenza non soddisfatta.

4. Dati, variabili e metodologia

La breve storia istituzionale dei sistemi di Ltc – solo recentemente sono stati riconosciuti come un settore separato di welfare – incide sulla disponibilità di dati comparabili a livello internazionale. Per questo motivo in questa ricerca si è scelto di ricorrere a un arco temporale di riferimento relativamente ampio per poter utilizzare dati armonizzati che permettano un adeguato livello di comparabilità².

Per una proporzionata rappresentatività delle dimensioni istituzionali individuate, ciascuna di esse è stata operativizzata attraverso tre indicatori. Per quanto riguarda la struttura dei servizi le tre variabili individuate rappresentano il livello di copertura dei tre principali servizi di cura (domiciliari, residenziali e monetari) rispetto alla popolazione over 65. Le tre variabili caratterizzanti la composizione del mercato di cura riportano la media pesata della quota di operatori pubblici, *for-profit* e *not-for-profit* nel mercato rispetto alla tipologia di servizio offerto (residenziale o domiciliare). Per i meccanismi di accesso alla cura l'obiettivo è quello di rappresentare l'effettiva capacità del sistema di Ltc e il grado di accessibilità. A tale scopo i primi due indicatori forniscono la percentuale della popolazione anziana non autosufficiente che riceve servizi *in kind*, il primo, e monetari, il secondo. Il terzo indicatore fornisce la quota di spesa pubblica destinata a finanziare servizi *means-tested*, ossia servizi per cui l'accesso è mediato da criteri legati al reddito. Gli indicatori relativi al finanziamento pubblico riportano la spesa Ltc in punti di Pil e la spesa pro capite rispetto alla popolazione over 65, mentre la terza variabile identifica l'orientamento del finanziamento pubblico verso servizi *in kind* o monetari, e mette in rapporto la spesa pubblica destinata ai due servizi. Gli ultimi due indica-

² La tabella A1 in appendice riporta i dati utilizzati nell'analisi per i singoli paesi; per motivi di spazio le fonti dei dati utilizzate per ogni variabile sono disponibili su richiesta.

tori riguardano le due dimensioni di risorse private di cura. La componente economica è definita attraverso la quota di spesa privata (*out-of-pocket*) sul totale della spesa del settore. La componente di tempo, le cure informali, è rappresentata dalla quota di anziani over 65 che ricevono cure da familiari o da amici su base volontaria.

L'individuazione di una tipologia di sistemi di Ltc europei è stata ottenuta attraverso l'utilizzo di una *cluster analysis*, operata sul risultato di un'analisi delle componenti principali (Pca) che ha permesso di sintetizzare le informazioni fornite dalle dodici variabili relative alle dimensioni istituzionali in tre componenti. Questa operazione ha permesso di svolgere correttamente la *cluster analysis* rispettando il corretto rapporto tra unità (i quattordici paesi) e variabili (le tre componenti identificate)³.

L'analisi coinvolge quattordici paesi – Regno Unito, Spagna, Francia, Belgio, Germania, Austria, Polonia, Estonia, Italia, Repubblica Ceca, Slovenia, Finlandia, Svezia e Danimarca – selezionati in base alla disponibilità di dati comparabili.

5. I sistemi di Ltc in ottica comparata

È interessante notare che i tassi di copertura dei due servizi *in kind* sono positivamente correlati (0,598⁴). Questo dato suggerisce che i paesi analizzati sono caratterizzati da un crescente livello di sviluppo di questi settori che tende a rispettare le più classiche differenziazioni dei regimi di welfare. Al contrario i trasferimenti in denaro sembrano giocare un ruolo cruciale e trasversale. Nonostante i paesi differiscano nel ricorso a tali interventi, il tasso medio di copertura delle prestazioni monetarie è pari al 10% della popolazione over 65, valore di molto superiore a quello dei servizi domiciliari e soprattutto residenziali (4%). Inoltre, i dati suggeriscono la complementarità tra le diverse tipologie di servizi. Infatti, oltre al ruolo sostitutivo dei trasferimenti monetari

