



Corso di Laurea Magistrale in Economia e  
Gestione delle Imprese

Tesi di Laurea

# Modelli di welfare. Gli effetti dell'invecchiamento della popolazione sulle politiche sociali in Europa e in Italia

**Relatore**

Ch. Prof. Anna Marenzi

**Laureando**

Giovanna Ongaro  
Matricola 835514

**Anno Accademico**

2012 / 2013

# **Modelli di welfare. Gli effetti dei cambiamenti demografici sulle politiche sociali in Europa e in Italia**

<b>Abstract</b> .....	4
<b>Introduzione</b> .....	5
<b>1 La classificazione dei modelli di welfare</b> .....	7
1.1 Premessa .....	7
1.2 Il contributo pionieristico di Titmuss .....	12
1.3 I tre regimi di Esping-Andersen e il welfare familista dell'Europa meridionale .....	15
1.4 Modelli occupazionali e universalistici .....	18
1.5 I modelli di welfare emergenti .....	20
1.5.1 Il welfare produttivista dell'Asia orientale .....	21
1.5.2 Il welfare dei lavoratori negli antipodi .....	22
1.5.3 I Modelli di welfare nei paesi latino americani .....	24
1.5.4 Il welfare nei paesi in transizione dell'Est Europa .....	26
<b>2 Il cambiamento demografico e i modelli di <i>care</i> in Europa</b> .....	28
2.1 Premessa .....	28
2.2 I cambiamenti demografici in Europa .....	30
2.3 I modelli di assistenza sociale per gli anziani .....	39
2.4 L'invecchiamento sano e le sfide dell'assistenza sanitaria e sociale .....	45
2.5 La responsabilità dei servizi di cura e la solidarietà intergenerazionale della famiglia...	52
<b>3 L'invecchiamento della popolazione in Italia: il ruolo dello stato e delle famiglie</b> .....	54
3.1 Premessa .....	54
3.2 L'evoluzione della struttura demografica .....	56

3.3 Gli <i>strumenti</i> di assistenza agli anziani .....	62
3.4 La sostenibilità della spesa per l'assistenza a lungo termine .....	70
3.5 Le reti di assistenza informali .....	71
3.6 Il mercato sommerso delle 'badanti' .....	77
<b>Conclusione</b> .....	81
<b>Indice delle tabelle e dei grafici</b> .....	84
<b>Bibliografia</b> .....	86

## **Abstract**

Il seguente lavoro è volto a comprendere il fenomeno dell'invecchiamento che caratterizza la struttura demografica dei paesi europei e l'influenza che esso esercita sulla sostenibilità dei modelli di *care* agli anziani. Viene fatta luce sulle differenze nei ruoli che i diversi attori (stato, famiglia) sono chiamati a svolgere nei diversi contesti nazionali, e in particolare, è affrontato il caso del welfare familista italiano. La cura agli anziani è prima di tutto una responsabilità della famiglia che nonostante gli attuali cambiamenti sociali ed economici limitanti, si riconferma ma con soluzioni di supporto, come il ricorso agli assistenti familiari, il cui funzionamento è messo in discussione in particolare sul fronte dell'irregolarità.

## Introduzione

Se in passato la responsabilità della cura e del sostegno agli anziani non rappresentava una fonte di preoccupazione, oggi è una questione che anima il dibattito sulla sostenibilità dei sistemi assistenziali. Il processo di invecchiamento della popolazione coinvolge soprattutto le aree economicamente più sviluppate, come l'Europa, dove si registra dagli anni Cinquanta ad oggi una crescita rilevante della fascia di popolazione over 65 determinata da una progressiva riduzione delle nascite e da un guadagno in longevità senza precedenti. Gli individui vivono di più, tuttavia quel *di più* spesso non è accompagnato da condizioni di autosufficienza e buona salute, comportando dei disequilibri sociali nei rapporti di dipendenza. La famiglia e le reti pubbliche di assistenza forniscono una risposta ai bisogni di cura in aumento: la famiglia guidata da un dovere di ordine morale, il settore pubblico in base al tipo di sistema assistenziale nazionale storicamente determinatosi. Tuttavia i cambiamenti nei modelli culturali e familiari e i vincoli di bilancio dell'operatore pubblico renderanno sempre più difficile rispondere alla crescente domanda di cura.

Partendo dall'analisi dei principali modelli teorici di welfare state, l'obiettivo del presente lavoro è quello di evidenziare e comprendere le differenze tra i paesi europei nelle modalità di risposta politica e sociale alla crescente presenza di anziani.

La tesi è organizzata in tre capitoli.

Il primo capitolo presenta i contributi teorici che hanno segnato l'evoluzione degli studi sui modelli di politica sociale dagli anni Cinquanta ad oggi. Si individuano le principali classificazioni dei sistemi di welfare che si basano sull'adozione di specifici criteri volti ad individuare le differenze nelle modalità con le quali i paesi europei hanno storicamente affrontato i rischi sociali e i raggruppamenti di paesi che ne derivano sono determinati dal grado di somiglianza nella gestione nazionale delle politiche sociali.

Nel secondo capitolo si discutono le determinanti dei cambiamenti demografici intervenuti in Europa. In particolare, si osserva come l'invecchiamento della generazione del baby boom, la riduzione del tasso di fecondità, l'aumento della speranza di vita e le migrazioni, siano le cause principali dell'invecchiamento della popolazione. In seguito, si analizza il ruolo della politica assistenziale con riferimento ai diversi modelli che si sviluppano nel continente, alle dimensioni del *long term care* e all'individuazione delle sfide che i sistemi di assistenza agli anziani sono chiamati ad affrontare.

Il terzo capitolo è dedicato all'assistenza agli anziani in Italia. L'offerta pubblica si esprime

attraverso i servizi domiciliari, i servizi residenziali e i trasferimenti monetari e il rinvio della gestione e della responsabilità di tali strumenti alle regioni comporta forti differenze nel territorio. Le famiglie italiane fanno ampio ricorso agli assistenti informali stranieri, a basso costo e spesso sprovvisti di un contratto di assunzione regolare. Si indaga, infine, sul fenomeno delle badanti, in particolare facendo riferimento al grado di irregolarità.

# 1 La classificazione dei modelli di welfare

## 1.1 Premessa

L'evoluzione dei moderni welfare state ha storicamente influenzato la letteratura nel processo di classificazione dei modelli di welfare. In questo lavoro sono presi in considerazione i principali contributi teorici che hanno segnato l'evoluzione degli studi di politica sociale dagli anni Cinquanta ad oggi.

La ricerca di una definizione accettata ed esaustiva del concetto di welfare state è il primo passo da affrontare nell'ambito di questa trattazione. L'espressione welfare state ha origine in Gran Bretagna negli anni Quaranta e fu coniata da un ecclesiastico, l'Arcivescovo Temple, nel tentativo di contrastare lo stato di "potenza" e di "guerra" dei nazisti in Germania, mentre Churchill era a capo del governo di coalizione (Bruce, 1961). Sebbene lanciato per sostenere il morale e la disciplina in un periodo di crisi bellica, il termine è in seguito associato ai benefici sociali che i governi democratici sperano di offrire una volta finita la guerra. Secondo Marshall (1963) il termine welfare state prende forma in antitesi alle situazioni prodotte dalle vecchie *poor law*, le quali prevedono la perdita della libertà individuale e del diritto di voto per i poveri, perché la dipendenza sociale comporta il sacrificio dei diritti di cittadinanza. Kini (1966) osserva come la maggior parte delle definizioni di welfare state dipendono dai fatti e dalle circostanze peculiari allo sviluppo storico britannico. In verità, gli studi elaborati dagli autori britannici sulla loro stessa società sono senza pari, in termini di qualità, pur ammettendo un loro scarso interessere verso la letteratura comparativa (Flora e Heidenheimer, 1981). Janowitz (1976) afferma che l'esperienza britannica può essere considerata il prototipo delle istituzioni di welfare sotto un governo democratico. Tuttavia, in rapporto a molte importanti determinanti, l'esperienza britannica non è rappresentativa dell'Europa occidentale nel suo complesso (Flora e Heidenheimer, 1981). Nella letteratura degli anni Cinquanta il concetto di welfare state da un lato richiama l'insieme dei programmi del governo Attlee (*National insurance, National Health Service, e National Assistance*), dall'altro lato rappresenta un nuovo modello di società che basandosi su tali programmi si rivolge ai bisogni di tutti i cittadini (Ferrera, 1993).

La ricerca di una definizione del concetto di welfare state è oggetto di indagine di più autori tra i quali Brigs (1961), Wilensky (1965), Therborn (1984), Flora e Heidenheimer (1981), Alber (1988) e Ferrera (1993). In particolare Flora e Heidenheimer ritengono che il concetto di welfare state non può essere semplicemente ricondotto alla quantità della spesa

pubblica o a specifici programmi statali volti a soddisfare bisogni statici, ma deve fare riferimento al processo di modernizzazione originato dalle società europee a partire dagli anni Cinquanta, quando tutti i paesi riorganizzano i propri sistemi di sicurezza sociale con un approccio universalistico e un coordinamento più globale della sicurezza sociale.

Il welfare state va considerato come l'insieme degli interventi pubblici connessi al processo di modernizzazione, finalizzati a fornire protezione nella forma della sicurezza sociale, dell'assistenza, dell'assicurazione, riconoscendo specifici diritti sociali in corrispondenza a determinati doveri di contribuzione finanziaria. Ferrera ritiene necessario includere tutte le diverse forme di produzione di welfare e non solo quella pubblica: dalle forme volontariali-sociali a quelle mercantili-private.

L'iter evolutivo degli "interventi pubblici di protezione<sup>1</sup>" definisce i moderni sistemi di welfare e attraverso una sua analisi è possibile inquadrare le logiche sottostanti il processo di classificazione che emerge dagli studi di politica sociale.

La prima forma di assistenza sociale risale alla *Poor Law* in Inghilterra nel XVI secolo. Si tratta dell'esempio più articolato di assistenzialismo pubblico nel periodo antecedente all'introduzione dell'assicurazione obbligatoria, ha come destinatari i poveri impossibilitati all'auto-sussistenza, e gli interventi hanno carattere residuale, occasionale e discrezionale. La concreta realizzazione delle leggi nazionali sui poveri è lasciata alle autorità locali e le reciproche responsabilità sociali si svolgono nel rapporto tra gli individui e la comunità di appartenenza. In questo periodo gli stati europei in materia di welfare si sono sviluppati in modo simile.

A partire dal XIX secolo le idee centrali del liberalismo (libertà individuale, uguaglianza e autosufficienza) si muovono in un contesto segnato da nuovi problemi sociali creati dall'industrializzazione e dall'urbanizzazione, determinando divergenze nelle risposte nazionali (Rimlinger, 1971). La spesa pubblica in relazione alle prestazioni di assistenza sociale subisce incrementi e trasformazioni strutturali. La conquista fondamentale del moderno welfare state sta nella realizzazione di quattro sistemi di assicurazione contro i principali rischi sociali: infortuni sul lavoro, malattia, vecchiaia e disoccupazione (Flora e Heidenheimer, 1981). Mentre l'assistenza è un tipo d'intervento selettivo e residuale basato sulla "prova dei mezzi" (*means-testing*), l'assicurazione sociale consiste nell'erogazione di prestazioni standardizzate e imparziali e secondo modalità istituzionali centralizzate e specializzate (Ferrera, 1993). I primi schemi sono introdotti in Germania da Bismark, rivolti

---

<sup>1</sup> Ferrera (1993) individua tre principali forme di interventi pubblici di protezione: Assistenza sociale (o pubblica), assicurazione (o previdenza) sociale e sicurezza sociale.



essenzialmente a proteggere gli operai del settore industriale, i quali ricevono prestazioni commisurate ai contributi versati, e rapidamente si diffondono anche negli altri paesi dell'Europa continentale. L'area anglo-scandinava adotta da subito un'impostazione nazionale e ugualitaria anziché occupazionale.<sup>2</sup> Tra gli anni Cinquanta e Sessanta molti paesi sostituiscono le tradizionali forme contributive con nuove formule retributive, per cui le prestazioni sono calcolate in base ai livelli delle retribuzioni, e il sistema dell'accantonamento dei contributi è quasi universalmente sostituito con il sistema della ripartizione, in base al quale le somme versate dai membri attivi sono impiegate per erogare le prestazioni ai membri inattivi (Ferrera, 1993).

Durante la seconda guerra mondiale il rapporto Beveridge indica la sicurezza sociale come un nuovo sistema di protezione uniforme ed esteso a tutti i cittadini, per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, e a tutta la popolazione, per quanto riguarda la garanzia del reddito. Rispetto all'assicurazione sociale, in questo caso non c'è collegamento tra la fruizione dei benefici e la partecipazione al loro finanziamento (Ferrera, 1993).

Il trentennio 1945-1975 è un periodo di espansione e miglioramento della protezione offerta dallo stato, tuttavia, dalla metà degli anni Settanta fino alla fine degli anni Ottanta inizia una fase di crisi dovuta alla concomitanza di diversi fattori: la diminuzione dei tassi di crescita economica, l'affermarsi di un modello di partecipazione femminile al mercato del lavoro e il conseguente mutamento del modello familiare, il calo demografico della popolazione, i cambiamenti nelle aspettative di benessere dei cittadini, ed infine, la ridefinizione dei confini dello stato nazionale come effetto dell'affermarsi di una dimensione sovranazionale che determina nuove politiche (Ferrera, 2006). Questi fattori inducono la necessità di un cambiamento istituzionale segnato dall'interdipendenza tra programmi migliorativi e scelte restrittive. Sia il modello universalistico sia quello occupazionale poggiano su premesse socio-economiche che vengono a mancare.

Lo sviluppo economico subisce un rallentamento tale da costringere le istituzioni pubbliche ad adottare politiche di contenimento dei costi e a fare ricorso al debito pubblico. Il passaggio dal periodo fordista alle società post-industriali comporta un aumento della flessibilità e il decentramento produttivo come risposta alle pressioni internazionali. La ridefinizione dei rapporti di genere nel mercato del lavoro rende instabile il ruolo e la struttura delle famiglie. I

---

<sup>2</sup> I paesi anglo-scandinavi adottano un modello di welfare *universalistico* o beveridgeano caratterizzato dall'abolizione della prova dei mezzi a favore di schemi di copertura onnicomprensivi, prestazioni egualitarie e finanziamento tramite il gettito fiscale. Nell'Europa continentale si parla invece di un modello di welfare *occupazionale* o bismarckiano, con formule di prestazione differenziate finanziate prevalentemente tramite i contributi sociali.

cambiamenti demografici (l'invecchiamento della popolazione, il declino della fertilità e le nuove migrazioni) e le aspettative crescenti costringono le istituzioni a riformare i sistemi di assistenza sociale e ridefinire gli standard delle prestazioni. La solidità e la centralità dello stato sono messe in discussione dall'internazionalizzazione economica e dall'integrazione europea al fine di creare le basi di adattamento alle nuove condizioni di apertura.

Tutti i welfare state europei negli anni Novanta sono dunque seganti da un processo di cambiamento istituzionale che Ferrera (2006) definisce di ricalibratura.

L'autore che per primo affronta il problema della classificazione dei modelli di welfare è Titmuss (1974) che nei suoi corsi presso la London School insegna a distinguere fra tre modelli: *residuale*, *meritocratico-occupazionale* e *istituzionale-redistributivo*. La tripartizione è interpretata in chiave evolutiva secondo due dimensioni: storica e politica<sup>3</sup>. Questi tre modelli rimandano rispettivamente alle caratteristiche dell'assistenza, dell'assicurazione e della sicurezza sociale. Il primo modello richiama i programmi *means-tested* del XIX secolo, il secondo modello le assicurazioni sociali bismarckiane<sup>4</sup> e il terzo l'Inghilterra post-Beveridge.

La tripartizione di Titmuss, rappresenta tre fasi successive dello sviluppo delle politiche sociali in Inghilterra, ciò evidenzia la mancanza di un reale approccio comparativo tra i sistemi di welfare di paesi diversi.

Il dibattito tra comparativisti successivo a Titmuss, introduce dei criteri di differenziazione ottenuti dall'analisi dei paesi e dei loro programmi, con lo scopo di ridurre le intonazioni funzionaliste<sup>5</sup> che limitano la definizione dei tre modelli al ruolo dello stato.

Esping-Andersen (1990) rielabora i modelli titmussiani proponendo tre regimi di welfare che egli definisce *the three worlds of welfare capitalism*: quello *liberale*, quello *conservatore-corporativo* e quello *socialdemocratico*. I tre regimi si differenziano rispetto alla loro capacità di *de-mercificazione*, cioè la misura in cui essi sottraggono il lavoratore/cittadino dalle logiche del mercato, e rispetto al tipo di *stratificazione sociale* promosso dalla politica sociale.

---

<sup>3</sup> Come nota Reisman (1977), Titmuss fa riferimento al percorso seguito dalla Gran Bretagna.

<sup>4</sup> L'Inghilterra nel periodo 1911-1945 segue l'esempio tedesco istituendo un'assicurazione contro malattia, vecchiaia e disoccupazione di tipo occupazionale e contributivo.

<sup>5</sup> L'approccio funzionalista proposto da Wilensky (1975) stabilisce che lo sviluppo del *welfare state* sia la risposta dello stato alla crescita dei bisogni dei cittadini. Tuttavia i fattori politici determinano differenze tra stati che presentano un medesimo modello di sviluppo, infatti, la distribuzione delle risorse di potere tra i gruppi di interesse incide sulla definizione dei programmi sociali. Le *teorie della mobilitazione delle risorse di potere* affermano che la presenza dei sindacati e la forza dei partiti favoriscono l'affermarsi di un modello socialdemocratico (Esping-Andersen, 1999).

Il concetto di de-mercificazione è carico di un giudizio sfavorevole nei confronti del mercato e per questo, come afferma Ferrera (1993) è necessario riformulare in toni più neutrali la distinzione fra i tre regimi.

Il welfare state che emerge dagli studi di Ferrera (1993) rappresenta una forma istituzionalizzata di solidarietà che oscilla tra il livello più ristretto delle categorie occupazionali a quello più ampio dell'intera cittadinanza. Sinteticamente individua il *modello occupazionale* e il *modello universalistico* come le due principali varianti di welfare state.

Negli anni successivi la ricerca comparativa produce un significativo ampliamento delle tipologie di welfare conosciute. Secondo Arts e Gelissen (2002) i modelli di politica sociale nazionali costituiscono forme ibride forzatamente trasformate in casi ideali per rispondere alla necessità di formulare ipotesi teoriche robuste nell'ambito di una disciplina ancora allo stato nascente. I due autori ritengono che l'evoluzione degli studi comparativi debba fornire un quadro più articolato ed eterogeneo rispetto a quanto gli studiosi di politica sociale erano portati a fare in passato.

La ricerca esce dai confini dell'Europa continentale per individuare l'esistenza di famiglie di welfare aggiuntive tradizionalmente escluse dagli studi di politica sociale.