³ I tre componenti ottenuti spiegano il 79% della variabilità. L'analisi dei cluster è stata ripetuta utilizzando diversi metodi (legame completo, legame medio, Ward's e centroide). I metodi utilizzati hanno prodotto simili risultati, indicando in un raggruppamento a quattro cluster il miglior esito. I risultati sono stati testati con R², Semi-Partial R² e pseudo t². La tabella A2 in appendice riporta la matrice delle correlazioni mentre la matrice dei pattern relativa alla Pca è disponibile su richiesta.

⁴ *Significatività 0,10.

rispetto alle cure *in kind*, i dati sembrano indicare che le prestazioni in denaro rappresentano un meccanismo di sviluppo del settore domiciliare supportando l'acquisto di servizi. Un dato interessante riguarda la relazione con le risorse private di cura. Mentre non sembra esserci nessuna significativa correlazione tra le due dimensioni di coinvolgimento familiare e l'importanza dei trasferimenti monetari, i dati evidenziano come al crescere della accessibilità dei servizi *in kind* si riduca la necessità di cure informali (-0,673*).

I dati sulla composizione dei mercati confermano il processo di privatizzazione dei settori di cura. Ad eccezione dei paesi dell'Est almeno il 10% dei servizi forniti è infatti offerto da operatori privati. Nonostante questo, la composizione dei mercati varia significativamente tra i paesi. Il blocco nordico e i sistemi dell'Est Europa sono caratterizzati dal predominio dell'attore pubblico, mentre in nazioni come l'Austria e l'Italia il settore *not-for-profit* fornisce la maggioranza dei servizi⁵. In Francia e in Belgio l'espansione del comparto domiciliare è trainata dall'espansione degli operatori *not-for-profit* e privati, mentre nei restanti paesi questi ultimi gestiscono più del 50% dei servizi offerti. L'analisi bivariata non evidenzia particolari pattern in relazione alla fornitura di cure informali, mentre vi è una chiara relazione inversa tra quota di mercato dell'operatore pubblico e incidenza economica per le famiglie (-0,614*). Al contrario, al crescere del ruolo del *not-for-profit* tende a crescere l'onere economico familiare (0,549*). L'assenza di chiari pattern per quanto riguarda il ruolo dell'operatore privato assume particolare rilevanza. I paesi considerati sono caratterizzati da differenti modelli di *welfare mix*⁶ e questo aspetto rende difficile una lettura univoca di questo dato. Questa relazione comunque suggerisce di porre particolare attenzione al ruolo degli operatori *not-for-profit* nel mercato, e in particolar modo alle regolamentazioni a essi imposte, che solitamente si differenziano da quelle applicate a operatori privati e pubblici.

Rispetto all'accesso alla cura, di particolare interesse risulta essere il ruolo dei servizi *means-tested*. Mentre gli indicatori relativi all'effettiva

⁵ Un necessario chiarimento. I dati macro non permettono di considerare il mercato «grigio», ovvero quei servizi, solitamente forniti da operatrici migranti senza regolare contratto lavorativo, che in questi paesi (Gori, 2012; Mairhuber, 2010), così come in Spagna (León, 2010), rappresentano un'importante quota di mercato.

⁶ Basti notare che gli operatori *not-for-profit* rappresentano il primo operatore in sistemi Ltc molto differenti tra loro, come in Belgio da un lato e in Italia o nella Repubblica Ceca dall'altro.

capacità dei sistemi Ltc rispecchiano i risultati precedentemente presentati in relazione alla struttura dei servizi, un importante dato riguarda la forte correlazione tra la quota di spesa *means-tested* e il ruolo dell'operatore *for-profit* nel mercato (0,720*). Questo dato suggerisce che nei sistemi di Ltc maggiormente orientati verso meccanismi di accesso ai servizi basati sul reddito – come il Regno Unito, la Germania e la Spagna, ma in misura minore anche l'Italia, la Francia e l'Austria – la classe media è spinta a trovare soluzioni di cura autonomamente nel mercato (anche grigio, con particolare riferimento all'Austria e all'Italia), con il rischio di penalizzare le classi medio-basse potenzialmente escludibili dall'accesso ai servizi. Non a caso i dati evidenziano una correlazione positiva tra la quota di spesa *means-tested* e la spesa di cura sostenuta dalle famiglie, a indicare che l'assenza di un corretto bilanciamento tra meccanismi *means e need-tested* può avere ricadute negative in termini di risorse private di cura. Gli indicatori di spesa pro capite e in punti di Pil validano ulteriormente i dati emersi rispetto alla struttura dei servizi, e confermano l'importanza della spesa pubblica rispetto alla generosità complessiva del sistema: ad alti livelli di spesa pubblica corrispondono elevati livelli di accessibilità ai servizi di cura (pro capite 0,719*, Pil 0,695*). Al contrario l'accesso ai trasferimenti monetari non sembra essere particolarmente influenzato dal livello di generosità pubblica. Il terzo indicatore di spesa convalida ulteriormente questo dato e offre un interessante spunto di riflessione in relazione alla dimensione privata di cura. L'orientamento dei sistemi Ltc verso il finanziamento di trasferimenti monetari, piuttosto che di servizi, corrisponde a un maggior ricorso a entrambe le risorse di cura da parte delle famiglie.

6. *Supporto familiare e caratteristiche istituzionali: una possibile tipologia*⁷

La tabella 1 riporta le caratteristiche dei quattro cluster individuati. Non sorprende che i paesi nordici e la Slovenia rappresentino un gruppo a sé, in quanto caratterizzati da alta accessibilità, copertura e gene-

⁷ L'analisi proposta non mira a identificare nuovi modelli di *care regimes*, anche in funzione della sola attenzione alle politiche per gli anziani non autosufficienti. Piuttosto offre l'opportunità di ragionare intorno alla disponibilità e alla accessibilità dei servizi e alla complementarità tra i diversi operatori, permettendo di catturare alcuni cambiamenti caratterizzanti i *care regimes*.

rosità in termini di finanziamento statale, con una netta prevalenza dell'operatore pubblico nel mercato. La posizione di Italia e Spagna in due cluster differenti rappresenta invece una novità rispetto a lavori precedenti (Kraus e al., 2010). L'Italia, anche se caratterizzata da un grado di generosità maggiore, è raggruppata con i paesi dell'Est, mentre la Spagna forma un cluster assieme a paesi maggiormente sviluppati – Belgio, Regno Unito e Germania –; entrambe però sono accomunate da una marcata presenza dell'operatore privato nel mercato di cura⁸. Sorprende poi l'inclusione del Belgio (che per similarità dei progetti di riforma è spesso affiancato all'esperienza francese) in questo cluster. L'Austria e la Francia costituiscono il terzo cluster caratterizzato da alta copertura e accessibilità dei servizi *in kind* e monetari nonostante una discreta quota di spesa sia destinata a servizi *means-tested*.

Tabella 1 - Cluster identificati

Dimensioni	Variabili	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
		Se, Fi, Dk, Si	It, Pl, Ee, Cz	Fr, At	Es, Bl, Uk, De
Struttura servizi	Cure domiciliari +65	+	--	++	=
	Cure residenziali. Care + 65	++	--	=	=
	Trasferimenti monetari +65	=	+	++	--
	Composizione mercato	Pubblico	++	+	-
	<i>Not-for-profit</i>	--	+	++	=
	<i>For-profit</i>	-	-	=	++
Accessibilità	Servizi <i>in-kind</i> /pop. dipendente	+	--	++	=
	<i>Cash</i> /pop. dipendente	+	+	++	--
	% spesa <i>means-tested</i>	--	-	+	++
Spesa pubblica	Spesa pro-capite +65	+	--	++	=
	Ltc/Pil	+	--	++	=
	Spesa <i>cash</i> / <i>in-kind</i>	-	++	-	--

Note: + o - indicano che il valore medio del cluster è compreso tra la media complessiva e una deviazione standard della variabile; ++ o -- indicano variazioni superiori a una deviazione standard della variabile in esame.