Un primo filone di studi si concentra sulla zona dell'Europa meridionale, le cui particolarità portano alla definizione dei modelli mediterranei nascenti dall'individuazione di una serie di elementi distintivi nelle politiche sociali dei paesi dell'Europa Meridionale tali da considerare una forzatura la loro inclusione nella tripartizione di Esping-Andersen. Leibfried (1992), Ferrera (1996) e Bonoli (1997) sono tra gli autori che descrivono le peculiarità di quest'area, in particolare il riferimento ad un tipo di welfare familistico e solidaristico.

Una seconda area oggetto di indagini è quella degli antipodi (Australia e Nuova Zelanda) e dagli studi di autori quali Castles e Mitchell (1993), Saunders (1999), Midgley (2001) emerge un particolare tipo welfare, che chiamano *welfare dei lavoratori*, dove il sistema di regolazione del lavoro funziona come produttore di welfare e garantisce il *minimun living wage*.

In Est Asia, invece, i sistemi di welfare si distinguono per essere regimi produttivisti, funzionali allo sviluppo economico (Holliday, 2000) e con la famiglia e le reti parentali a capo della fornitura dei servizi di cura e assistenza (Gough, 2001).

Nell'area dell'America Latina gli studiosi di politica sociale parlano di un *welfare informale* (Mesa-Lago, 1991) frutto della significativa dipendenza dalle reti informali, famigliari e dal mercato. I sistemi di protezione latino-americani sono particolarmente segmentati e i livelli di copertura sono per lo più bassi e indirizzati in via quasi esclusiva ai lavoratori dipendenti.

La zona dell'Est Europa si caratterizza per la presenza di paesi ex-comunisti in regime di transizione che, nonostante la liberalizzazione delle politiche sociali, non possono essere considerati appartenenti al modello di welfare liberale. Il 1989 segna per questi paesi l'inizio di un processo di trasformazione del welfare che porta all'affermarsi di un modello ibrido ed eterogeneo (Hort e Kuhnle, 2000).

## **1.2 Il contributo pionieristico di Titmuss**

Titmuss, nella seconda metà degli anni Trenta, sollecitato dagli effetti sociali della grande depressione, scrive articoli e saggi sui problemi sociali della povertà, della malnutrizione, della malattia e della mortalità infantile. Affascinato dalla questione sulle disuguaglianze sociali nelle sue argomentazioni sostiene l'intervento sociale dello stato ispirato a criteri di uguaglianza e solidarietà fra tutti i cittadini e negli anni della guerra dimostra che solo grazie all'operare dei legami di parentela e di comunità locale la società inglese resiste al terrore, alla deprivazione e alla disorganizzazione (Titmuss, 1986).

Il contributo di Titmuss è associato alla creazione e allo sviluppo del welfare state nella metà del XX secolo, in particolare le sue opinioni circa l'equilibrio tra stato e mercato per garantire il benessere sociale costituiscono la base delle teorie politiche del secolo successivo (Reisman, 1977).

La classificazione dei sistemi di welfare titmussiana si focalizza su due punti: il ruolo e il tipo di interventi dello stato rispetto ai bisogni di sicurezza sociale e i principali destinatari di tali interventi (Titmuss, 1974).

Il modello residuale (*public assistance model*) si basa sulla premessa che due canali *naturali* (o socialmente dati), la famiglia e il mercato, agiscono in modo da soddisfare i bisogni degli individui e solo in via residuale, cioè qualora questi canali dovessero dimostrarsi insufficienti, intervengono le istituzioni pubbliche del benessere sociale. I beneficiari degli interventi statali sono individui in condizioni di necessità, a cui le istituzioni pubbliche garantiscono discrezionalmente (secondo la logica del *means testing*) prestazioni assistenziali minimali e temporanee. Titmuss ritiene che il vero obiettivo del welfare state è di insegnare ai cittadini come *fare senza di esso* (Peacock, 1960). Willensky e Lebeaux (1958) descrivono il ruolo residuale dello stato come quello di un'*ambulance wagon* e argomentano l'incapacità del mercato e della famiglia di far fronte ad un *range* notevole di situazioni. Il modello residuale è collegato ad una visione *ottimistica* della teoria dello sviluppo economico e della progressiva convergenza delle società industrializzate verso una struttura di classe a benessere diffuso.

Nel modello meritocratico-occupazionale (*industrial achievement-performance model*) lo stato svolge un ruolo di complementarietà al mercato individuando nella politica sociale uno strumento correttivo del mercato. L'intervento pubblico si basa sul presupposto che ciascun individuo sia in grado di provvedere a se stesso attraverso il proprio lavoro e di affrontare le situazioni di bisogno grazie al versamento dei contributi che lo assicurano contro i rischi sociali (disoccupazione, malattia, infortuni, ecc.). Il grado di benessere di cui ciascun individuo ha diritto dipende dalla posizione coperta nel mercato del lavoro. Gli interventi statali di *welfare* sono funzionali allo sviluppo industriale: le politiche sociali sostengono la crescita economica, forniscono servizi all'industria e offrono basi sicure per lo sviluppo.

Nel modello istituzionale-redistributivo (*institutional redistributive model*) lo stato adotta criteri universalistici nell'erogazione dei servizi, i quali sono organizzati in risposta ai bisogni dell'intera popolazione, secondo il criterio residenziale, con la finalità di garantire un'elevata percezione di sicurezza sociale. Gli interventi delle istituzioni pubbliche hanno lo scopo di prevenire il manifestarsi di situazioni problematiche e non solo di fornire servizi assistenziali, inoltre, i sistemi di redistribuzione funzionano in modo da garantire un uso delle risorse socialmente efficiente. Il mercato non è in grado di realizzare un'allocazione dei servizi tale da raggiungere anche gli strati più poveri e per questo nelle società industriali i servizi sociali sono essenziali.

La classificazione di Titmuss si sviluppa lungo una scala crescente rispetto a onerosità e complessità degli interventi statali: mentre nei welfare state di tipo *residuale* e *meritocratico-occupazionale* vi è una forte presenza del mercato e del sistema occupazionale, nel *welfare* di tipo *istituzionale-redistributivo*, fondato sui principi dell'uguaglianza e del soddisfacimento dei bisogni sociali, le prestazioni statali sono molteplici e generose.

Reisman (1977) afferma che l'autore interpreta la tripartizione in chiave essenzialmente evolutiva, sia lungo una dimensione politico-prescrittiva (dal *male* del residualismo e della meritocrazia, al *bene* dell'universalismo e della redistribuzione) sia lungo una dimensione storica, secondo quanto osservato dal percorso anglosassone. Il giudizio evolutivo insito nella tripartizione titmussiana è successivamente messo in discussione e ciascun modello è interpretato come autonoma variante di sviluppo. Come descrive Ferrera (1993) il dibattito fra comparativisti arricchisce l'intonazione funzionalista aggiungendo dei criteri di differenziazione di tipo puramente descrittivo, identificati in base all'esplorazione ravvicinata dei vari paesi e dei loro programmi. Alcuni criteri riguardano il *chi* della protezione sociale, ad esempio la copertura, i destinatari e la frammentazione istituzionale, altri invece il *quanto*

della protezione sociale: le caratteristiche delle prestazioni, le fonti di finanziamento, il livello e la composizione della spesa. Nel modello residuale la spesa è bassa e orientata verso programmi *means testing*; nel modello meritocratico-occupazionale è di medio livello e orientata verso i trasferimenti; nel modello istituzionale-redistributivo, invece, è alta e orientata verso i servizi pubblici. Altri criteri riguardano gli effetti della protezione sociale, come il ruolo dello stato e il tipo di redistribuzione.

Tabella 1.1: Criteri di definizione dei modelli di politica sociale di Titmuss

	<b>MODELLO RESIDUALE</b>	<b>MODELLO MERITOCRATICO- OCCUPAZIONALE</b>	<b>MODELLO ISTITUZIONALE- REDISTRIBUTIVO</b>
<b>COPERTURA</b>	Marginale	Occupazionale	Universale
<b>DESTINATARI PRINCIPALI</b>	Poveri	Lavoratori	Cittadini
<b>FRAMMENTAZIONE ISTITUZIONALE</b>	Alta (localismo)	Alta (occupazionalismo)	Bassa/assente
<b>PRESTAZIONI: Gamma</b>	Limitata	Media	Estesa
<b>Struttura</b>	Ad hoc	Contributiva/ Retributiva	A somma fissa/ Omogenea
<b>Livello</b>	Modesto	Variabile	Adeguate
<b>Requisiti</b>	Prova dei mezzi	Partecipazione assicurativa	Cittadinanza/ Residenza
<b>FINANZIAMENTO</b>	Fiscale	Contributivo	Fiscale
<b>SPESA: Livello</b>	Basso	Medio	Elevato
<b>Componente predominante</b>	Programmi <i>Means-tested</i>	Trasferimenti	Consumi pubblici
<b>PROGRAMMI DI PREVENZIONE</b>	Assenti	Modesti	Ampi
<b>RUOLO DELLO STATO</b>	Minimo	Complementare	Sostitutivo
<b>REDISTRIBUZIONE</b>	Poca/verticale	Media/orizzontale	Alta/verticale

Fonte: Borzaga e Fazzi, (2005).

L'analisi descrittiva arricchisce la caratterizzazione dei tre modelli portandoli, tuttavia, a identificarsi con costrutti tipico-ideali distanti dalle reali esperienze nazionali e più adatti a descrivere singoli schemi (pensionistici, sanitari, etc.) piuttosto che interi welfare states, spesso situati ai confini tra un modello e l'altro in virtù della compresenza di diversi elementi (Ferrera, 1993).

### 1.3 I tre regimi di Esping-Andersen e il welfare familista dell'Europa meridionale

I contributi teorici successivi alla classificazione di Titmuss prendono in considerazione nuove variabili, quali le relazioni tra le politiche dello stato, la famiglia e il mercato. L'intervento statale perde, dunque, lo status originario di *main focus* nel processo di classificazione dei sistemi di welfare. Il welfare state, la famiglia e il mercato, rappresentano insieme i meccanismi di regolazione del processo di produzione del benessere sociale e il grado di protezione contro i rischi sociali è legato alle relazioni che intercorrono tra di essi. Le differenze tra i sistemi di welfare nei processi di inclusione sociale e nel grado di benessere socio-economico, sono riconducibili al diverso ruolo attribuito dallo stato alle potenzialità del mercato e all'azione della famiglia (Kazepov e Carbone, 2007).

Esping-Andersen è uno dei primi a cogliere l'importanza di considerare i principi che regolano le relazioni tra stato, famiglia e mercato, come elemento analitico in grado di spiegare le differenze esistenti tra i sistemi di welfare. L'insieme delle relazioni tra stato, famiglia, e mercato finalizzate alla produzione di benessere sociale costituiscono ciò che Esping-Andersen (1990) definisce un *regime* di welfare.

La classificazione di Esping-Andersen deriva dalla posizione che ciascun paese assume rispetto a due dimensioni di welfare: il grado di de-mercificazione (*decommodification*) che si riferisce al grado di indipendenza dei redditi individuali dalle logiche di mercato, e il tipo di stratificazione sociale promosso dalla politica sociale. I tre regimi emergono dalla misurazione della capacità dello stato di de-mercificazione rispetto ai rischi di disoccupazione, malattia e vecchiaia, definita da un punteggio sintetico assegnato a ciascun paese. Il quadro classificatorio rilevato da Esping-Andersen è, dunque, condizionato dal tipo di prestazioni prese in considerazione.

Il criterio di de-mercificazione suggerisce che il welfare state è determinato dai rapporti di potere tra classi sociali: dove prevale l'egemonia borghese vi è bassa protezione sociale, viceversa al prevalere del movimento operaio corrisponde alta protezione sociale (Ferrera, 1993).

Il regime liberale è caratterizzato dalla prevalenza del mercato come principale agente di socializzazione dei rischi e da un basso livello di de-mercificazione. In questo regime la maggior parte dei programmi pubblici di assistenza sociale sono di tipo categoriale, riferiti cioè solo a specifici gruppi ad alto rischio. L'elemento che contraddistingue l'azione dello stato è il residualismo, (proprio del modello residuale titmussiano), infatti, non tutte le possibili

situazioni di rischio sono coperte da un intervento statale e le prestazioni assistenziali sono rivolte agli individui in grado di dimostrare un reale stato di bisogno attraverso la prova dei mezzi. Prevale dunque la necessità di ridurre la diffusione delle povertà estreme e dei fenomeni di emarginazione sociale. La funzione del welfare state è di garantire a chi ha perso l'autosufficienza, il rientro nel mercato.

Il regime conservatore-corporativo si caratterizza per una maggiore importanza attribuita alla famiglia e alle associazioni intermedie nella socializzazione dei rischi, infatti, la logica sottesa al processo di de-mercificazione enfatizza la collettivizzazione dei rischi in base alla posizione socio-economica degli individui. L'adozione di criteri specifici di differenziazione negli interventi e nelle misure di sostegno comporta una distribuzione dei rischi sociali fortemente differenziata all'interno della popolazione.

La maggior parte delle procedure di erogazione dei servizi fa fede al principio della sussidiarietà, infatti, l'intervento dello stato si limita alle situazioni in cui viene meno la capacità della famiglia di provvedere ai suoi componenti rispetto ai più comuni rischi sociali, quali invalidità, malattia, disoccupazione e vecchiaia. Le caratteristiche di questo regime rimandano al modello occupazionale-meritocratico di Titmuss.

Il regime socialdemocratico si distingue dagli altri due regimi per la centralità del ruolo dello stato nel processo di de-mercificazione e per l'adozione del principio universalistico come riferimento prevalente nella programmazione delle politiche sociali.

L'obiettivo di questo disegno istituzionale è di garantire a tutti gli individui, senza discriminazioni, la protezione sociale come diritto di cittadinanza, in base al solo stato di bisogno individuale, e quindi di de-mercificare il benessere riducendo al minimo le dipendenze dal mercato attraverso uno sforzo statale attivo ed esplicito. In quest'ottica lo stato si pone in sostituzione al mercato e alla famiglia. Questo terzo regime di welfare richiama la definizione del modello istituzionale-redistributivo di Titmuss.

**Tabella 1.2: I tre regimi di welfare di Esping-Andersen (2000)**

	<b>REGIME LIBERALE</b>	<b>REGIME CONSERVATORE-CORPORATIVO</b>	<b>REGIME SOCIALDEMOCRATICO</b>
<b>PREDOMINANZA</b>	Assistenza basata sulla prova dei mezzi	Schemi collegati alla posizione occupazionale	Schemi universalistici con alti standard di prestazione
<b>FORMULE DI COMPUTO</b>	Prestazioni poco generose	Prestazioni collegate ai contributi e/o alle retribuzioni	Prestazioni generose, a somma fissa, con finanziamento fiscale



<b>DESTINATARI PRINCIPALI</b>	Bisognosi, poveri	Lavoratori adulti capofamiglia ( <i>male breadwinners</i> )	Tutti i cittadini
<b>COSA FA IL WELFARE</b>	Incoraggia il ricorso al mercato, a volte con incentivi	Spinge alla sussidiarietà: lo stato interviene dove non arrivano i familiari e il terzo settore	Mira a marginalizzare il ricorso al mercato per i bisogni e i rischi sociali
<b>DE-MERCIFICAZIONE</b>	Bassa (forte dipendenza dal mercato)	Media (dipendenza dal mercato attenuata)	Alta (dipendenza dal mercato molto attenuata)
<b>DE-STRATIFICAZIONE</b>	Bassa (dualismo: welfare de ricchi e dei poveri)	Medio- bassa (differenze di status e di genere)	Alta (eguaglianza di trattamento per tutti)
<b>CASI EMBLEMATICI</b>	Stati Uniti, Canada, Australia, Regno Unito	Germania, Austria, Francia, Olanda, (Giappone)	Svezia, Danimarca, Norvegia

Fonte: Ferrera (2006).

La proposta teorica di Esping-Andersen ha avuto il merito di contribuire all'avvio di numerose indagini volte a individuare le differenze tra i modelli rispetto la comparazione delle politiche sociali e dei meccanismi di redistribuzione operanti nei diversi paesi. Tuttavia, questa classificazione è stata sottoposta ad alcune critiche. Uno dei limiti principali di questa impostazione teorica è la proposta di un'analisi sul welfare impostata sull'idealizzazione del regime socialdemocratico rispetto agli altri modelli. Altre critiche riguardano il giudizio negativo, sotteso nel concetto di de-mercificazione, nei confronti del mercato e la sottovalutazione di tutte quelle attività non mercificate svolte in prevalenza dalle donne. Inoltre, concentrandosi prevalentemente sui meccanismi di de-mercificazione, l'analisi di Esping-Andersen riguarda quasi esclusivamente il rapporto tra stato e mercato, mentre il ruolo della famiglia è marginale. A partire da questa ultima critica, Esping-Andersen (1999) elabora il concetto di de-familizzazione, inteso come la capacità delle politiche sociali di ridurre la dipendenza degli individui dalla famiglia, massimizzando la quantità di risorse accessibili indipendentemente dai rapporti di reciprocità.

Diversi autori tra cui Leibfried (1992), Ferrera (1996) e Bonoli (1997) sostengono la necessità di integrare la tripartizione di Esping-Andersen con un quarto modello definito come il welfare familista dell'Europa meridionale. L'integrazione di questo quarto regime scaturisce dalla consapevolezza che la tripartizione classica non include i paesi dell'Europa meridionale, per quanto l'Italia sia ricondotta al regime conservatore-corporativo (Naldini, 2007). Nelle prime fasi di sviluppo i welfare states mediterranei adottano forme di prestazione differenziate e finanziate prevalentemente tramite i contributi sociali, come

accade nel regime conservatore-corporativo; nella fase di espansione si formano, invece, le basi di una quarta Europa sociale. Il modello di welfare che emerge si differenzia per essere un modello familistico e solidaristico in cui le famiglie e le reti parentali funzionano come ammortizzatori sociali mentre lo stato interviene in via residuale, privilegiando i trasferimenti finanziari rispetto all'offerta di servizi sociali. Altre caratteristiche sono i bassi livelli di de-stratificazione (soprattutto con riguardo ai trasferimenti di reddito, emergono categorie privilegiate rispetto ad altre che comportano la creazione di un sistema di protezione dualistico), livelli sbilanciati di de-mercificazione, un mercato del lavoro segnato da una forte presenza del settore informale, l'elevato particolarismo che caratterizza il funzionamento del welfare state, l'influenza del Cattolicesimo, il corporativismo e l'aspra competizione politica tra i partiti.

#### **1.4 Modelli occupazionali e universalistici**

Il processo di classificazione dei sistemi di welfare di Ferrera (1993) parte dell'analisi del modello di copertura che lo porta ad individuare due principali varianti: il *modello occupazionale* e il *modello universalistico*. Il modello di copertura si distingue per essere un criterio neutro e di natura esclusivamente descrittiva e per questo idoneo ad essere utilizzato a scopi classificatori. Ferrera parla dello stato come meccanismo di *solidarietà* e *socializzazione dei rischi* e si interroga sul perché in alcuni paesi il potenziale di solidarietà sia rimasto essenzialmente circoscritto alle categorie occupazionali mentre in altri si è esteso all'intera popolazione. L'autore dunque non pone più al centro delle questioni di politica sociale il rapporto fra welfare state, mercato e famiglia nonostante sia concorde con Esping-Andersen nel ritenere che la configurazione storica dello stato sia volta a regolare il mercato, integrandone il ruolo o sostituendosi ad esso ai fini della de-mercificazione.