Fonte: Elaborazione a cura dell'autore.

⁸ È necessario considerare che i dati utilizzati si riferiscono al 2010 o ad anni precedenti, e quindi non riflettono i tagli di budget e le riforme successive che hanno fortemente depotenziato il disegno originario della riforma spagnola.

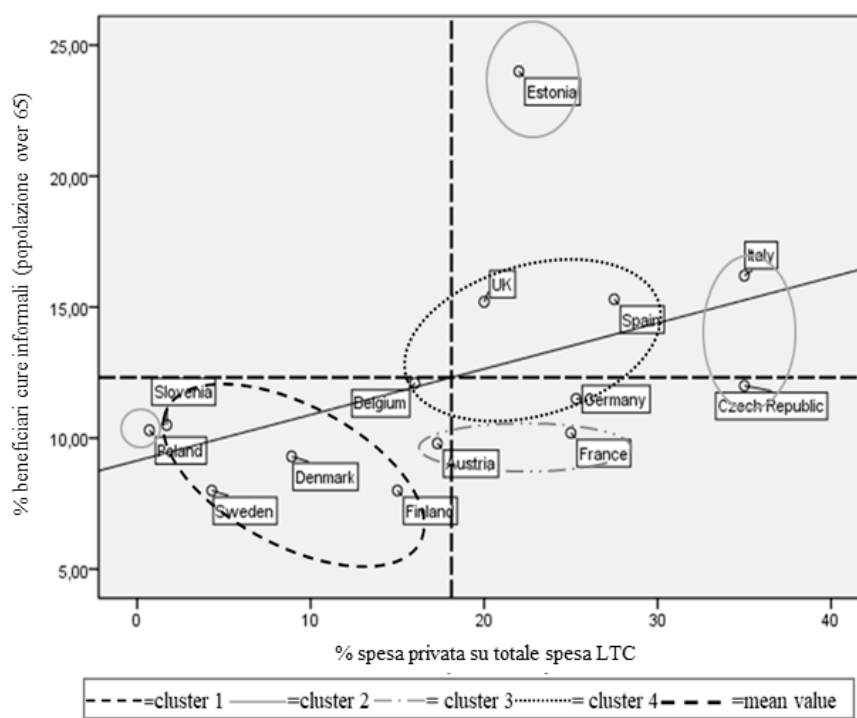
L'obiettivo dell'analisi è comprendere il ruolo dei fattori istituzionali in relazione al coinvolgimento familiare nei processi di cura. In altre parole, capire se paesi caratterizzati da simili sistemi di Ltc richiedano simili livelli di coinvolgimento in termini di risorse private di cura. A tale scopo la figura 1 presenta il risultato della *cluster analysis* attraverso le due variabili identificative di tali risorse: cure informali e spesa privata di cura. Il primo aspetto che emerge dalla figura riguarda la positiva relazione identificabile tra le due variabili (0,468*), a indicare l'assenza di un *trade-off* tra la dimensione economica e la dimensione di tempo del coinvolgimento familiare. I paesi analizzati spaziano infatti da quelli con un limitato livello di coinvolgimento in entrambe le dimensioni a quelli in cui è richiesto un elevato coinvolgimento sia in termini di tempo che in termini economici. Una terza variabile aiuta a comprendere questa relazione: il livello di finanziamento pubblico. Tra i paesi analizzati il livello di risorse private di cura tende ad aumentare al decrescere del livello di spesa pubblica destinata al sistema. Questo aspetto, oltre a evidenziare che non sono identificabili *tratti* distintivi di coinvolgimento familiare tra i paesi, indica che, in risposta al ridimensionamento del ruolo pubblico, le famiglie mettono in atto strategie di cura che riguardano allo stesso modo sia la fornitura diretta di cura che l'esternalizzazione dei carichi di cura familiare verso soggetti di mercato.