I due modelli individuati da Ferrera si differenziano a loro volta in *misti* e *puri* a seconda di quanto si allontanano dalla loro definizione originaria. L'introduzione di queste due varianti arriva dopo un periodo di *congelamento* delle scelte istituzionali che ha portato i due modelli universalistico e occupazionale a manifestare un'elevata stabilità nel corso del tempo, infatti, solitamente, le istituzioni creano le condizioni per la loro sopravvivenza. I welfare misti nascono da importanti riforme che hanno portato il modello universalistico e occupazionale ad adottare, in alcuni ambiti, schemi del modello opposto.

Nei modelli occupazionali la rete di protezione assicurativa è riservata ad alcune categorie di

lavoratori dipendenti e la solidarietà pubblica è frammentata secondo demarcazioni occupazionali che danno origine ad una pluralità di comunità a rischio. L'istituzionalizzazione di questo tipo di welfare è proprio di quei paesi che presentano una struttura occupazionale attraversata da marcate differenziazioni.

I modelli universalistici sono caratterizzati da schemi di sicurezza sociale nazionali *means testing* a prestazioni omogenee e a somma fissa.

Ferrera indaga sui fattori che influenzano la scelta di ciascun paese di adottare il modello occupazionale piuttosto che il modello universalistico ed individua due principali orientamenti: *istituzionalista* e *contestualista*. Hecló (1974) è il primo a fornire un'interpretazione in ottica istituzionalista e, ricostruendo i processi decisionali che hanno dato origine alle assicurazioni universalistiche, fa emergere la crucialità dell'orientamento burocratico proprio dei responsabili della formazione e dell'attuazione delle politiche pubbliche. L'orientamento contestualista individua nella struttura occupazionale (Flora, 1986), o nei rapporti di classe (Korpi, 1991 e Esping-Andersen, 1990) o nell'interazione tra le categorie a rischio (Baldwin, 1990) le cause determinanti i diversi contenuti di politica sociale, compreso il modello di copertura. Ferrera aggiunge una terza prospettiva che definisce *politico-processuale*, che si concentra sul condizionamento esercitato dal processo politico.

Le principali combinazioni causali retrostanti il modello di solidarietà sociale universalista sono: una struttura economico-sociale dominata da poche ampie categorie occupazionali, una politica pubblica incentrata sulle leggi sui poveri e dei processi politici imperniati sui soli disaccordi<sup>6</sup>socio-economici. Per contro il modello di solidarietà sociale occupazionale è caratterizzato da una struttura economico-sociale marcata da differenziazioni inter- e infra-settoriali, territoriali, etc. e da disomogeneità fra le categorie occupazionali, da una politica pubblica occupata da istituzioni corporative, mutualistiche e caritative, e da processi politici caratterizzati da elevata segmentazione sub-culturale e competizione tra *élites*. Questa caratterizzazione sommatória è riferita ai due generi ideal-tipici e non a ciascuno dei casi al loro interno (Ferrera, 1993).

Box 1.1

<b>I principali modelli di welfare state</b>		
AUTORI	CRITERI DI CLASSIFICAZIONE	MODELLI DI WELFARE
Titmuss (1974)	1) Ruolo e tipo di interventi dello	1) Modello residuale: le prestazioni assistenziali dello stato sono minime,

<sup>6</sup> Ferrera parla di *cleavages*.

	<p>stato rispetto ai bisogni di sicurezza sociale</p> <p>2) Principali destinatari degli interventi</p>	<p>temporanee e basate sul <i>means testing</i> (prova di un effettivo stato di bisogno)</p> <p>2) Modello meritocratico-istituzionale: lo stato promuove il ricorso al mercato e l'autonomia individuale, le politiche sociali funzionano come correttivo delle inefficienze prodotte dal mercato</p> <p>3) Modello istituzionale-redistributivo: lo stato risponde direttamente ai bisogni di tutti i cittadini in un'ottica di prevenzione e di efficienza nella gestione delle risorse</p>
Esping-Andersen (1990)	<p>1) Relazioni tra stato, famiglia e mercato</p> <p>2) De-mercificazione</p> <p>3) De-Stratificazione sociale</p> <p>4) De-familizzazione</p>	<p>1) Regime liberale: forte presenza del mercato, residualismo dello stato, de-mercificazione bassa, assistenza a gruppi ad alto rischio</p> <p>2) Regime conservatore-corporativo: socializzazione dei rischi tra gli attori, de-mercificazione media, assistenza proporzionale ai redditi</p> <p>3) Regime socialdemocratico: ruolo centrale dello stato, de-mercificazione alta, universalismo</p> <p>4) Regime dell'Europa meridionale: ruolo centrale della famiglia e residuale dello stato, forte presenza del settore informale, particolarismo</p>
Ferrera (1993)	<p>1) Grado di solidarietà e socializzazione dei rischi</p>	<p>1) Modello occupazionale: impostazione categoriale dell'assistenza, solidarietà pubblica frammentata</p> <p>2) Modello universalistico: omogeneità e universalismo dell'assistenza sociale</p>

### 1.5I modelli di welfare emergenti

Nel corso dell'ultimo decennio, la teoria di Esping-Andersen, focalizzata sulla comparazione dei regimi di welfare nei paesi economicamente e socialmente avanzati, è stata ripresa in diversi studi e applicata su una dimensione internazionale più vasta. La necessità di allargare il campo di analisi dei modelli di politica sociale oltre i confini occidentali è associata ad un problema di rappresentatività, infatti, per costruire modelli significativi è statisticamente corretto prendere in considerazione un numero più grande di stati (Goldthorpe, 2000). L'estensione del campo di analisi porta inoltre all'individuazione di nuove variabili che vanno a costituire tipologie di welfare peculiari dei casi considerati come, ad esempio, il *welfare dei lavoratori* nei paesi degli antipodi o il *welfare informale* dei paesi ex comunisti.

I modelli descritti in questo paragrafo sono le principali integrazioni teoriche della ricerca in materia di welfare.

### 1.5.1 Il welfare produttivista dell'Asia orientale

Il dibattito sull'esistenza di modelli di welfare aggiuntivi ai tre individuati da Esping-Andersen porta all'individuazione del regime di welfare produttivista (Holliday, 2000) o dello sviluppo proprio dei paesi dell'Asia orientale.

I teorici dello sviluppo sono i primi a descrivere le caratteristiche del welfare state asiatico come peculiarità che non possono essere attribuite a nessuno dei regimi di welfare individuati dalla tradizione letteraria. Tuttavia, Esping-Andersen (1997) analizzando il regime di welfare giapponese ammette fin da subito l'impossibilità di inserire il Giappone nella sua classificazione e nella prefazione della sua opera *The three Worlds of Welfare Capitalism* in versione cinese, afferma che il welfare state dell'Est Asia va interpretato come un ibrido tra il modello liberale e quello conservativo oppure come un quarto regime di welfare emergente. Esistono, infatti, delle somiglianze con il modello conservatore-corporativo in riferimento alla stratificazione sociale e con il modello liberale per la mancanza di un ruolo dello stato nella copertura dei diritti sociali.

Le determinanti principali del modello di welfare est-asiatico concernono la centralità della famiglia e il ruolo residuale dello stato nelle principali prestazioni di welfare. Holliday (2000) argomenta l'esistenza di un welfare produttivista in cui le politiche sociali sono funzionali alle priorità economiche, alla stabilità politica e allo sviluppo del capitale umano. La tesi di Holliday è sostenuta ed estesa da Gough (2001) il quale sottolinea la forte concentrazione della politica sociale nei settori dell'istruzione e della sanità come parte di una strategia di legittimazione nazionale allo sviluppo. Midgley (1986) parla di assistenzialismo riluttante per descrivere le politiche di welfare nelle economie est asiatiche.

Jones (1993) fu la prima a sostenere l'esistenza di un modello di welfare dell'Asia orientale partendo dall'osservazione di come la cultura asiatica influenza lo sviluppo ideologico del welfare. Il riferimento alla cultura come elemento di analisi del sistema di welfare est-asiatico risale agli anni Ottanta, quando gli studi di politica sociale asiatica sono agli albori. Leibfried (2003) afferma che la posizione delle società est-asiatiche riflette la cultura propria del Confucianesimo così come la maggior parte delle società occidentali riflettono i valori cattolici.

Midgley (1986) osserva come la politica sociale est-asiatica utilizza uno stile incrementale nella fornitura di servizi di welfare come conseguenza di una crisi di legittimità dello stato. L'importanza della considerazione di Midgley è evidente se si considera l'espansione di welfare in Taiwan (Ku, 1995) e in Korea (Kwon, 1999), negli anni Novanta. Secondo Gough

(2004) l'aumento delle responsabilità statali in materia di welfare deriva dalla necessità di influenzare il processo elettorale. Nonostante l'impatto della democratizzazione politica, lo sviluppo della spesa sociale in Asia orientale dipende dalle logiche dello sviluppo capitalista in ambito globale. I bassi livelli di fornitura dei servizi di welfare dipendono sia dall'approccio produttivista, secondo il quale la responsabilità pubblica dà priorità ai problemi economici, sia da un semplice ritardo, tipico nei paesi in via di sviluppo, nella risposta dello stato alla pressione democratica sulla sicurezza sociale (Ku, 2003).

Il modello familistico di welfare dei paesi dell'est asiatico si caratterizza per ridotti livelli di de-mercificazione e di de-familizzazione, la famiglia e le reti parentali, in questo contesto, sono i principali fornitori di welfare, impegnati nella produzione di cura e assistenza. I cambiamenti nella struttura demografica intervenuti nel corso del secolo scorso in Est Asia hanno ridotto la loro capacità di dare servizi di assistenza ai propri membri. Si registra, infatti, un forte aumento della percentuale di anziani nella popolazione di tutti i paesi asiatici ed, inoltre, le donne, sempre più spesso, sono impegnate nel mercato del lavoro (Gough, 2001).

### **1.5.2 Il welfare dei lavoratori negli antipodi**

I paesi degli antipodi, Australia e Nuova Zelanda, sono assimilati ai paesi anglosassoni e nel modello di Esping-Andersen fanno parte del regime di welfare liberale data la marginalità degli interventi statali in materia di welfare e la presenza di programmi di protezione sociale basati sulla prova dei mezzi. L'isolamento geografico e le somiglianze storiche e culturali tra questi due paesi sono tra le cause dello sviluppo di un sistema di sicurezza sociale unico e differente rispetto al contesto europeo e anglosassone (Saunders, 1999). Entrambi i paesi sono pionieri dello sviluppo del welfare state e nella prima decade del XX secolo hanno introdotto sistemi di sicurezza sociale realizzati per garantire un livello minimo di protezione sociale, basati sulla prova dei mezzi e finanziati attraverso la fiscalità generale (Castles, 1996). Castles e Mitchell (1993) sono tra i primi a proporre l'idea di un modello peculiare di welfare degli antipodi sviluppando la loro analisi a partire dall'intenzione di individuare i modelli di politica sociale rispetto alle misure governative di tutela del livello dei salari, dunque non più solo attraverso l'analisi della spesa sociale.

Le politiche di welfare di quest'area sono realizzate attraverso la regolazione del mercato del lavoro. Il welfare degli antipodi sono, infatti, definiti *welfare dei lavoratori* per l'impegno dei governi nel garantire un salario minimo (*minimum living wage*) adeguato ai bisogni dei

lavoratori e delle rispettive famiglie mentre lo stato svolge un'azione residuale fornendo misure di assistenza targettizzata<sup>7</sup> in cambio di una bassa tassazione. La politica salariale è, dunque, funzionale alla politica sociale e il salario è considerato una forma di protezione sociale (Castles, 1994). Nuova Zelanda e Australia inseriscono nei loro programmi di welfare prestazioni economiche familiari, complementari al *minimum living wage*, volte ad integrare il reddito dei lavoratori con a carico una famiglia (*family wage*) (Castles, 1996). Entrambi i paesi mostrano il bisogno di sviluppare un sistema di determinazione del reddito centralizzato che incorpora i principi dell'adeguatezza e dell'egualitarismo reagendo al funzionamento del mercato nella formazione dei prezzi e quindi dei salari; la politica sociale è funzionale a questa necessità (Castles, 1994).

Secondo Midgley (2001) i welfare degli antipodi hanno sviluppato un modello in cui il sistema di regolazione del lavoro assume il ruolo di produttore di welfare e in quest'ottica i programmi di politica sociale sono considerati come *investimenti sociali*. I tassi di disoccupazione in entrambi i paesi sono quasi nulli fino allo shock petrolifero degli anni Settanta e al riallineamento dell'economia internazionale alle conseguenze della crisi (Saunders, 1999).

A partire dagli anni Settanta alcuni elementi costitutivi del modello di welfare dei lavoratori subiscono una serie di riforme neo-liberali finalizzate a deregolare il funzionamento del mercato del lavoro e di ridimensionare gli imperativi sociali. Le principali riforme riguardano la riduzione delle misure di tutela dei salari e la targettizzazione dei servizi di welfare universalistici, come i programmi di benefici familiari originariamente finalizzati ad integrare il reddito dei lavoratori (Castles, 2001). Il *minimum wage* rimane comunque elevato rispetto agli standards internazionali e continua ad essere un elemento distintivo del modello degli antipodi (Mendes, 2009).

I sistemi di sicurezza del reddito sono centrati sul ruolo del maschio capofamiglia fino alle riforme degli anni Ottanta, quando entrambi i paesi rivedono i propri modelli per adattarli alla crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro (Castles, 2001).

---

<sup>7</sup> Il sistema di sicurezza sociale degli antipodi funziona secondo la logica means-testing all'interno di una serie di categorie predeterminate. La specificazione di queste categorie stabilisce le condizioni o le circostanze personali quali la vecchiaia, l'invalidità, la disoccupazione e la malattia, su cui si basa il servizio di assistenza.

### 1.5.3 I modelli di welfare dei paesi latino americani

La politica pubblica nei paesi latino-americani appare molto eterogenea. Le prime forme di welfare state hanno origine nel 1850, tuttavia, pur godendo di una lunga tradizione storica, lo scenario si caratterizza per la presenza di sistemi di protezione segmentati, a bassa copertura, e la presenza di un settore informale che funge da ammortizzatore sociale.

L'eterogeneità rilevata nell'area latino-americana ha condotto alcuni autori a concordare sulla possibilità di raggruppare i paesi in più regimi di welfare (Filgueira 1998, Huber e Stephens 2007, Barrientos 2004, Rudra 2005), in particolare Filgueira è il primo ad adattare il lavoro di Esping-Andersen al contesto sud-americano, nella sua classificazione il primo modello si caratterizza per politiche sociali estese ma segmentate nel settore occupazionale (*universalismo stratificato*), il secondo gruppo per il ruolo residuale dello stato e l'inesistente redistribuzione pubblica delle risorse, il terzo gruppo combina *universalismo stratificato* nelle aree urbane e l'esclusione delle aree rurali dai programmi di welfare.

I paesi caratterizzati da *universalismo stratificato*, in risposta alla crisi economica negli anni Ottanta, prendono due strade: *state-oriented* (Costa Rica e Uruguay) o *market-oriented* (Argentina e Cile) (Filgueira e Martinez Franzoni, 2002).

I modelli di Hubert e Stephens, invece, sono classificati in base al decrescere della copertura e della spesa sociale.

Tabella 1.3: Principali classificazioni dei modelli di welfare dei paesi latino americani

AUTORI	CRITERI DI CLASSIFICAZIONE	MODELLI DI WELFARE				
<b>Filgueira (1998)</b>	1) Grado di copertura delle politiche sociali, 2) tipo di prestazioni, 3) requisiti di accesso, 4) grado di stratificazione	<b>I</b> Uruguay Argentina Costa Rica		<b>II</b> El Salvador Nicaragua		<b>III</b> Messico Brasile
<b>Huber e Stephens (2007)</b>	1) Livello e copertura della spesa sociale in protezione e formazione del capitale umano, 2) allocazione degli investimenti sociali	<b>I</b> Cile	<b>II</b> Argentina Uruguay Costa Rica	<b>III</b> Brasile Messico	<b>IV</b> Bolivia Ecuador Perù Colombia Venezuela	<b>V</b> Guatemala El Salvador Honduras Nicaragua
<b>Barrientos (2004)</b>	1) De-mercificazione, 2) De-stratificazione	Informale-conservatore			Informale-liberale	



<b>Rudra (2005)</b>	1) De-mercificazione	Produttivisti	Protezionisti
-------------------------	----------------------	---------------	---------------

Fonte: nostra elaborazione.

Secondo Barrientos dalla metà degli anni Ottanta l'America Latina passa da un regime di welfare *conservatore-informale* a uno *liberale-informale*. Il regime conservatore-informale ha molti tratti in comune con il modello conservatore-corporativo dell'Europa continentale: il sistema di sicurezza sociale è stratificato, rivolto ai lavoratori dipendenti e misurato in base al tipo di occupazione, mentre i lavoratori indipendenti dipendono dal proprio reddito e dalla famiglia nel rispondere ai rischi individuali. Tuttavia, negli ultimi due decenni i rischi collettivamente condivisi sono diminuiti e le politiche pubbliche si sono ridimensionate secondo il paradigma delle politiche liberali ma, a differenza dei regimi liberali dei paesi sviluppati, in molte aree mancano solidi programmi statali, il mercato del lavoro esclude la maggior parte della popolazione e buona parte della produzione di welfare è in capo alle famiglie e alle reti di supporto sociale. Si sviluppano programmi di sicurezza simili ad assicurazioni sociali destinate a specifici gruppi di lavoratori (Mesa-Lago, 1992), di conseguenza i gruppi di individui che non ricevono reddito sono privi di protezione dai rischi sociali (Tokman, 2006).

La natura regressiva della spesa in sicurezza sociale dell'America Latina è collegata alla struttura del mercato del lavoro caratterizzato da alti livelli di informalità. I lavoratori impiegati nel settore informale non contribuiscono al finanziamento delle prestazioni statali e per questo sono esclusi dai programmi di sicurezza, inoltre, il basso livello medio dei salari fa del settore informale il più svantaggiato e precario.

Rudra, distingue i paesi in via di sviluppo dell'America Latina tra *regimi produttivisti*, e *regimi protezionisti*. Nel primo caso le politiche pubbliche promuovono l'accesso al mercato, nel secondo caso sono finalizzate a proteggere gli individui dal mercato. Tuttavia, secondo l'autrice, i welfare states latino-americani hanno il doppio ruolo di mercificare e de-mercificare e sono focalizzati ad incoraggiare lo sviluppo dell'economia di mercato e l'occupazione retribuita<sup>8</sup>, seppure con intensità diverse da paese a paese.

---

<sup>8</sup> Per comprendere il funzionamento della politica di redistribuzione in America Latina, non si può dare per scontato l'accesso al lavoro retribuito (Rudra, 2005).

#### 1.5.4 Il welfare nei paesi in transizione dell'Est Europa

Lo sviluppo degli studi sui sistemi di welfare ha portato all'individuazione di una realtà particolare come quella dei *paesi in regime di transizione* (Kuhnle, 2000). I paesi dell'Est Europa diventano un caso storico emblematico di questa categoria a partire dal 1989 con il disfacimento dei modelli comunisti di politica sociale e con la trasformazione dei regimi di welfare nazionali in modelli liberali.

Prima della transizione, in linea con l'ideologia comunista, i governi delle economie est-europee assicurano una distribuzione egualitaria dei redditi, forniscono un servizio generoso di protezione alle famiglie, prevengono il rischio di povertà garantendo piena occupazione, assistenza sanitaria gratuita, agevolazioni su servizi, alloggi e sistemi educativi. L'onnipresenza dei finanziamenti statali e l'universalismo delle prestazioni portano le società a percepire i programmi di welfare come un diritto e a guardare con riluttanza il passaggio ad un nuovo sistema di welfare (Lipsmeyer, 2002).

I paesi ex-comunisti rispondono in modo differente al processo di liberalizzazione delle politiche sociali e al disfacimento del sistema di protezione sociale comunista, in particolare si colgono due tipi di orientamento. Un primo gruppo di paesi (es. Repubblica Ceca, Polonia, Ungheria) adotta politiche volte ad alleviare il costo della transizione per i ceti più a rischio e a contenere le disparità nei redditi, forte dell'influenza democratica dell'Europa occidentale. I paesi del secondo gruppo (es. Russia, Moldavia Georgia), invece, subiscono una drastica riduzione delle responsabilità statali e l'emergere di un capitalismo oligarchico in cui prevalgono gli interessi di gruppi particolari. In generale le politiche di welfare post-comuniste sono funzionali alle logiche del mercato (Figart, 2007).

Il costo del regime di transizione consiste in un aumento generalizzato delle povertà e delle disuguaglianze. In alcuni paesi si formano nuovi partiti politici (es. *Solidarity* in Polonia) in grado di garantire l'inclusione dei diritti dei lavoratori nei programmi di riforma. In altri contesti, invece, i movimenti politici rappresentanti della forza lavoro sono deboli e disorganizzati (Clarke e Borisov, 2006).

L'inadeguatezza dei programmi statali post-comunisti trasferisce il peso della lotta contro la povertà sulle spalle delle famiglie e dei singoli individui. Tuttavia, in risposta all'assenza di valide misure statali, si diffondono schemi pensionistici, assicurazioni e molteplici servizi sociali privati, ma accessibili solo a coloro che dispongono di un reddito medio-elevato.

Le strategie di adattamento private, come la crescita del lavoro autonomo, i trasferimenti intra familiari, la migrazione interna e l'emigrazione in altri paesi portano a risultati socialmente ed economicamente discutibili o addirittura dannosi come la disurbanizzazione (gli abitanti delle città si spostano verso le zone rurali) e la criminalità (Lotspeich, 1995).

Mentre in alcuni paesi prende forma un mercato del lavoro formalmente interessato alla crescita dell'occupazione e dell'imprenditorialità, in altri contesti la mancanza di un'opportunità simile costringe gran parte della popolazione attiva a rivolgersi al mercato informale. L'esistenza di un'economia informale riequilibra l'accesso alle prestazioni, al riguardo Kovács (1998) osserva che nei paesi dell'Est Europa, dove i trend di sviluppo economico sono maggiori, la spesa per il welfare deriva dal *self-made welfare*.

Box 1.2

<b>I modelli di welfare integrativi</b>	
<b>AUTORI</b>	<b>MODELLI DI WELFARE</b>
Gough (2001; 2004), Jones (1993), Holliday (2000), Ku (1995; 2003), Kwon (1999), Leibfried (2003), Midgley (1986)	MODELLO EST-ASIATICO: regime produttivista o dello sviluppo (le politiche sociali sono funzionali all'economia); ibrido tra modello conservatore-corporativo e liberale di Esping-Andersen; bassa de-mercificazione e de-familizzazione; centralità della famiglia e residualità dello stato; forte influenza del confucianesimo; incrementalismo degli interventi di politica sociale in risposta alla crisi di legittimità dello stato;
Saunders (1999), Castles (1996; 1994; 2001), Castles e Mitchell (1993), Midgley (2001), Mendes (2009)	MODELLO DEGLI ANTIPODI (Australia e Nuova Zelanda): assimilati al regime di welfare liberale di Esping-Andersen; le politiche di welfare sono funzionali al mercato del lavoro ( <i>welfare dei lavoratori</i> ), lo stato garantisce un salario minimo ( <i>minimum wage</i> ), e fornisce assistenza targettizzata e <i>means tested</i> , integra il reddito dei lavoratori con famiglia ( <i>family wage</i> )
Filgueira (1998), Filgueira e Martinez Franzoni (2002), Huber e Stephens (2007), Barrientos (2004), Rudra (2005), Mesa-Lago (1992), Tokman (2006)	MODELLO LATINO-AMERICANO: sistemi di protezione segmentati, a bassa copertura e poco sviluppati; predominanza del settore informale; centralità del ruolo delle famiglie. I paesi sono classificabili in particolare sulla base delle differenze nel grado di copertura delle politiche sociali, nel grado di de-mercificazione e di de-stratificazione.

Kuhnle (2000), Lipsmeyer (2002), Figart (2007), Clarke e Borisov (2006), Lotspeich (1995), Kovács (1998)	<b>MODELLO DEI PAESI EX-COMUNISTI:</b> paesi in <i>regime di transizione</i> verso un modello di welfare liberale; due orientamenti: 1) drastica riduzione degli interventi statali e predominanza del capitalismo oligarchico, sviluppo del settore informale 2) politiche volte ad alleviare il peso della transizione per i gruppi più a rischio, sviluppo di politiche volte a favorire l'imprenditorialità e l'occupazione. Povertà e disuguaglianze diffuse, forte responsabilità della famiglia, privatizzazione dell'assistenza sociale, <i>self-made welfare</i> .
---	---

## 2 Il cambiamento demografico e i modelli di *care* in Europa

### 2.1 Premessa

Le dimensioni del processo di invecchiamento in atto in Europa si possono stimare attraverso l'individuazione dei cambiamenti storici e previsionali nella distribuzione per età della popolazione e delle differenze esistenti tra i paesi. In particolare si osserva che l'invecchiamento della popolazione riguarda tutti i paesi europei nonostante vi siano delle differenze rispetto al grado di incidenza del fenomeno, ad esempio l'Europa meridionale invecchia ad un ritmo più sostenuto.

I cambiamenti demografici sono collegati a tre fattori: l'invecchiamento della generazione del baby boom, la riduzione del tasso di natalità e l'aumento della speranza di vita. La diffusione delle immigrazioni ha effetti che attenuano il processo di invecchiamento, tuttavia non può essere considerata risolutiva se non in proporzioni massicce. L'incremento del tasso di dipendenza degli anziani sulla popolazione attiva è in costante crescita e mette in discussione la sostenibilità sociale di un tale aumento.

I paesi europei si differenziano rispetto ai modelli di assistenza sociale e più autori propongono diversi tentativi di classificazione; in generale, le principali differenze emergono tra Nord e Sud Europa, ad esempio, i paesi scandinavi sono considerati un caso ideale di sviluppo dell'assistenza sociale formale mentre i paesi meridionali prediligono il ricorso a forme di cura informale. La ricerca sui sistemi assistenziali si è, inoltre, indirizzata verso l'analisi dei cambiamenti che hanno luogo nella fornitura dei servizi di cura per gli anziani in Europa e le principali tendenze in atto come, per esempio, la conversione dei servizi di assistenza formale da pubblici a privati e la predilezione dei servizi di cura a domicilio.

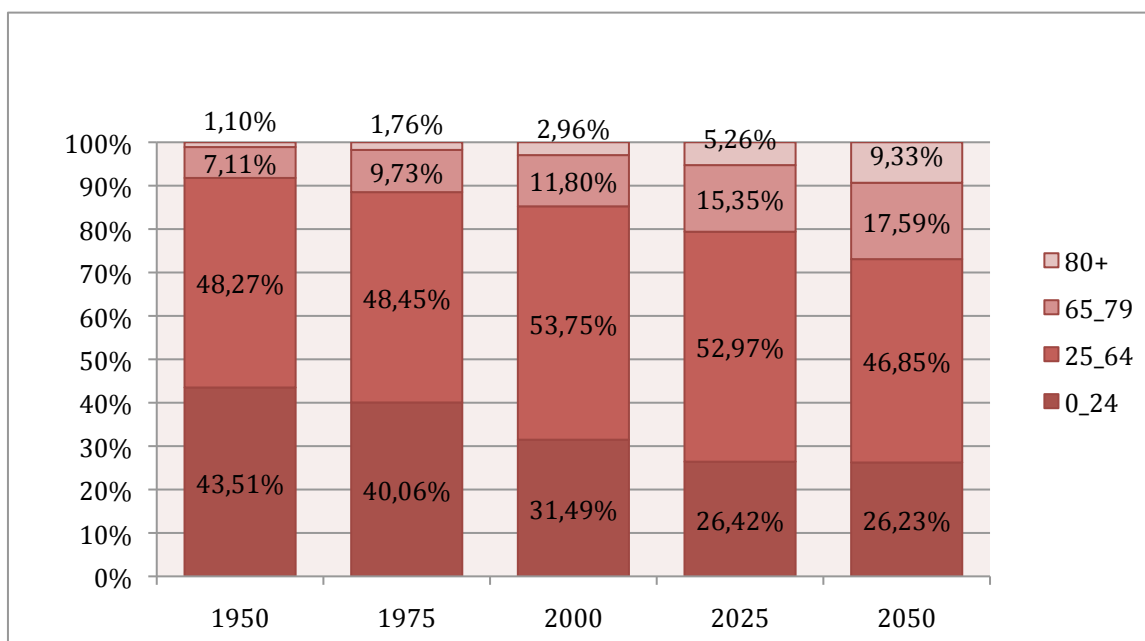
Il processo di invecchiamento della popolazione dei paesi europei è spesso considerato una delle principali cause dell'incremento dei costi sanitari e sociali e in quest'ambito si discutono le principali considerazioni sulle politiche sanitarie e sociali volte a limitare, da un lato, la

vulnerabilità dello stato di salute associato all'invecchiamento e dall'altro la quantità dei servizi sanitari necessari. Infine, sono riprese alcune considerazioni sulla responsabilità dei servizi di assistenza e di cura agli anziani da parte delle famiglie e sulla solidarietà intergenerazionale.

## 2.2 I cambiamenti demografici in Europa

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, in Europa e nel mondo, è un fatto biologico frutto del processo sociale di questo secolo e per essere compreso occorre individuare i cambiamenti nella distribuzione per età della popolazione al fine di quantificare il peso storico e previsionale e individuare le differenze che intercorrono tra i paesi europei.

Grafico 2.1: **Distribuzione della popolazione per età in Europa (1950-2050)**



Nostra elaborazione su dati delle Nazioni Unite (2010).

Il grafico 2.1 rappresenta la suddivisione per fasce d'età (0-24, 25-64, 65-79 e dagli 80 in poi) della popolazione europea complessiva nel periodo dal 1950 al 2050.

La generazione più giovane che corrisponde alla fascia di età 0-24 è rappresentata dal 43,51% della popolazione nel 1950, e si ridurrà a poco più del 26% nel 2050, di conseguenza, anche la fascia d'età 25-64 è destinata a contrarsi. La vecchia generazione (65+), al contrario, aumenta in modo significativo passando da circa l'8% nel 1950 a quasi il 27% nel 2050, soprattutto per la forte presenza (o permanenza) dei grandi vecchi (80+).

Il futuro delle società europee è, dunque, comunemente caratterizzato da una quota crescente di anziani e da una contrazione della popolazione complessiva, tuttavia, i mutamenti nella distribuzione per età della popolazione differiscono rispetto ai singoli paesi e alcune società europee stanno invecchiando ad un ritmo più veloce rispetto ad altre. Confrontando i

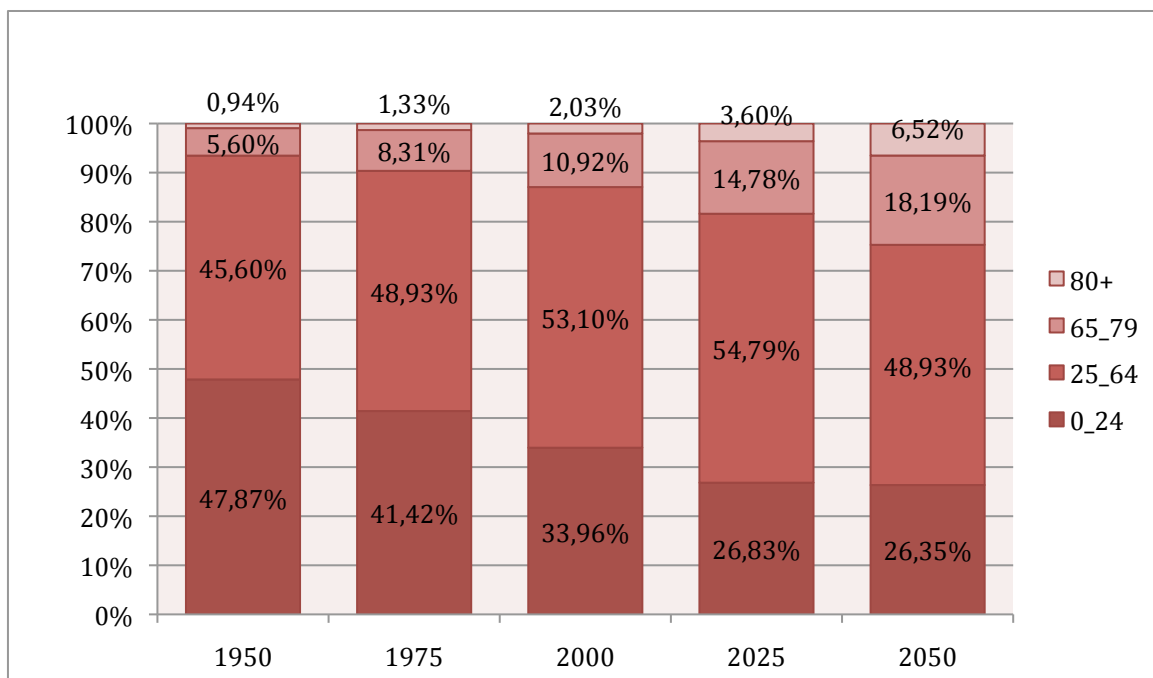
grafici 2.2, 2.3 e 2.4, si può osservare come l'aumento previsto della quota della popolazione di età superiore a 65 anni nel periodo 1950-2050 in Europa meridionale è pari al 24,13%, nettamente superiore, per esempio, al 13,53% previsto nel Nord Europa. Paesi quali Spagna, Italia e Grecia invecchiano, dunque, ad un ritmo più sostenuto. L'Europa centrale e meridionale inoltre sono le aree con l'aumento più elevato di molto vecchi (80+) e in entrambi i casi, confrontando le percentuali del 1950 con quelle del 2050, l'incremento supera il 10%.

La suddivisione per età della popolazione dei paesi dell'Est Europa prevista nel 2050 è simile a quella registrata nei paesi del Nord, del Centro e del Sud Europa 25 anni prima, di conseguenza, si può affermare che i paesi di quest'area siano ancora in una fase iniziale del processo di invecchiamento demografico.

La fascia d'età 25-64, nel periodo 2025-2050, subisce un calo generale in tutta Europa ma in particolare nei paesi settentrionali dove si prevede una riduzione superiore al 9%, passando da 53,72% nel 2025 al 44,69% nel 2050.

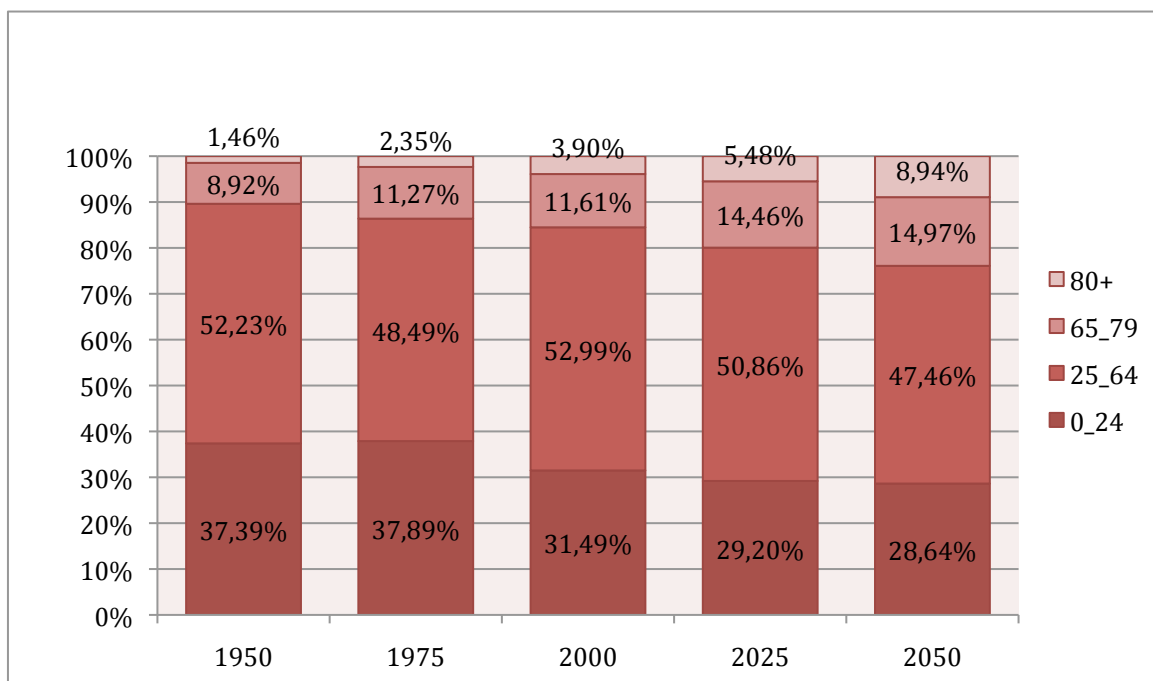
I più giovani (0-24), nel centennio considerato, si riducono del 9% nei paesi del Nord, del 12% in Europa centrale, quasi del 20% in Europa dell'Est e di oltre il 22% nell'area settentrionale.