La figura 1 presenta inoltre un ulteriore, interessante risultato. Ad eccezione del secondo cluster, la distribuzione dei paesi esaminati rispetto alle due dimensioni di coinvolgimento familiare rispecchia il risultato della *cluster analysis*. Questo risultato indica che, al di là del ruolo della spesa pubblica, le caratteristiche istituzionali identificate tendono a determinare il livello di coinvolgimento familiare. Il primo cluster identificato infatti è posizionato nel terzo quadrante, caratterizzato da un basso coinvolgimento familiare su entrambe le dimensioni. Al contrario i paesi del secondo cluster, a eccezione della Polonia, sono collocati nel quadrante opposto, caratterizzato da un'elevata necessità sia di cure informali che di costi privati. Il quarto cluster, caratterizzato da valori medi di risorse private di cura, è in una posizione intermedia ma, anche in virtù della posizione della Spagna, è maggiormente orientato verso un maggior coinvolgimento familiare diretto. Rispetto a questi ultimi, Francia e Austria sono caratterizzate da un simile livello di spese *out-of-pocket* ma da minori cure informali. In base a questa distribuzione è possibile definire quattro tipologie di sistemi Ltc.

RPS

Matteo Luppi

Figura 1 - Distribuzione dei cluster identificati rispetto alle risorse private di cura



Fonte: Elaborazione a cura dell'autore.

Modello autosufficiente, primo cluster. La sostenibilità del sistema non grava sulle risorse delle famiglie. Al contrario, la cura è una diretta responsabilità pubblica e sono garantiti elevati livelli di accessibilità e di finanziamento dei servizi prevalentemente forniti dall'operatore pubblico. Questo approccio di matrice universalistica garantisce un marginale ricorso alle cure informali. Inoltre, la combinazione di alta spesa pubblica, limitato ricorso a strumenti *means-tested* e sostanziale importanza dei trasferimenti monetari assicura una limitata necessità di spese private.

Modello centrato sulla famiglia, secondo cluster. Situazione opposta alla precedente. In questo caso il funzionamento del sistema è incentrato sulle risorse della famiglia. Caratteristica saliente di tale modello è la sovvenzione delle cure familiari: in media circa il 70% della spesa LTC è destinato a strumenti monetari. Tale combinazione risulta in un'ele-

vata necessità di cure informali (+15%). Nonostante la centralità dell'operatore pubblico nel mercato e il limitato ricorso a meccanismi *means-tested*, il basso finanziamento ai servizi *in kind* e la delega della responsabilità di cura alle famiglie comportano che circa un quarto della spesa complessiva Ltc sia a carico dei privati.

Modello del coinvolgimento economico, terzo cluster. Questo modello è rappresentativo dei sistemi caratterizzati da un forte investimento pubblico, da un virtuoso settore dei servizi *in kind* e da uno sviluppato schema di trasferimenti monetari. Questa combinazione permette un marginale bisogno di cure informali. Al contrario, la combinazione di alta quota di servizi *means-tested* e la prevalenza dell'operatore *not-for-profit* nel mercato risultano in un marcato peso economico per le famiglie che finanziano, in media, il 22% della spesa totale.

Modello di integrazione familiare, quarto cluster. Modello caratterizzato da un appropriato livello di cure formali, ma che comunque richiede l'integrazione delle risorse familiari, sia in relazione alla dimensione temporale che a quella economica. Il netto orientamento verso meccanismi *means-tested*, il limitato ruolo dell'operatore pubblico nel mercato e i moderati livelli di copertura dei servizi *in kind* sembrano generare un effetto avverso sia rispetto ai costi privati di cura, in termini simili riguardo al modello precedente, sia rispetto al ricorso alle cure informali di poco superiore rispetto alla media dei paesi considerati (rispettivamente 13,5% e 12,5%).