**Grafico 2.2: Distribuzione della popolazione per età in Est Europa (1950-2050)**



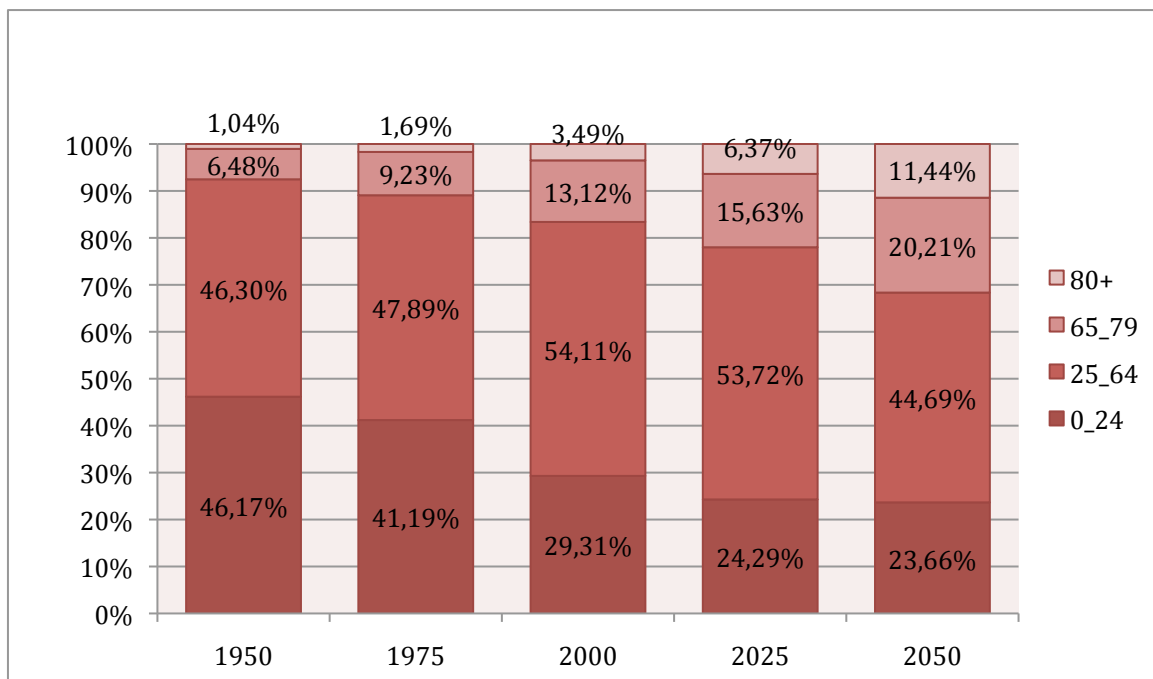
Nostra elaborazione su dati delle Nazioni Unite (2010).

**Grafico 2.3: Distribuzione della popolazione per età in Nord Europa (1950-2050)**



Nostra elaborazione su dati delle Nazioni Unite (2010).

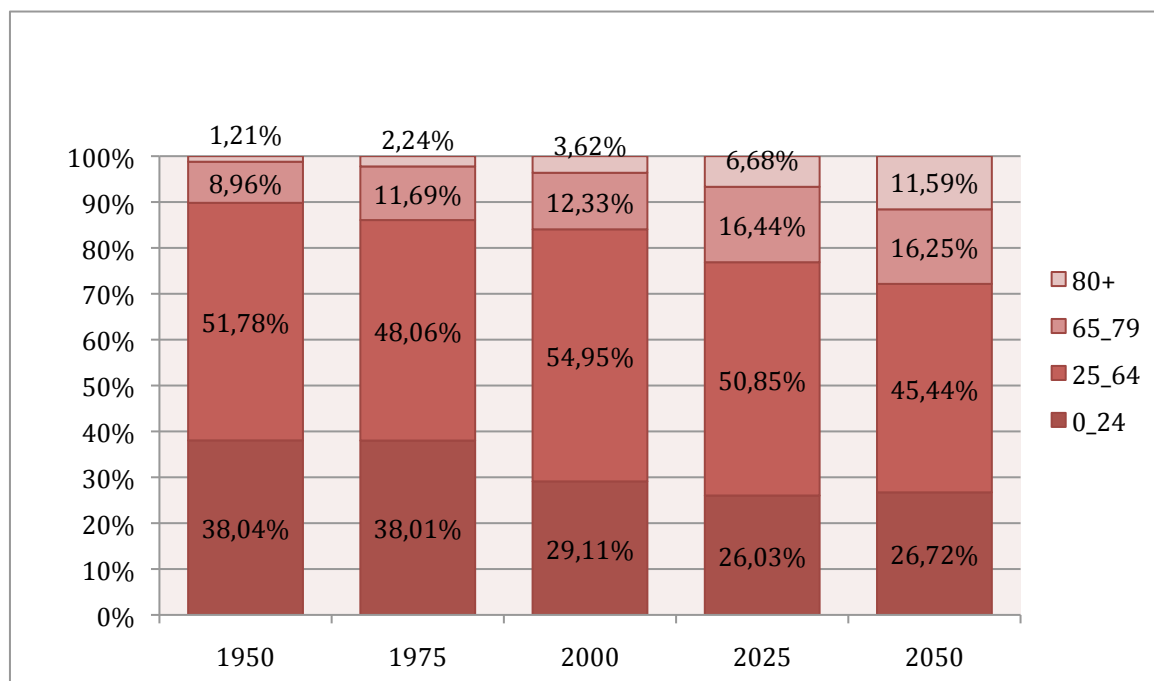
**Grafico 2.4: Distribuzione della popolazione per età in Europa meridionale (1950-2050)**



Nostra elaborazione su dati delle Nazioni Unite (2010).



Grafico 2.5: Distribuzione della popolazione per età in Europa continentale (1950-2050)



Nostra elaborazione su dati delle Nazioni Unite (2010).

A livello mondiale, tra i paesi sviluppati, l'Europa e il Giappone registrano le tendenze all'invecchiamento più marcate fino al 2050 rispetto, ad esempio, all'America settentrionale che, seppur stia invecchiando, la crescita della popolazione continuerà ad essere relativamente forte. Più in generale, le differenze maggiori si registrano tra i paesi sviluppati e quelli meno sviluppati, tuttavia, anche tra i paesi in via di sviluppo è in atto il processo di invecchiamento.

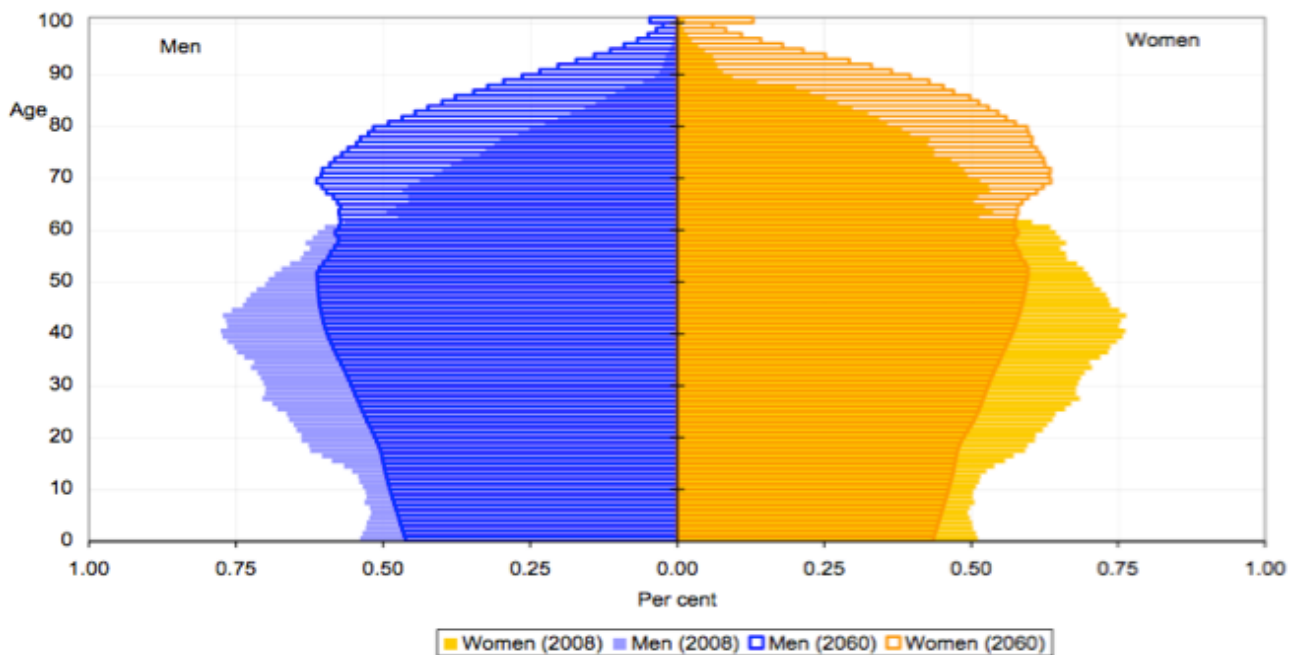
I principali fattori che determinano l'invecchiamento, e la struttura della popolazione in generale, sono la dimensione iniziale delle generazioni, i tassi di fertilità e di mortalità e le migrazioni. Nel contesto storico e sociale europeo, i fenomeni che influiscono in modo determinante sui cambiamenti demografici sono: l'invecchiamento della generazione del baby boom del periodo 1945-1965, la riduzione del tasso di natalità delle generazioni del baby boom che hanno meno figli rispetto alle precedenti, l'aumento della durata della speranza di vita e la diffusione delle immigrazioni.

Nel grafico 2.6 sono rappresentate le piramidi della popolazione EU-27 secondo l'elaborazione Eurostat dei dati storici del 2008 e previsionali del 2060.

La forma romboidale della piramide sui dati demografici del 2008 è il risultato del boom delle nascite proprio del ventennio post bellico e il conseguente rigonfiamento si muoverà verso

l'alto nei decenni a venire determinando un aumento netto della popolazione over 80. Per contro, il restringimento della base della piramide è conseguenza della progressiva erosione della popolazione più giovane. Si avrà dunque a che fare con un rovesciamento della piramide demografica, evento unico nell'evoluzione storica della distribuzione della popolazione per età, infatti, mentre nel 1960 si registrano in media tre giovani (di età compresa tra 0-14 anni) per ogni persona anziana (65 anni o più), nel 2060 si prevedono più di due anziani per ogni giovane. La struttura della famiglia assumerà una forma verticale, quindi composta da più generazioni, piuttosto che orizzontale, cioè caratterizzata da più individui della stessa generazione.

Grafico 2.6: **Piramidi della popolazione in Europa 2008 e 2060**



Fonte: dati Eurostat (2008).

In Europa nel corso dell'ultimo trentennio si registra una riduzione generale delle nascite, come indica la variazione del tasso di fecondità totale che corrisponde al numero medio di figli per donna ed è uno degli indicatori più utilizzati per confrontare l'ammontare delle nascite tra diverse popolazioni. Solitamente un valore pari a 2 indica un livello di nascite che permette ad una popolazione di riprodursi mantenendo costante la propria struttura demografica, presumendo una variabilità costante di altri parametri quali, per esempio, il tasso di mortalità e il flusso migratorio. Valori superiori a 2 indicano, invece, un progressivo ringiovanimento e aumento della popolazione.

In Europa il tasso di fecondità totale è sceso da 2,5 agli inizi degli anni Sessanta ad un valore medio pari a 1,6 nel periodo 2005-2010. Osservando i dati Eurostat nella tabella 2.1 i valori più alti di TFT nel periodo 2005-2010 si registrano nei paesi del Nord come Danimarca (1,85), Svezia (1,90), Norvegia (1,92) e Finlandia (1,84), in Irlanda (2,10), in Francia (1,97) e in Gran Bretagna (1,83), i tassi di fecondità più bassi, invece, in paesi quali Italia (1,38), Germania (1,36) e Spagna (1,41).

In generale, le ragioni del crollo del tasso di fecondità in Europa sono legate alla diffusione di un cambiamento culturale che incorpora un modello di famiglia ristretto, caratterizzato dal trade-off lavoro-famiglia che guida le intenzioni di un numero sempre maggiore di uomini e donne che danno priorità alla propria affermazione nel mercato del lavoro e posticipano il concepimento dei figli, grazie anche alle nuove possibilità di esercitare un maggior controllo sul tempo delle nascite. Il raggiungimento di una maggiore emancipazione femminile nella società si traduce in aumento della percentuale di donne impiegate nel mercato del lavoro e ci si aspetta che questa sia una delle cause principali del declino del tasso di fertilità. Tuttavia, con riguardo al rapporto tra l'occupazione femminile e le tendenze di fecondità si osserva che nei paesi scandinavi, che si caratterizzano storicamente per un'alta partecipazione delle donne al mercato del lavoro (circa 70%), il declino della fecondità è più contenuto e, per contro, i paesi dell'Europa meridionale che registrano più bassi tassi di occupazione (circa 40%) si caratterizzano per avere i livelli più bassi di fertilità di tutta l'Europa.

Tabella 2.1: Indicatori di fecondità in alcuni paesi europei

PAESI	TASSO DI FECONDITA' TOTALE (TFT)			
	1960-1965	1975-1980	1995-2000	2005-2010
<b>Europa</b>	2,56	1,98	1,42	1,53
<b>Danimarca</b>	2,58	1,68	1,76	1,85
<b>Finlandia</b>	2,66	1,66	1,74	1,84
<b>Norvegia</b>	2,90	1,81	1,86	1,92
<b>Svezia</b>	2,32	1,66	1,56	1,90
<b>Regno Unito</b>	2,81	1,73	1,74	1,83
<b>Irlanda</b>	4,07	3,25	1,94	2,10
<b>Francia</b>	2,85	1,86	1,76	1,97
<b>Germania</b>	2,49	1,52	1,34	1,36
<b>Grecia</b>	2,20	2,32	1,30	1,46
<b>Italia</b>	2,47	1,94	1,22	1,38

<b>Paesi Bassi</b>	3,17	1,60	1,60	1,75
<b>Portogallo</b>	3,19	2,55	1,48	1,36
<b>Spagna</b>	2,81	2,55	1,19	1,41

Fonte dati Nazioni Unite (2011).

L'incremento nell'aspettativa di vita è un'ulteriore fattore che determina il processo di invecchiamento della popolazione in Europa. L'indicatore più comunemente usato per l'analisi della mortalità è quello della speranza di vita alla nascita, cioè il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere. I miglioramenti nella qualità della vita unito alla creazione e allo sviluppo dei sistemi sanitari di tutta Europa hanno determinato guadagni in longevità sostanziali e abbastanza simili tra i paesi. Nell'ultimo cinquantennio si registra un aumento medio di circa 10 anni. La speranza di vita nell'UE-27 è generalmente elevata e nel 2009 ha un valore medio di 76,7 anni per gli uomini e di 82,6 anni per le donne. Nel periodo relativamente breve 2002-2009 si è registrato un aumento di 1,7 anni per le donne e 2,1 per gli uomini.

Sul piano dell'invecchiamento le differenze tra i generi sono considerevoli, le donne generalmente sopravvivono più degli uomini, nel 2009 nell'UE-27, ad esempio, si registra un divario di 5,9 anni di vita. Nella classe di età over 60 il numero delle donne supera del 50% quello degli uomini e tra le persone che vivono da sole dopo i 75 anni, più del 70% sono donne. La tabella 2.2 riporta gli indici di speranza di vita dei paesi EU-27 nel periodo 1990-2009.

Tabella 2.2: **Indici della speranza di vita alla nascita (1990-2009)**

Paesi	Totale			Uomini			Donne		
	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009
<b>EU-27</b>	-	-	79,7	-	-	76,7	-	-	82,6
<b>Belgio</b>	76,2	77,9	80,1	72,2	74,6	77,3	79,5	81,0	82,8
<b>Bulgaria</b>	71,2	71,6	73,3	68,0	68,4	70,1	74,7	75,0	77,4
<b>Repubblica Ceca</b>	71,5	75,1	77,4	67,6	71,7	74,2	75,5	78,5	80,5
<b>Danimarca</b>	74,9	76,9	79,0	72,0	74,5	76,9	77,8	79,2	81,1
<b>Germania</b>	75,4	78,3	80,3	72,0	75,1	77,8	78,5	81,2	82,8
<b>Estonia</b>	69,9	70,8	75,2	64,7	65,2	69,8	74,9	76,2	80,2
<b>Irlanda</b>	74,8	76,6	79,9	72,1	74,0	77,4	77,7	79,2	82,5
<b>Grecia</b>	77,1	78,0	80,2	74,7	75,5	77,8	79,5	80,6	82,7
<b>Spagna</b>	77,0	79,3	81,9	73,4	75,8	78,7	80,6	82,9	84,9
<b>Francia</b>	77,0	79,2	81,6	75,4	75,3	78,0	81,2	83,0	85,0
<b>Italia</b>	77,1	79,9	82,1	73,8	76,9	79,4	80,3	82,8	84,6
<b>Cipro</b>	-	77,7	81,1	-	75,4	78,6	-	80,1	83,6

<b>Lettonia</b>	-	-	73,3	-	-	68,1	-	-	78,0
<b>Lituania</b>	71,4	72,2	73,2	66,4	66,8	67,5	76,3	77,5	78,7
<b>Lussemburgo</b>	75,7	78,0	80,8	72,4	74,6	78,1	78,7	81,3	83,3
<b>Ungheria</b>	69,4	71,9	74,4	65,2	67,5	70,3	73,8	76,2	78,4
<b>Malta</b>	-	78,4	80,3	-	76,2	77,9	-	80,3	82,7
<b>Paesi Bassi</b>	77,1	78,2	80,9	73,8	75,6	78,7	80,2	80,7	82,9
<b>Austria</b>	75,8	78,3	80,5	72,3	75,2	77,6	79,0	81,2	83,2
<b>Polonia</b>	70,7	73,8	75,9	66,3	69,6	71,5	75,3	78,0	80,1
<b>Portogallo</b>	74,1	76,7	79,6	70,6	73,2	76,5	77,5	80,2	82,6
<b>Romania</b>	69,9	71,2	73,5	66,7	67,7	69,8	73,1	74,8	77,4
<b>Slovenia</b>	73,9	76,2	79,4	69,8	72,2	75,9	77,8	79,9	82,7
<b>Slovacchia</b>	71,1	73,3	75,3	66,7	69,2	71,4	75,7	77,5	79,1
<b>Finlandia</b>	75,1	77,8	80,1	71,0	74,2	76,6	79,0	81,2	83,5
<b>Svezia</b>	77,7	79,8	81,5	74,8	77,4	79,4	80,5	82,0	83,5
<b>UK</b>	-	78,0	80,5	-	75,5	78,3	-	80,3	82,5

Fonte: dati Eurostat (2013).

Il calo dei tassi di natalità e le prospettive associate al rapido invecchiamento della popolazione in Europa introducono la necessità di considerare l'immigrazione come una misura parziale di controtendenza agli andamenti demografici in atto.

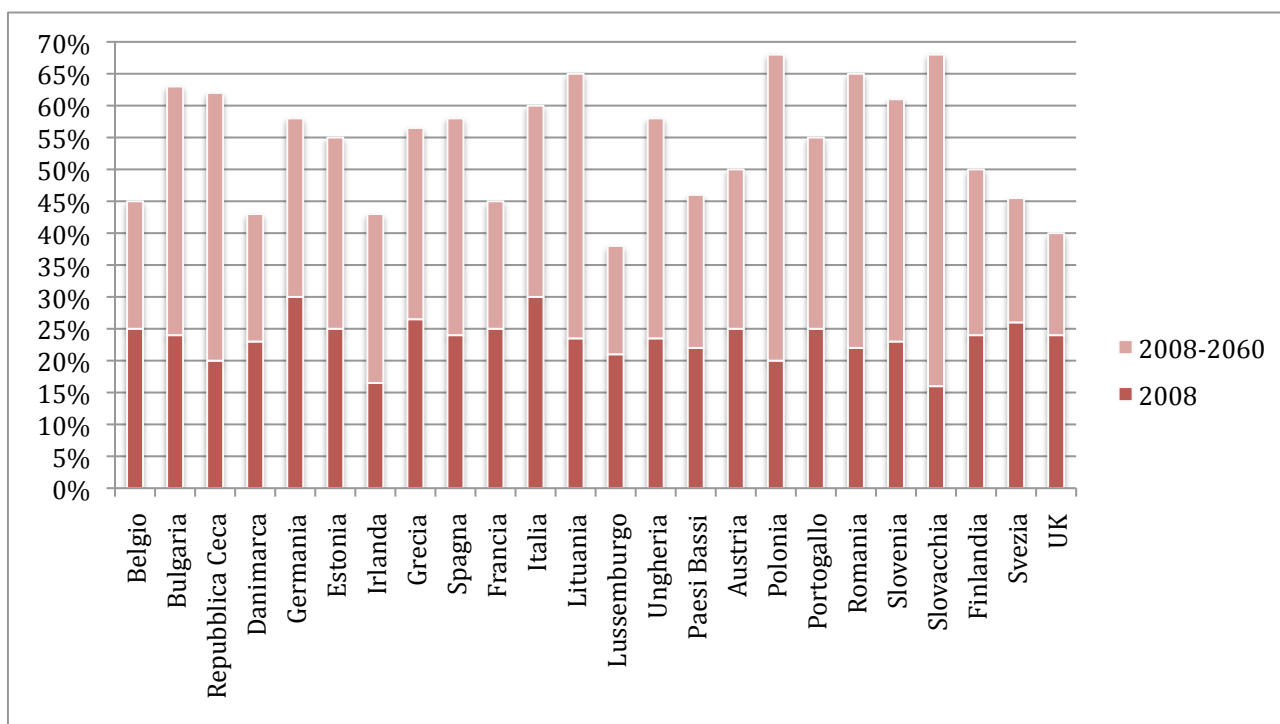
Uno studio condotto dalle Nazioni Unite (2000) sulla migrazione come soluzione del declino demografico indica che il numero di immigrati necessario a garantire il mantenimento di un livello costante di popolazione in età attiva è molto alto e richiede un massiccio incremento dell'immigrazione fino al 2030, inoltre, la popolazione emigrante da un lato lascia un paese che inevitabilmente invecchia ad una velocità maggiore, dall'altro il trasferimento comporta l'adattamento alla cultura ospitante e quindi in generale a tassi di natalità tendenzialmente bassi. Pertanto, ragionevoli flussi migratori possono influenzare la struttura per età della popolazione ospitante solo in misura limitata, e nel lungo periodo solo il tasso di fertilità è in grado di garantire una controtendenza demografica.

Una delle principali conseguenze dell'invecchiamento della popolazione consiste nell'incremento del tasso di dipendenze degli anziani, indicatore del livello di supporto fornito agli individui di età uguale e superiore ai 65 anni da parte della popolazione in età lavorativa.

Nel 2060, per esempio, si stima che la popolazione europea (EU-27) in età lavorativa (15-65) sarà inferiore di 50 milioni di persone rispetto al 2008 mentre la popolazione di età over 65 crescerà di circa 67 milioni di persone, di conseguenza, il tasso di dipendenza degli anziani nel 2060 si prevede raddoppi passando dal 25,4% del 2008 al 53,5% nel 2060. Il grafico 2.7 rappresenta i tassi di dipendenza degli anziani nei principali paesi dell'Unione Europea nel periodo 2008-2060.

Considerato che la decrescita nella percentuale della popolazione attiva unita all'incremento della percentuale di anziani si manifesta con pesi differenti tra i membri dell'Unione Europea, il tasso di dipendenza degli anziani nel 2060 avrà una variabilità media tra i paesi di circa il 30 %, mentre nel 2008 la differenza è stimata pari al 14 %.

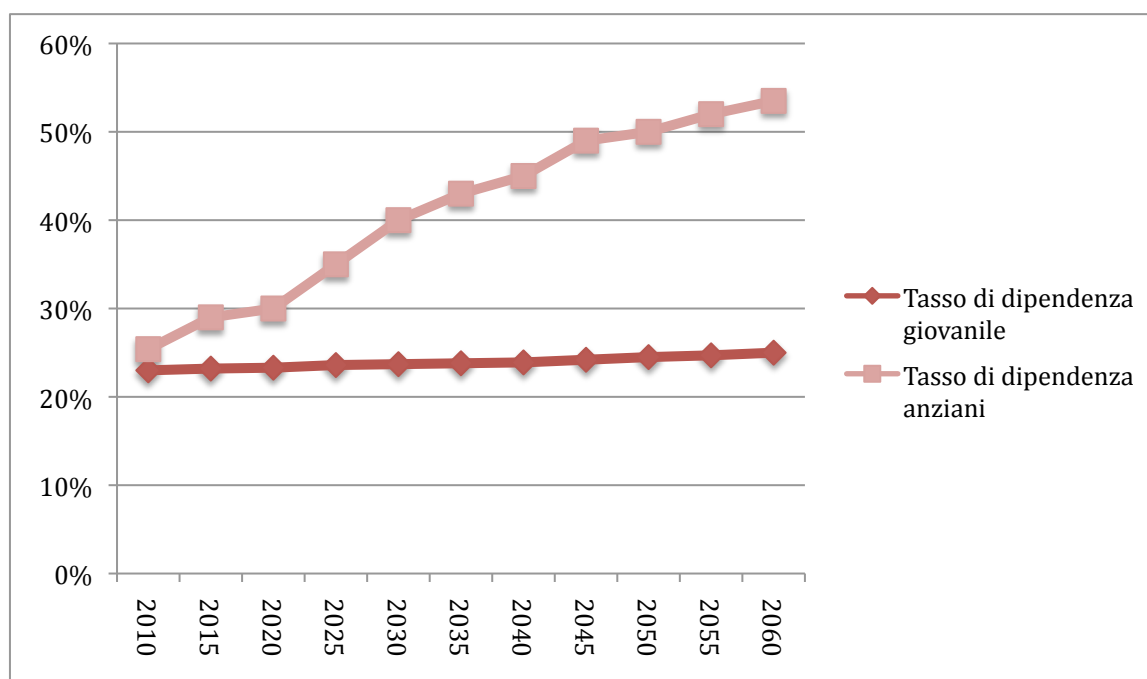
Grafico 2.7: Tasso di dipendenza degli anziani in EU-27 (2008-2060)



Fonte: dati Eurostat (2008).

Il tasso di dipendenza dei giovani (0-14), per contro, subisce una variazione (positiva o negativa) minima in quasi tutti i paesi, come rappresentato nel grafico 2.8 si prevede assumerà un valore del 25 % nel 2060, dunque in futuro non ci si aspetta una sua decrescita significativa dal momento che anche la popolazione attiva, cioè la generazione dei genitori, si ridurrà.

**Grafico 2.8: Proiezioni del tasso di dipendenza degli anziani e del tasso di dipendenza giovanile in EU-27**



Fonte dati Eurostat (2008)

### **2.3 I modelli di assistenza sociale per gli anziani**

L'interesse per l'assistenza sociale si sviluppa dalla metà degli anni 1990 e la ricerca in questo campo si amplia nel primo decennio di questo secolo assumendo le caratteristiche di un campo di ricerca specifico nell'ambito della politica sociale.

L'assistenza sociale è un concetto integrato che coinvolge sia la sfera pubblica sia la sfera privata (o familiare), e si distingue tra forme di cura formale, che fanno riferimento ai servizi di assistenza professionali forniti nel settore pubblico, commerciale o nel volontariato, e forme di cura informale, fornite da familiari, parenti e altri soggetti quali ad esempio gli amici e i vicini (Kröger 2004). La distinzione tra pubblico e privato spesso crea confusione ed è criticata da autori come Geissler e Pfau-Effinger (2005), i quali ritengono che limiti lo spazio necessario per esaminare i più recenti sviluppi come l'assistenza semi-formale a base familiare (es. assegni di assistenza domiciliare forniti dalla stato) e lo sviluppo del settore occupazionale informale che consiste in una sorta di *lavoro nero* retribuito, al di fuori della disposizioni di legge, in cui le famiglie fungono da datori di lavoro di assistenti (spesso clandestini) impiegati come badanti nelle case private.

La ricerca sull'assistenza sociale per gli anziani si concentra prevalentemente sulle cure informali, sul ruolo dei familiari come assistenti e sul sostegno, in termini finanziari o di servizio, a cui hanno accesso. Le ragioni che animano i familiari a fornire cure agli anziani sono soprattutto i legami affettivi, seguiti da un senso di dovere personale e di obbligo davanti alla mancanza di alternative nel provvedere alla malattia fisica, alla disabilità o ad altre forme di dipendenza degli anziani. Le stime indicano che quasi il 50% dei badanti sono figli adulti della persona assistita che vivono nella stessa casa o nello stesso edificio, il cui reddito medio disponibile si riduce a causa sia dei servizi di cura in cui sono impegnati sia per la quasi assenza di assegni di cura statali (ci sono, tuttavia, delle differenze nazionali nella copertura e negli importi pagati dallo stato) (Triantafyllou e Mestheneos, 2006).

Uno dei temi principali della ricerca comparativa sull'assistenza sociale dell'ultimo decennio concerne la possibilità di classificare i diversi regimi di assistenza sociale e alcuni autori si interrogano sulla possibilità di identificare una corrispondenza rispetto ai regimi di welfare state di Esping-Andersen. Uno dei primi contributi è quello di Anttonen e Sipilä (1996) i quali raggruppano i paesi dell'Europa occidentale in quattro regimi che si differenziano in base al grado in cui lo stato si assume la responsabilità della cura per il benessere dei bambini e degli anziani: 1) il regime di assistenza pubblico nordico, 2) il regime di assistenza familiare del Sud Europa, 3) il regime di assistenza means-tested anglosassone, 4) i regimi dei paesi dell'Europa centrale che si collocano in una posizione intermedia rispetto ai primi tre regimi. Gli autori ritengono, dunque, che i paesi europei possono essere suddivisi in regimi di cura, ma non necessariamente rispettando la classificazione di Esping-Andersen.

Una seconda proposta classificatoria arriva da Daly (2001) che divide i paesi europei in quattro gruppi: 1) i paesi del Nord (*caring states*), 2) la maggior parte dei paesi dell'Europa continentale (*pro-family caring states*), 3) Italia, Irlanda e Gran Bretagna (*hot and cold states*), 4) Spagna, Grecia e Portogallo (*no-caring states*). Italia, Irlanda e Gran Bretagna si caratterizzano per una sorta di irregolarità ed esitazione nelle politiche di cura.

Le differenze nelle politiche assistenziali esistenti tra i paesi europei si stanno progressivamente attenuando secondo gli studi condotti da Bettio e Plantenga (2004), tuttavia, vi sono delle peculiarità che portano gli autori ad individuare cinque regimi di assistenza sociale: 1) i paesi del Sud Europa e l'Irlanda dove la famiglia è la principale responsabile dell'assistenza sociale, 2) Paesi Bassi e Inghilterra in cui l'assistenza informale è un'importante risorsa, 3) Austria e Germania dove l'assistenza informale è importante ma sovvenzionata, 4) Belgio e Francia, che si caratterizzano per una considerevole disponibilità di



servizi assistenziali, 5) i paesi del Nord che si distinguono per la forte responsabilità pubblica sui servizi di cura e l'universalismo.

La ricerca in materia sanitaria si è tradizionalmente concentrata sulle capacità assistenziali della famiglia, ad esempio sulla qualità delle cure familiari, sul rischio di povertà e sulle misure politiche più efficaci a sostegno della famiglia nello svolgimento delle pratiche assistenziali. Solo di recente, a causa della maggiore partecipazione al mercato del lavoro delle donne e l'invecchiamento della popolazione, si osserva un maggior interesse rispetto alle forme alternative di cura informale (Bettio e Plantenga, 2004). Tuttavia, l'assistenza informale è più difficile da indagare a causa della mancanza di dati e di metodi di misura uniformati e delle differenze nella definizione e nella comprensione sociale e culturale del concetto (Anttonen e Sointu, 2006). Negli ultimi anni, inoltre, vi è un maggior interesse per le relazioni intergenerazionali all'interno delle famiglie e per le diverse combinazioni di cura formale e informale (Saraceno e Keck, 2008).

Saraceno e Keck (2008) classificano i regimi di assistenza sociale utilizzando i concetti di familizzazione e de-familizzazione per individuare le differenze tra i paesi nella ripartizione delle responsabilità tra le famiglie e lo stato e nel ruolo giocato dalle cure informali e formali e individuano quattro diversi modelli: 1) il modello del familismo non sostenuto, in modo implicito o esplicito, dove mancano sia alternative pubbliche alle attività di cura familiare sia il sostegno finanziario da parte dello stato, 2) il modello del familismo sostenuto, generalmente attraverso trasferimenti finanziari, 3) il modello del familismo opzionale, in cui alla famiglia è data la possibilità di scegliere tra il sostegno finanziario pubblico e l'utilizzo delle cure pubbliche, 4) il modello basato sulla de-familizzazione, in cui il riconoscimento di alcuni diritti sociali riducono le dipendenze e le responsabilità familiari.

La maggior parte dei ricercatori (es. Anttonen e Sointu, 2006) concordano sul fatto che le principali differenze nei regimi di assistenza sociale si individuano tra il Nord e il Sud Europa. Il modello nordico (scandinavo) è spesso considerato un caso ideale di sviluppo dell'assistenza sociale formale, infatti si caratterizza per l'universalismo dei servizi di cura pubblici, la de-familizzazione delle responsabilità di cura che favorisce la parità di genere, la lotta contro la povertà (es. la povertà infantile) e le politiche di welfare incentrate sui bambini. Gli studi più recenti, tuttavia, individuano delle differenze tra i paesi nordici tali da mettere in discussione l'esistenza di un unico modello di assistenza sociale scandinavo, per esempio in Norvegia l'accesso ai servizi di cura per gli anziani è universale, mentre in Svezia è selettivo (Rauch, 2007).

Box 2.1

Regimi di assistenza sociale in Europa		
AUTORI	CRITERI DI CLASSIFICAZIONE	MODELLI
Anttonen e Sipilä (1996)	Responsabilità dello stato rispetto alla cura per il benessere dei bambini e degli anziani	1) Paesi del Nord ( <i>caring states</i> ) 2) Paesi dell'Europa continentale ( <i>pro-family caring states</i> ) 3) Italia, Irlanda e Gran Bretagna ( <i>hot and cold states</i> ) 4) Spagna, Grecia e Portogallo ( <i>no-caring states</i> )
Bettio e Plantenga (2004)	Grado di sviluppo dell'assistenza formale e informale	1) Sud Europa e Irlanda: la famiglia è la principale responsabile dell'assistenza sociale 2) Paesi Bassi e Inghilterra: l'assistenza informale è un'importante risorsa 3) Austria e Germania: l'assistenza informale è importante ma sovvenzionata 4) Belgio e Francia: elevata disponibilità di servizi assistenziali pubblici 5) Paesi del Nord: forte responsabilità pubblica e universalistica sui servizi di cura
Saraceno e Keck (2008)	Grado di familizzazione e de-familizzazione	1) Modello del familismo non sostenuto: mancano sia alternative pubbliche alle attività di cura familiare sia il sostegno finanziario da parte dello stato 2) Modello del familismo sostenuto: generalmente il sostegno avviene attraverso trasferimenti finanziari 3) Modello del familismo opzionale: alla famiglia è data la possibilità di scegliere tra il sostegno finanziario pubblico e l'utilizzo delle cure pubbliche 4) Modello basato sulla de-familizzazione: il riconoscimento di alcuni diritti sociali riducono le dipendenze e le responsabilità familiari
Anttonen e Sointu, (2006) e altri studiosi	Ruolo dello stato nell'assistenza sociale e sanitaria	1) Paesi del Nord Europa: universalismo e de-familizzazione 2) Paesi del Sud Europa: copertura medio-bassa, familizzazione
Simonazzi (2009)	Promozione dell'efficienza (riduzione dei costi) delle cure assistenziali agli anziani	1) Modello Beveridgeano del Nord Europa (Svezia, Regno Unito, Irlanda, Danimarca, Finlandia), 2) Modello Bismarckiano dell'Europa continentale (Germania, Austria, Francia, Lussemburgo) 3) Modello Mediterraneo del Sud Europa (Grecia, Italia, Spagna, Portogallo) 4) Regime dell'Europa centro-orientale (Ungheria, Polonia, Bulgaria)

Lo sviluppo degli studi sull'assistenza e la cura per gli anziani in Europa conduce ad una serie di analisi volte ad esplorare i cambiamenti che hanno avuto luogo nel corso del tempo nella fornitura dei servizi di cura nei diversi paesi. Anttonen, Sipilä e Baldock (2003)

confrontando cinque stati (Finlandia, Germania, Regno Unito, Giappone e Stati Uniti) suggeriscono l'idea di uno sviluppo lineare in cui i paesi non presentano diversi modelli di assistenza sociale, ma sono in diverse fasi dello stesso progresso. In particolare, gli autori individuano tre trend comuni: l'accrescimento e lo sviluppo delle cure pubbliche, il processo di individualizzazione con il conseguente trasferimento di priorità dal diritto di famiglia al diritto individuale e la predominanza del principio universalistico rispetto alla selettività nella fornitura dei servizi e dei finanziamenti pubblici. Simonazzi (2009) studia l'aumento dei costi sociali ed economici delle cure per le persone anziane, e come i diversi paesi cercano di ridurli mantenendo costanti i livelli quantitativi e qualitativi delle cure. L'autrice individua quattro diversi regimi di assistenza agli anziani: il modello Beveridgeano del Nord Europa (Svezia, Regno Unito, Irlanda, Danimarca, Finlandia), il modello Bismarckiano dell'Europa continentale (Germania, Austria, Francia, Lussemburgo), il modello mediterraneo del Sud Europa (Grecia, Italia, Spagna, Portogallo), e il regime dell'Europa centro-orientale (Ungheria, Polonia, Bulgaria) e osserva una convergenza nel modo in cui si organizza il mercato della cura. Tutti i paesi, infatti, si muovono verso l'assistenza domiciliare, la fornitura privata dei servizi di cura e i trasferimenti finanziari.