7. Conclusioni

L'articolo ha esplorato, alla luce delle recenti riforme, l'influenza del *setting* istituzionale dei sistemi di Ltc sul livello di coinvolgimento familiare nella cura della popolazione anziana non autosufficiente, proponendo una tipologia basata sul grado di defamilizzazione del sistema di cura. La sola attenzione alla popolazione anziana e la mancanza di una piena armonizzazione dei dati suggeriscono che tale tipologia non intende proporre nuovi *regimi*, ma piuttosto si pone come un interessante spunto di riflessione per l'elaborazione di ulteriori ricerche.

Nonostante alcune differenze, la tipologia proposta rispecchia il gradiente Nord-Sud(Est) Europa relativo alla generosità dei sistemi di welfare, con una distribuzione dei cluster lungo il continuum familizzazione/defamilizzazione. Nei modelli identificati l'importanza delle

RPS

Matteo Luppi

risorse private di cura cresce proporzionalmente rispetto a entrambe le dimensioni, con il modello centrato sulla famiglia a identificare il massimo grado di familizzazione. La correlazione tra la componente economica e la componente di tempo delle risorse private di cura sembra infatti indicare, rifacendoci alla letteratura sulle relazioni intergenerazionali (Saraceno e Keck, 2010), una convergenza tra *familialism by default* e *supported familialism*⁹. Questa relazione è inoltre suggerita dagli indicatori relativi alla spesa pubblica. Un limitato finanziamento in termini assoluti e pro capite influisce negativamente sul livello di coinvolgimento familiare, e particolarmente sulla necessità di cure informali. Allo stesso tempo l'orientamento del sistema verso il finanziamento della cura mediante trasferimenti monetari¹⁰ piuttosto che servizi alla persona risulta in un incremento di entrambe le risorse private di cura. Inoltre è interessante notare che se il processo di defamilizzazione si sviluppa attraverso la combinazione di principi di mercato e strumenti *means-tested*, cresce il coinvolgimento economico delle famiglie penalizzando i ceti medio-bassi.

In un articolo, Österle (2016, p. 16) sosteneva che nel recente processo di riforma dei sistemi di Ltc «the current dominance of fiscal sustainability often overruns social sustainability concerns (l'attuale prerogativa della sostenibilità fiscale spesso sovrasta le questioni connesse alla sostenibilità sociale)». Sebbene l'autore si riferisse a una pluralità di aspetti relativi alle politiche di Ltc, questo articolo evidenzia come questo assunto riguardi soprattutto la sostenibilità familiare. È inoltre doveroso precisare che il ragionamento qui presentato non si svolge in un contesto neutrale rispetto al genere, anzi. La cura, specialmente negli anziani, è prettamente femminile. Sono le donne, grazie alla loro maggiore prospettiva di vita, a essere più esposte ad affrontare la non autosufficienza in assenza del supporto diretto del partner, e per la stessa ragione a necessitare di assistenza da parte delle

⁹ Questi concetti si riferiscono alla divisione delle responsabilità intergenerazionali di cura tra Stato e famiglia. Il primo identifica l'assenza di strumenti di supporto pubblici alla cura, e quindi la piena delega alla famiglia, mentre il secondo si riferisce a un approccio caratterizzato da politiche, spesso di carattere monetario, volte appunto a incentivare e a supportare il mantenimento delle responsabilità di cura a livello familiare.

¹⁰ In questa ricerca non sono stati presi in considerazione né il finanziamento né l'utilizzo dei congedi, strumenti comunque alquanto limitati nei sistemi di cura agli anziani.

giovani generazioni. Inoltre, come è noto, la fornitura delle cure informali e le relative ricadute riguardano quasi esclusivamente la popolazione femminile. In un contesto di progressiva e futura riduzione delle capacità familiare di welfare la ricerca della sostenibilità dei sistemi non può permettersi di sottovalutare questo aspetto, soprattutto in relazione ai cambiamenti socio-demografici che ci attendono.

Riferimenti bibliografici

- Anttonen A. e Sipilä J., 1996, *European Social Care Services: Is It Possible to Identify Models?*, «Journal of European Social Policy», vol. 6, n. 2, pp. 87-100.
- Anxo D. e Fagan C., 2005, *The Family, the State and Now the Market: the Organization of Employment and Working Time in the Home Care Services for the Elderly*, in Bosh G. e Lehndorff S. (a cura di), *Working in the Service Sector. A Tale from Different World*, Routledge, Londra.
- Asiskovitch S., 2013, *The Long-Term Care Insurance Program in Israel: Solidarity with the Elderly in a Changing Society*, «Israel Journal of Health Policy Research», vol. 2, n. 3, pp. 1-19.
- Bettio F. e Plantenga J., 2004, *Comparing Care Regimes in Europe*, «Feminist Economics», vol. 10, n. 1, pp. 85-113.
- Cabrero G.R. e Gallego V.M., 2013, *Long-Term Care in Spain. Between Family Tradition and the Public Recognition of Social Risk*, in Ranci C. e Pavolini E. (a cura di), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, Springer, New York. pp. 201-219.
- Campbell J.C., Ikegami N. e Gibson M.J., 2010, *Lessons from Public Long-Term Care Insurance in Germany and Japan*, «Health Affairs», vol. 29, n. 1, pp. 87-95.
- Da Roit B., Le Bihan B. e Österle A., 2007, *Long-Term Care Policies in Italy, Austria and France: Variation in Cash for Care Schemes*, «Social Policy & Administration», vol. 46, n. 9, pp. 653-671.
- Daly M. e Lewis J., 2000, *The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States*, «British Journal of Sociology», vol. 51, n. 2, pp. 281-298.
- Fast J.E., Williamson D.L., Keating N.C., 1999, *The Hidden Costs of Informal Elder Care*, «Journal of Family and Economic Issues», vol. 20, n. 3, pp. 301-326.
- Fernandez J.L., Gori C. e Wittenberg W. (a cura di), 2015, *Long-Term Care Reforms in Oecd Countries*, «Policy Press», Bristol.
- Gori C., 2012, *Home Care in Italy: a System on the Move, in the Opposite Direction to What We Expect*, «Health and Social Care in the Community», vol. 20, n. 3, pp. 255-264.
- Jacobzone S., 1999, *Ageing and Care for Frail Elderly Persons: an Overview of International Perspectives*, «Oecd Labour Market and Social Policy Occasional Paper», n. 38, Oecd Publishing, Parigi.