Vi sono, tuttavia, delle differenze a livello nazionale nello sviluppo del settore dei servizi assistenziali per gli anziani e quindi delle differenze anche rispetto alla capacità di soddisfare la crescente domanda di cura. Le principali sfide dei sistemi di welfare riguardano lo sviluppo di un settore assistenziale regolamentato dallo stato (es. salari, formazione, servizi di cura a lungo termine) in risposta alla necessità di uniformare i costi delle cure agli anziani considerando le difficoltà di accesso ai servizi di cura per le famiglie a basso reddito, soprattutto nei paesi del modello mediterraneo, dove prevale il ruolo delle famiglie a causa di un mercato formale poco sviluppato.

Behning (2005) analizza i cambiamenti che hanno luogo in sei paesi (Regno Unito e Canada, Austria e Germania, Danimarca e Svezia, scelti per rappresentare rispettivamente i tre regimi di welfare liberale, conservatore e socialdemocratico di Esping-Andersen) nel periodo 1973-1997 e osserva che gli sviluppi nella riorganizzazione delle prestazioni di assistenza a lungo termine per le persone anziane mostrano alcune somiglianze seppur partendo da realtà differenti nei primi anni 1970. In particolare individua tre tendenze comuni: lo spostamento della responsabilità dal livello nazionale a quello locale, la conversione dei servizi di assistenza formale da pubblici a privati e la predilezione dei servizi di cura a domicilio.

Pavolini e Ranci (2008) partendo dall'analisi delle politiche più significative che alcuni paesi

europei (gli stessi considerati da Behning) stanno adottando per raggiungere un migliore equilibrio tra l'esigenza di ampliare l'assistenza sociale per gli anziani e la necessità di ridurre la spesa pubblica individuano alcune caratteristiche comuni: la tendenza a combinare i trasferimenti monetari alle famiglie con la fornitura di servizi, la creazione di un nuovo mercato dei servizi sociali basato sulla concorrenza, l'*empowerment* degli utenti attraverso un maggiore potere d'acquisto, e l'introduzione di misure di finanziamento destinate a favorire l'assistenza attraverso le reti familiari.

Le questioni di maggior importanza sulla cura per le persone anziane riguardano l'assistenza istituzionale e la sua organizzazione, la quantità e la qualità dei servizi di assistenza domiciliare e il supporto per la cura fornita dai membri della famiglia e da altri assistenti informali. In Europa, nonostante le differenze nazionali, ci sono almeno due tendenze simili in atto rispetto all'assistenza sociale per gli anziani: la privatizzazione e la mercificazione dell'assistenza formale e la familizzazione dei servizi di cura con o senza compensazione finanziaria (Anttonen e Sointu, 2006).

#### Box 2.2

<b>Cambiamenti e sviluppi dell'assistenza sociale in Europa</b>		
<b>AUTORI</b>	<b>TENDENZE PRINCIPALI</b>	<b>PAESI OGGETTO D'INDAGINE</b>
Anttonen, Sipilä e Baldock (2003)	1) Accrescimento e sviluppo delle cure pubbliche 2) Processo di individualizzazione: trasferimento di priorità dal diritto di famiglia al diritto individuale 3) Predominanza del principio universalistico rispetto alla selettività nella fornitura dei servizi e dei finanziamenti pubblici	Finlandia, Germania, Regno Unito, Giappone e Stati Uniti
Simonazzi (2009)	1) Assistenza domiciliare 2) Fornitura privata dei servizi di cura 3) Trasferimenti finanziari	Svezia, Regno Unito, Irlanda, Danimarca, Finlandia, Germania, Austria, Francia, Lussemburgo, Grecia, Italia, Spagna, Portogallo, Ungheria, Polonia, Bulgaria
Behning (2005)	1) Spostamento della responsabilità dal livello nazionale a quello locale 2) Conversione dei servizi di assistenza formale da pubblici a privati 3) Predilezione dei servizi di cura a domicilio	Regno Unito, Canada, Austria, Germania, Danimarca e Svezia

Pavolini e Ranci (2008)	1) Tendenza a combinare i trasferimenti monetari con la fornitura di servizi alle famiglie 2) Creazione di un nuovo mercato dei servizi sociali basato sulla concorrenza 3) Empowerment degli utenti attraverso un maggiore potere d'acquisto 4) Introduzione di misure di finanziamento volte a favorire l'assistenza attraverso le reti familiari	Regno Unito, Canada, Austria, Germania, Danimarca e Svezia
Anttonen e Sointu (2006)	1) Privatizzazione dell'assistenza formale 2) Mercificazione dell'assistenza formale 3) Familizzazione dei servizi di cura con o senza compensazione finanziaria	Europa

## 2.4 L'invecchiamento sano e le sfide dell'assistenza sanitaria e sociale

Il processo di invecchiamento della popolazione dei paesi europei è spesso considerato una delle principali cause dell'incremento dei costi sanitari e sociali. Tuttavia, se l'invecchiamento della popolazione porta alcuni costi aggiuntivi, questi possono essere ridotti con l'applicazione di politiche sanitarie e sociali appropriate e ben coordinate volte a limitare, da un lato, la vulnerabilità dello stato di salute associato all'invecchiamento e dall'altro la quantità dei servizi sanitari necessari.

L'invecchiamento della popolazione crea due tipi di pressione sulle finanze dell'assistenza sanitaria, da un lato un maggiore utilizzo dei servizi sanitari, dall'altro una riduzione dei ricavi come conseguenza della diminuzione della percentuale della popolazione economicamente attiva (European Commission, 2006).

La preoccupazione che l'invecchiamento porterà a un maggiore utilizzo dei servizi sanitari si basa sulla constatazione che le persone anziane sono responsabili di una quota significativa di utilizzo dei servizi sanitari. Il consumo pro capite dei servizi sanitari degli anziani è di 3-5 volte superiore a quello dei più giovani (Casey, 2003) e uno studio condotto in otto paesi OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) rileva che tra un terzo e la metà della spesa sanitaria totale è speso per l'assistenza sanitaria alle persone anziane (Anderson e Hussey, 2001). In Inghilterra, le persone di età superiore ai 65 anni

rappresentano circa i due terzi di giorni-letto ospedaliero (Wanless, 2006).

Anche se l'invecchiamento è spesso considerato come una delle principali cause dell'incremento dei costi di assistenza sanitaria, altri fattori, come la crescente complessità della tecnologia, hanno un impatto maggiore sulla spesa sanitaria (Dormont, 2009), la spesa per l'assistenza sanitaria negli Stati Uniti, per esempio, è di gran lunga superiore a quella di altri paesi industrializzati, nonostante la popolazione sia più giovane (Appelby e Harrison, 2006). Una proiezione della spesa sanitaria fino al 2050 nei paesi OCSE conclude che i fattori non demografici (in particolare gli sviluppi tecnologici) sono il driver più importante del previsto aumento della spesa sanitaria (Martins, Maisonneuve e Bjørnerud, 2006).

I servizi pubblici di assistenza a lungo termine (Long Term Care) riguardano l'organizzazione e la fornitura di assistenza sanitaria e sociale ad individui in condizioni di limitatezza fisica e/o psichica che necessitano di un supporto quotidiano e per un periodo prolungato di tempo. Il Long Term Care è un aggregato di spesa che secondo le linee guida fornite dall'OCSE comprende: l'assistenza sanitaria, i servizi di assistenza sociale e i trasferimenti monetari per malattia e disabilità.

Nella tabella 2.3 è indicato l'ammontare della spesa pubblica per LTC in percentuale del PIL nel 2010 nei paesi EU-27, e le differenze nella combinazione tra: servizi domiciliari, servizi presso istituti pubblici e trasferimenti monetari.

In media in EU-27 è destinato al LTC l'1,84% del PIL. I dati sembrano confermare le teorie sui regimi di assistenza sociale in Europa descritti nel paragrafo precedente, infatti, i paesi dell'Est Europa hanno per la maggior parte livelli percentuali piuttosto bassi, i paesi meridionali come Portogallo, Spagna e Grecia sono sotto la media europea insieme all'Irlanda (1,11%) (fa eccezione l'Italia con 1,91%), Austria e Germania sono anch'essi sotto la media ma con valori superiori alle regioni del Sud, mentre i paesi del Nord, il Belgio, la Francia riconfermano il forte impegno statale in materia assistenziale.

Tabella 2.3: **Spesa pubblica per il Long Term Care in percentuale al PIL, per tipo di cura (2010)**

Paesi	Spesa pubblica per tipo di cura a lungo termine			
	Totale	A domicilio	In istituto	Trasferimenti monetari
<b>Danimarca</b>	4,50	1,33	1,14	2,04
<b>Svezia</b>	3,88	1,85	1,87	0,16
<b>Paesi Bassi</b>	3,82	0,53	2,00	1,29
<b>Finlandia</b>	2,51	0,70	1,50	0,31

<b>Belgio</b>	2,35	0,60	1,30	0,45
<b>Francia</b>	2,16	0,44	1,38	0,34
<b>UK</b>	1,97	0,86	0,56	0,56
<b>Italia</b>	1,91	0,49	0,55	0,86
<b>EU-27</b>	<b>1,84</b>	<b>0,53</b>	<b>0,80</b>	<b>0,52</b>
<b>Austria</b>	1,63	0,47	0,34	0,83
<b>Germania</b>	1,43	0,40	0,58	0,45
<b>Slovenia</b>	1,43	0,20	0,70	0,53
<b>Grecia</b>	1,36	0,88	0,13	0,35
<b>Lituania</b>	1,22	0,48	0,51	0,23
<b>Irlanda</b>	1,11	0,19	0,92	-
<b>Lussemburgo</b>	0,98	0,33	0,56	0,09
<b>Ungheria</b>	0,84	0,01	0,25	0,58
<b>Spagna</b>	0,82	0,22	0,46	0,14
<b>Repubblica Ceca</b>	0,81	0,06	0,23	0,53
<b>Polonia</b>	0,73	0,07	0,30	0,37
<b>Lettonia</b>	0,67	0,05	0,51	0,12
<b>Malta</b>	0,65	0,09	0,56	0,00
<b>Romania</b>	0,63	0,58	0,04	0,01
<b>Estonia</b>	0,53	0,01	0,19	0,33
<b>Bulgaria</b>	0,47	-	0,17	0,30
<b>Portogallo</b>	0,31	0,23	0,08	0,00
<b>Slovacchia</b>	0,27	0,14	0,09	0,05
<b>Cipro</b>	0,16	-	0,01	0,15

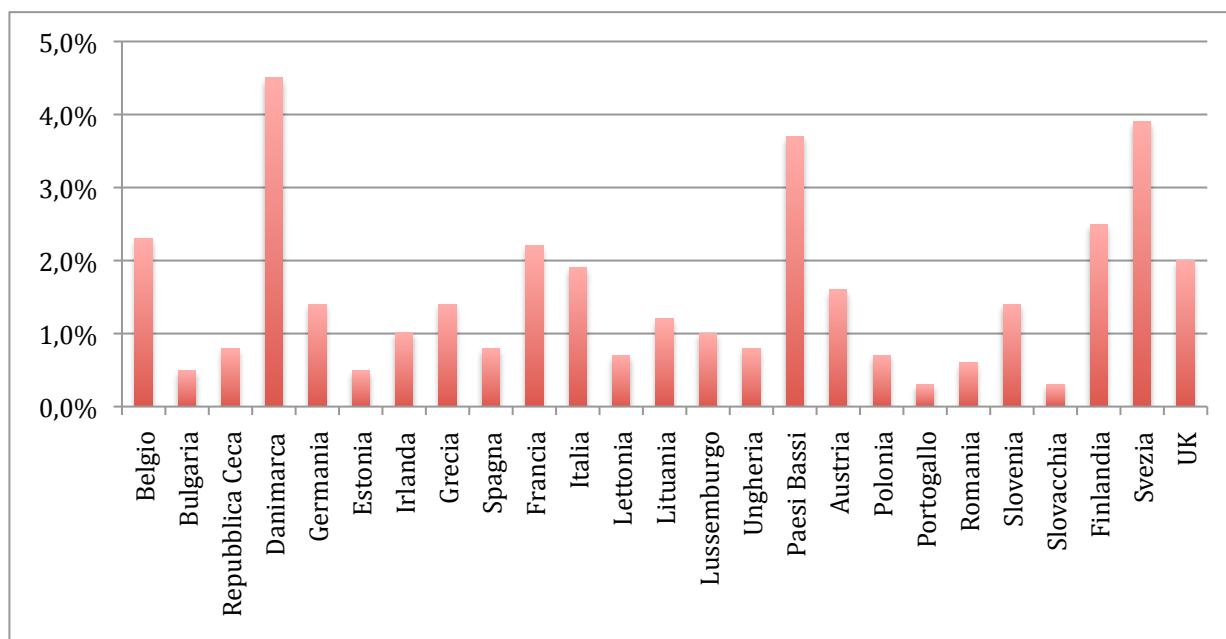
Fonte: dati Commission services (DG ECFIN) (2012).

Si nota, inoltre, come alcuni paesi prediligano il ricorso ai servizi domiciliari (es. Gran Bretagna, Finlandia, Romania, Grecia e Belgio), mentre, altri ai servizi istituzionali (es. Francia, Finlandia, Irlanda e Belgio). Con riguardo ai trasferimenti monetari, invece, l'Italia (0,86%) è il paese che ne fa maggior ricorso, in relazione agli altri servizi di LTC, dopo la Danimarca (2,04%).

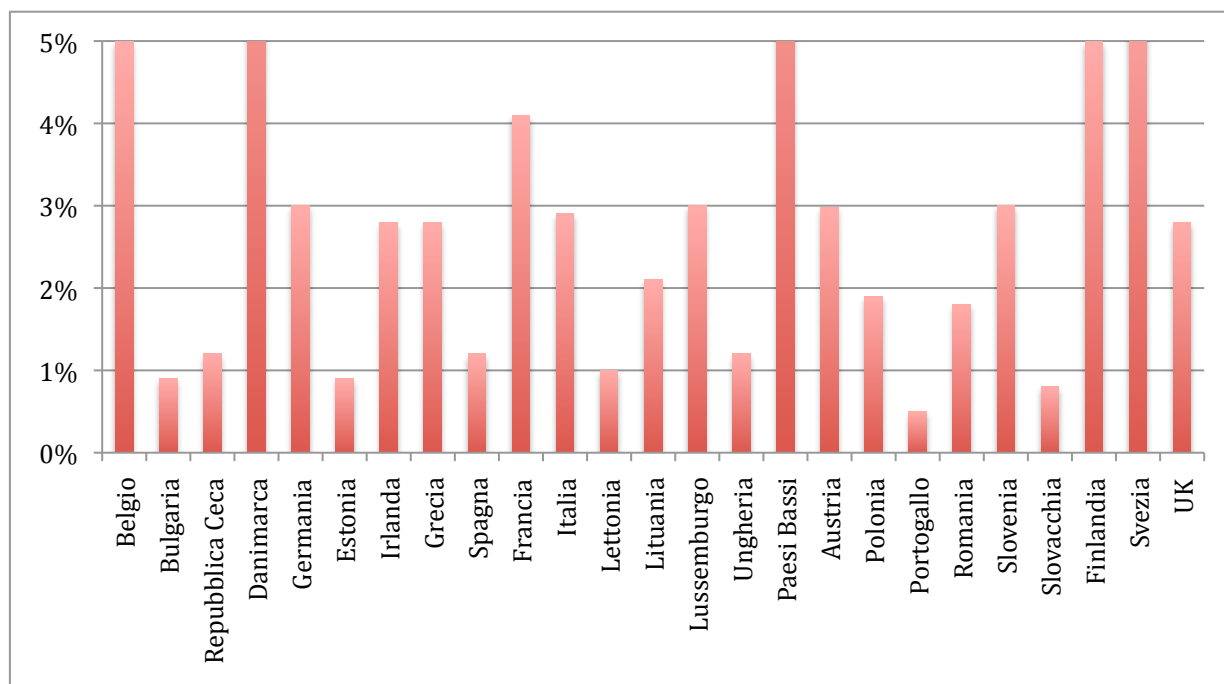
In un'ottica comparativa e previsionale la spesa per il Long Term Care è destinata a crescere di circa l'80% in media in tutti i paesi europei, come conseguenza dell'invecchiamento demografico, passando da una media del 1,8% nel 2010 al 3,3% nel 2060, come si può osservare nel grafico 2.9; va tenuto in considerazione che le previsioni fanno riferimento al livello iniziale di spesa e all'assetto normativo e istituzionale del paese.

Grafico 2.9: Spesa pubblica per il LTC in rapporto al PIL in EU-27 (2010-2060)

2010



2060



Fonte dati European Commission (2012).

Nella maggior parte dei paesi dell'Unione europea lo stato svolge un ruolo residuale nella cura degli anziani, sia come fornitore diretto sia come finanziatore, infatti, una gran parte di soggetti che necessitano di cure o non sono coperti dai servizi pubblici formali, oppure non ricevono prestazioni sufficienti e proporzionali al tipo di bisogno. Il ricorso a forme di



assistenza informale è, dunque, inevitabile soprattutto nei paesi che storicamente si distinguono per l'impostazione di un sistema di welfare familista, dove la responsabilità dei servizi di cura agli anziani è affidata alle donne costrette a rinunciare ad altre aspirazioni e impegni (Evandrou, 1996). Tuttavia, le famiglie sono sempre meno disposte a prendersi cura dei parenti più anziani, rispetto al passato, a causa dei cambiamenti nella loro struttura e composizione (Crimmins, 2004) e della mancanza di forme di sostegno adeguate. Nonostante le differenze tra i paesi nella disposizione dei servizi di assistenza a lungo termine, c'è la necessità comune di espandere il supporto assistenziale all'interno delle comunità, per consentire una maggior condivisione dei servizi di cura tra il settore formale e le famiglie, ad esempio, promuovendo la formazione di operatori qualificati sia nel campo infermieristico di base sia nell'ambito delle attività di assistenza sociale, contribuendo, in tal modo, a superare la barriera esistente tra l'assistenza sanitaria e sociale. I sistemi di assistenza a lungo termine per funzionare correttamente dovrebbero garantire un equilibrio tra i servizi di cura formali e informali tale da consentire la permanenza degli anziani nelle proprie case o in un ambiente familiare senza mettere a repentaglio la salute o la condizione economica di chi se ne fa carico. Nelle società che forniscono un'assistenza domiciliare più generosa le persone anziane preferiscono il sostegno formale a quello informale per le esigenze di cura personale, e questa preferenza sembra essersi rafforzata nel tempo (Daatland, 1990). In gran parte dei paesi europei un più facile accesso ai servizi di welfare formali non riduce il ricorso ai servizi di cura informale e intergenerazionale pur offrendo alle persone anziane una maggiore indipendenza rispetto alle proprie famiglie (Daatland, 2005).