- Kraus M., Riedel M., Mot E., Willemé P., Röhring G. e Czypionka T., 2010, *A Typology of Long-Term Care System in Europe*, Result of Work Package 1 of the Ancien Project, Instut für Höhere Studies (His), Vienna.
- Kröger T. e Sipilä J., 2005, *Overstretched. European Families Up Against the Demands of Work and Care*, Blackwell, Oxford.
- Lai D.W.L., 2012, *Effect of Financial Costs on Caregiving Burden of Family Caregivers of Older Adults*, «Sage Open», vol. 2, n. 4, doi: <https://doi.org/10.1177/2158244012470467>.
- León M., 2010, *Migration and Care Work in Spain: The Domestic Sector Revisited*, in «Social Policy & Society», vol. 9, n. 3, pp. 409-418.
- Lubben J.E., 1998, *Assessing Social Networks Among Elderly Populations*, «Family & Community Health», vol. 11, n. 3, pp. 42-52.
- Luppi M., 2015, *Non autosufficienza e impoverimento*, in Nna - Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. 5° Rapporto*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, pp. 87-103.
- Mairhuber I., 2010, *Transitions in Female and Male Life Course: Changes and Continuities in Austria*, in Anxo D., Bosch G. e Ruberym J. (a cura di), *The Welfare State and Life Transitions*, Elgar Publisher, Northampton.
- Missoc - Mutual Information System on Social Protection, 2006, *Long-Term Care in Europe. Introduction*, disponibile all'indirizzo internet: http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2006/02/2006_02_intro_en.pdf.
- Naldini M. e Saraceno C., 2011, *Conciliare famiglia e lavoro. Vecchi e nuovi patti tra sessi e generazioni*, il Mulino, Bologna.
- Oecd, 2005, *Long-Term Care for Older People*, «Oecd Publishing», Parigi.
- Oecd, 2011, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, «Oecd Publishing», Parigi.
- Orloff A.S., 1993, *Gender and the Social Rights of Citizenship: the Comparative Analysis of Gender Relations and Welfare States*, «American Sociological Review», vol. 63, n. 3, pp. 303-328.
- Österle A., 2001, *Equity Choices and Long-Term Care Policies in Europe*, Ashgate, Londra.
- Österle A., 2016, *Long-Term Care Policies in Europe: Between Fiscal and Social Sustainability*, «Politiche Sociali», n. 1, pp. 3-20.
- Pavolini E. e Ranci C., 2008, *Restructuring the Welfare State: Reforms in Long-Term Care in Western European Countries*, «Journal of European Social Policy», vol. 18, n. 3, pp. 246-259.
- Pommer E., Woittiez I. e Steven J., 2007, *Comparing Care. The Care of the Elderly in Ten Ue-Countries*, The Netherlands Institute for Social Research/Scp, Amsterdam.
- Ranci C. e Pavolini E., 2015, *Not All that Glitters Is Gold: Long-Term Care Reforms in the Last Two Decades in Europe*, «Journal of European Social Policy», vol. 25, n. 3, pp. 270-285.
- Rodriguez R., Humbert M. e Lamura G. (a cura di), 2012, *Fact and Figures on*

- Healthy Ageing and Long-Term Care: Europe and North America*, European Center for Social Welfare Policy and Research, Vienna.
- Rostgaard T. e Fridberg T., 1998, *Caring for Children and Older People. A Comparison of European Policies and Practice*, The Danish National Institute of Social Research, Copenhagen.
- Saraceno C. e Keck W., 2010, *Can We Identify Intergenerational Policy Regimes in Europe?*, «European Societies», vol. 12, n. 5, pp. 675-696.
- Shutes I. e Chiatti C., 2012, *Migrant Labour and the Marketisation of Care for Older People: the Employment of Migrant Care Workers by Families and Service Providers*, «Journal of European Social Policy», vol. 22, n. 4, pp. 392-405.
- Simonazzi A., 2009, *Care Regime and National Employment Models*, «Cambridge Journal of Economics», vol. 23, n. 2, pp. 211-232.
- Swartz K., 2013, *Searching for a Balance of Responsibilities: Oecd Countries' Changing Elderly Assistance Policies*, «Annual Review of Public Health», n. 34, pp. 397-412.
- Szebehely M. e Trydegård G.B., 2012, *Home Care for Older People in Sweden: a Universal Model in Transition*, «Health and Social Care in the Community», vol. 20, n. 3, pp. 300-309.
- Ungerson C., 2003, *Commodified Care Work in European Labour Markets*, «European Societies», vol. 5, n. 4, pp. 377-396.
- Ungerson C. e Yeandle S., 2007, *Cash for Care in Developed Welfare State*, Palmgrave, Basingstoke.
- Wiener J.M., 2003, *The Role of Informal Support in Long-Term Care*, in Brodsky J., Habib J., Hirschfeld J.M. (a cura di), *Key Policy Issue in Long-Term Care*, World Health Organization (Who), Collection on Long-Term Care, Ginevra.

RPS

Matteo Luppi

RPS

COINVOLGIMENTO FAMILIARE E POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA: MODELLI DI DEFAMILIARIZZAZIONE IN EUROPA

RPS

Matteo Luppi