Un'analisi sulle aspettative di vita sana condotta nei 25 paesi dell'Unione europea nel 2005 ha rilevato delle diseguaglianze sostanziali: un uomo di 50 anni può aspettarsi 9,1 anni di vita in buona salute in Estonia, ma 23,6 anni di vita in buona salute in Danimarca, per le donne i rispettivi valori sono 10,4 e 24,1 anni (Jagger, 2008). Lo stato di salute in età avanzata varia in base a fattori quali il genere, le esperienze di vita, il livello di istruzione, il tipo di lavoro. L'aspettativa di vita delle donne anziane è più lunga ma accompagnata da un peggioramento della qualità della vita e nel periodo di maggior longevità si stima che 1,9 anni siano vissuti in condizioni di malattia (OXHA, 2006). Le politiche sanitarie e sociali devono fornire sistemi adeguati di risposta alle esigenze di una popolazione che invecchia e la promozione di un invecchiamento sano è un'opzione politica importante se si considera che le persone anziane in buona salute hanno bisogno di un minor numero di risorse sanitarie e sono anche più propense a rimanere nel mercato del lavoro. Va considerato, inoltre, che gli anziani in

condizioni di buona salute possono fornire servizi di cura ai coniugi, badare ai propri nipoti, impegnarsi in attività di volontariato così fornendo un importante contributo sociale rispetto a quei servizi che altrimenti dovrebbero essere acquistati sul mercato. La capacità degli anziani di mantenersi sani e indipendenti richiede la fornitura di un ambiente di sostegno ben organizzato, l'accesso alle risorse economiche, e un'adeguata assistenza sanitaria. Alcuni degli interventi proposti per promuovere un invecchiamento sano sono stati oggetto di valutazione economica, e si teme che possano effettivamente aumentare i costi e peggiorare la salute (Oxley, 2009). Le principali opzioni strategiche riguardano un miglior coordinamento dei servizi di cura, una migliore gestione dei ricoveri ospedalieri, la prevenzione e la promozione di stili di vita sani.

L'invecchiamento comporta un numero crescente di patologie croniche che coinvolgono diversi fornitori di servizi di assistenza sociale e sanitaria, e ciò rende il coordinamento delle cure particolarmente importante. Questioni chiave riguardano il coordinamento delle cure attraverso i diversi contesti e settori, la promozione dell'auto-gestione, lo sviluppo di una forza lavoro adeguatamente formata, l'utilizzo di sistemi informativi di supporto e meccanismi di finanziamento che favoriscono l'integrazione, piuttosto che la frammentazione (Oxley, 2009).

Per quanto riguarda i ricoveri in istituti ospedalieri, in alcuni casi, un miglioramento dei servizi riabilitativi potrebbe consentire agli anziani di recuperare le funzioni sufficienti per essere dimessi e spesso gli interventi post-dimissione a casa sono associati a brevi soggiorni ospedalieri e a un minor numero di ricoveri (Nikolaus, Specht-Leible e Bach, 1999). La durata del ricovero ospedaliero può essere ridotta, inoltre, grazie ad una serie di interventi di assistenza sociale forniti da enti quali le case di cura.

La promozione della cultura della salute e la maggior disponibilità di informazioni grazie all'accesso sempre più diffuso di tecnologie come internet, possono contribuire a migliorare la comprensione e la gestione di specifiche condizioni di salute e consentire ai pazienti di impegnarsi di più nella cura di sé (Oxley, 2009).

I programmi di prevenzione contro le malattie e le disabilità per le persone anziane, se ben strutturati, contribuiscono a ridurre il costo complessivo delle cure assistenziali lungo tutta la vita residua (Mangin e Sweeney, 2007). Esempi di politiche di prevenzione sono i programmi di vaccinazione contro l'influenza, le misure volte ad assicurare la disponibilità di ambienti sicuri e accessibili sia nell'ambito istituzionale che in quello privato e familiare, i programmi di promozione dell'attività fisica e della socializzazione, la promozione di una dieta sana e di

un'alimentazione adeguata e l'invito ad un uso appropriato dei farmaci (in Finlandia, per esempio, si stima che il 40-50% dei ricoveri tra le persone anziane è dovuto ad un uso improprio dei farmaci) (Oxley, 2009).

Le politiche per l'occupazione e il pensionamento sono volte a stimolare il coinvolgimento attivo delle persone anziane nella società non solo per garantire una maggior sostenibilità finanziaria del sistema pensionistico e sanitario, ma anche per contribuire ad un invecchiamento sano, infatti, il posto di lavoro favorisce l'integrazione sociale e la stima di sé. Molti paesi in Europa sono impegnati nella rimozione degli incentivi al pensionamento anticipato e nel perseguimento di politiche volte a favorire l'occupazione dei senior, ad esempio, i sistemi che adottano modalità di lavoro flessibili e programmi di formazione permanente aumentano la propensione degli anziani a rimanere nel proprio posto di lavoro (Keese, 2006).

Diversi paesi europei hanno intrapreso riforme pensionistiche volte a prolungare la vita lavorativa e la tendenza ad innalzare l'età pensionabile in media di 1,2 anni ogni 10 anni è in linea con l'aumento della speranza di vita e potrebbe portare ad un maggior equilibrio tra la dimensione della popolazione attiva e quella non attiva (Oliveira Martins, 2005). La speranza di vita in buona salute differisce notevolmente tra gli stati membri dell'UE e queste differenze devono essere prese in considerazione nelle politiche per innalzare l'età media di pensionamento (European Commission, 2006).

Gran parte delle ricerche disponibili sull'impatto dell'invecchiamento sulla spesa sanitaria sono condotte negli Stati Uniti, invece, in Europa ciascun paese presenta delle differenze sostanziali nella struttura per età, nelle ipotesi sullo sviluppo della longevità, nelle metodologie di raccolta dei dati e di calcolo e copertura dei costi, che limitano la comparabilità dei dati sugli effetti dell'invecchiamento (Häkkinen, 2008).

### Box 2.3

<b>Strategie per migliorare le condizioni dell'assistenza sociale agli anziani in Europa</b>	
<b>AUTORI</b>	<b>STRATEGIE</b>
Daatland (1990)	1) Maggior condivisione dei servizi di cura tra il settore formale e le famiglie 2) Superamento della barriera esistente tra l'assistenza sanitaria e sociale 3) Promozione della permanenza degli anziani nelle proprie case o in un ambiente familiare tutelando la salute e la condizione economica dei parenti

Oxley (2009)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Coordinamento delle cure attraverso i diversi contesti e settori sociali e sanitari</li> <li>2) Promozione dell'auto-gestione e sviluppo di una forza lavoro adeguatamente formata</li> <li>3) Utilizzo di sistemi informativi di supporto e meccanismi di finanziamento che favoriscono l'integrazione, piuttosto che la frammentazione</li> <li>4) Promozione della cultura della salute,</li> <li>5) Maggior disponibilità di informazioni agli utenti, accessibili grazie all'uso di tecnologie come internet, volte a migliorare la comprensione e la gestione di specifiche condizioni di salute e consentire ai pazienti di impegnarsi di più nella cura di sé</li> </ol>
Nikolaus, Specht-Leible e Bach (1999)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Migliore gestione dei ricoveri ospedalieri e dei servizi riabilitativi post-dimissione a casa</li> <li>2) Miglioramenti negli interventi di assistenza sociale forniti da enti quali le case di cura</li> </ol>
Keese, (2006), Oliveira Martins (2005), European Commission (2006)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rimozione degli incentivi al pensionamento anticipato e perseguimento di politiche volte a favorire l'occupazione dei senior</li> </ol>

## 2.5 La responsabilità dei servizi di cura e la solidarietà intergenerazionale della famiglia

L'interesse rispetto alla divisione delle responsabilità dei servizi di cura tra la famiglia e lo stato o tra le donne e gli uomini sta progressivamente concentrandosi anche sulle relazioni intergenerazionali che si sviluppano nell'ambito familiare.

Le esigenze di assistenza e le modalità di intervento differiscono rispetto ai diversi tipi di famiglia e i casi più emblematici concernono le famiglie monoparentali, le famiglie con entrambi i coniugi che lavorano, le famiglie immigrate, le famiglie con un doppio *mandato* di cura verso i figli e verso i membri più anziani non indipendenti (Kröger 2004). Uno studio condotto dal progetto SOCCARE sulle famiglie con il doppio *mandato* di cura di cinque paesi europei (Finlandia, Francia, Italia, Portogallo e Regno Unito) rilevano che l'accento è posto sulla cura per i membri più anziani della famiglia, mentre la cura dei bambini è generalmente descritta come meno problematica e più *naturale*. Per sostenere l'impegno di assistenza e cura agli anziani in Finlandia, Francia, e Regno Unito le famiglie ricorrono a combinazioni di assistenza informale e assistenza pubblica formale, le famiglie portoghesi e italiane per lo più si rivolgono al terzo settore e alle strutture di assistenza privata. Italia, Francia e Portogallo fanno spesso ricorso al settore informale professionale non retribuito (badanti) che offre un'ampia gamma di servizi assistenziali (es. aiuto giornaliero o settimanale per i lavori di

casa, l'igiene personale, etc.). In alcuni casi gli assistenti informali coabitano con la persona anziana e ricevono vitto, alloggio e una piccola somma di denaro in cambio di un servizio di assistenza costante. Nella maggioranza dei casi gli assistenti informali in Italia e in Portogallo sono donne e immigrati provenienti da paesi fuori dall'UE. Le condizioni di lavoro sono spesso inadeguate, ma per le famiglie questa soluzione è meno costosa rispetto ad un servizio formale. In Italia e in Portogallo l'assistenza privata, soprattutto per le persone anziane, sostituisce i servizi pubblici, in Francia invece funge da integrazione. In Finlandia e nel Regno Unito, dove l'accesso ai servizi formali è più facile e la fornitura di assistenza è più generosa, il lavoro di cura non professionale extra-familiare è fornito principalmente da volontari, di solito gratuitamente, tuttavia, il loro grado di copertura è limitato. In tutti i paesi, con riguardo all'organizzazione e al controllo delle attività di cura, la famiglia è la risorsa principale.

I risultati del progetto SOCCARE confermano la presenza di differenze nazionali rispetto alle politiche assistenziali, la necessità di sviluppare un mercato formale dei servizi assistenziali per risollevare le responsabilità delle famiglie più bisognose e stimolare il ricorso intrecciato ai servizi formali e informali, l'importanza di un miglior coordinamento dei servizi e di una maggior disponibilità di tempo (una delle principali determinanti della qualità dei servizi di cura) e la necessità di istituire un mercato del lavoro e un mercato delle cure più flessibili e più integrati soprattutto di fronte al rischio di sfruttamento delle donne (Kröger 2004).

Nello studio di come i cambiamenti demografici modellano la solidarietà intergenerazionale nei paesi dell'UE-27, Saraceno e Keck (2008) definiscono una panoramica sulle diverse dimensioni della regolazione istituzionale degli obblighi intergenerazionali e le questioni principali riguardano la ripartizione delle responsabilità in materia di assistenza ai bambini e agli anziani, tra la famiglia, lo stato e la comunità. La solidarietà intergenerazionale è forte in tutti i paesi europei sia tra due generazioni sia tra tre, con la generazione di mezzo impegnata nella redistribuzione sia verso l'alto (servizi di cura ai genitori anziani), sia verso il basso (servizi di cura e trasferimenti di reddito ai figli). La solidarietà a tre livelli, non è una situazione molto frequente, infatti da un'indagine su 12 paesi UE (Dykstra, 1997) risulta che solo il 4% degli uomini e il 10% delle donne ha responsabilità sia per i bambini sia per i genitori anziani.

La cura intergenerazionale è più diffusa nei paesi dell'Europa meridionale e centrale, dove è percepita come una responsabilità della famiglia, mentre nel nord Europa, la più ampia disponibilità di servizi di cura formali da alle generazioni di mezzo una maggior possibilità di scelta circa le loro attività e l'uso del tempo (Haber Kern e Szydlik, 2010).

Hank e Buber (2009) studiano le variazioni tra 10 paesi dell'Europa continentale sul ruolo dei nonni nella custodia regolare (settimanale o giornaliera) dei nipoti e secondo i risultati Svezia, Danimarca e Francia, registrano livelli inferiori alla media, mentre Grecia, Italia e Spagna registrano livelli quasi doppi rispetto ai paesi scandinavi, Austria, Germania, Paesi Bassi e Svizzera, invece, raggiungono valori medi. Nel tentativo di spiegare queste differenze nazionali, gli autori osservano che: nel Sud Europa spesso gli anziani vivono nella stessa abitazione dei figli, quindi a stretto contatto con i nipoti, e, in secondo luogo, i regimi di occupazione femminili creano condizioni differenti rispetto alla gestione e la custodia dei bambini.

Hagestad e Herlofson (2007) osservano come l'aumento della longevità implica un aumento nella durata dei legami familiari e stimano che mediamente il rapporto genitori-figli può durare 6-7 decenni e il rapporto nonni-nipoti 3-4 decenni, inoltre ritengono che le differenze riscontrate tra i paesi del Nord e del Sud Europa nelle relazioni di cura tra generazioni dipendono da due dimensioni: la cultura e la politica sociale. La cultura determina le differenze nei modelli di famiglia e nel livello di familismo, mentre la politica sociale si concentra sulle interrelazioni tra i servizi di assistenza formale e informale e determina le differenze nella generosità dei servizi pubblici e nei regimi di welfare state.

### **3 L'invecchiamento della popolazione in Italia: il ruolo dello stato e delle famiglie**

#### **3.1 Premessa**

L'analisi sull'evoluzione previsionale della struttura demografica italiana conferma la tendenza comune tra i paesi più sviluppati del mondo di un progressivo invecchiamento della popolazione, determinato dalla riduzione del tasso di fecondità nazionale e dall'aumento della longevità. L'Italia è paese di immigrazione e i cittadini stranieri che ospita, relativamente più giovani e culturalmente più predisposti a riprodursi, hanno un effetto di controtendenza che riduce il peso dell'invecchiamento nel breve periodo.

L'aumento previsto della categoria over 65, associato alla riduzione della popolazione in età lavorativa, comporta uno squilibrio nell'indice di dipendenza degli anziani con maggior criticità nell'area meridionale e insulare della penisola.

Questo scenario pone al centro del dibattito sulla sostenibilità sociale dell'invecchiamento i servizi di assistenza e cura per gli anziani. In Italia manca un modello nazionale di riferimento

per l'assistenza e la scelta rispetto a quali indirizzi prendere è relegata alle singole regioni, determinando le inevitabili differenze che si riscontrano nel territorio in particolare tra il Nord e il Sud Italia.

L'offerta di assistenza pubblica predilige il ricorso ai trasferimenti monetari (come l'indennità di accompagnamento) a discapito dei servizi domiciliari e residenziali e in futuro, nonostante l'aumento della domanda e la pressione delle nuove esigenze di una popolazione che invecchia, sembrerebbe non cambiare orientamento. Le famiglie sono portate a fare un uso improprio del servizio in questione (l'indennità di accompagnamento per esempio non è soggetta a vincoli di destinazione) e sempre più spesso è destinato a sostenere le spese di assunzione irregolare di badanti straniere a basso costo.

L'inadeguatezza della spesa pubblica per l'assistenza agli anziani muove la ricerca verso forme di finanziamento alternative come i fondi integrativi privati, che assicurano contro la perdita di autonomia dell'anziano. Tuttavia, la promozione di questo *secondo pilastro* (privato), per funzionare, necessita anzitutto dello sviluppo del *primo pilastro* (quello pubblico) come dimostra il caso francese.

Gli interventi regionali in materia di assistenza agli anziani si scontrano con la crisi di sostenibilità e adeguatezza della spesa assistenziale, e in generale è auspicabile un ruolo di regia dello stato che sia in grado di amministrare e guidare i diversi orientamenti delle regioni.

Le reti informali sono la fonte più importante di assistenza agli anziani a conferma di una tradizione familista profondamente radicata nel sistema di welfare italiano. La famiglia è generalmente portata ad assumersi il carico della cura dei parenti più anziani, tuttavia, i cambiamenti in atto nella sua struttura e composizione, ostacolano questa funzione e responsabilità determinando l'insorgere del ricorso a forme di sostegno alternative come le badanti, figure terze, che vengono inserite nell'ambito familiare. Il settore dell'assistenza informale agli anziani è per lo più *sommerso*, e questa caratteristica limita la capacità di stimarne la crescita esponenziale intervenuta negli ultimi anni. Pasquinelli e Rusmini (2008) stimano una presenza nel 2008 di 7740.000 assistenti familiari di cui il 90,4% è di origine straniera e più della metà (57%) proviene dall'Est Europa.

L'autonomia delle famiglie nel gestire l'attività di *caregiving* delle badanti immigrate determina l'insorgere di casi di sfruttamento, isolamento sociale e malessere per coloro che accudiscono, e quest'ultimo, in particolare, è direttamente proporzionale al peggioramento progressivo e inevitabile della condizione di salute e autosufficienza dell'anziano. Inoltre, la

mancanza di una formazione adeguata tra le badanti straniere e la difficoltà di accedere all'offerta di servizi formativi per l'assistenza agli anziani, causata dall'irregolarità che caratterizza il 67% delle assunzioni (43% soggiorna irregolarmente e il 24% è privo di contratto di lavoro), hanno delle ripercussioni negative sia per quanto riguarda l'integrazione sociale e lavorativa delle badanti straniere sia per quanto riguarda la professionalità e la sicurezza che dovrebbero essere garantite all'anziano assistito.

La sostenibilità dell'assistenza agli anziani in Italia, così come è impostata, è messa in discussione su più fronti e, in generale, sarebbe auspicabile un miglioramento dell'offerta pubblica. Tuttavia, l'impostazione familista del welfare italiano ha spontaneamente portato verso la diffusione delle badanti come risposta ai bisogni di cura delle generazioni che invecchiano e, a proposito, lo stato riconosce la necessità di far emergere l'irregolarità del settore e di allineare il servizio assistenziale informarle alle specifiche esigenze delle persone anziane e a un livello minimo di professionalità e sicurezza.

Il provvedimento legislativo (102/2009), volto a far emergere l'impiego irregolare degli assistenti familiari in Italia, non ha avuto il riscontro auspicato e la causa principale è legata all'aumento dei costi (+ 30-40%) che comporta la regolarizzazione e che andrebbero a carico della famiglia. L'ente pubblico dovrebbe, in ultima analisi, promuovere lo sviluppo di un mercato regolamentato dell'assistenza agli anziani che non penalizzi la condizione economica delle famiglie, che stimoli la formazione del personale impiegato, che tuteli i diritti di tutti gli *stakeholders* coinvolti (famiglie, anziani, badanti) e che rappresenti una soluzione alla crescente domanda di cura di una popolazione che invecchia.

### 3.2 L'evoluzione della struttura demografia

Il saldo naturale, inteso come la differenza tra le nascite e i decessi, relativo al periodo 2011-2065 in Italia è stimato pari a meno 11,5 milioni di persone come risultato della differenza tra i 28,5 milioni di nascite e i 40 milioni di decessi a livello nazionale. Nella tabella 3.1 si possono osservare i dati specifici di ciascun'area del paese.

Tabella 3.1: **Saldo naturale della popolazione italiana cumulativo del periodo 2011-2065**  
(dati in milioni)

	Nascite	Decessi	Saldo naturale
Nord-ovest	8,2	10,9	-2,6



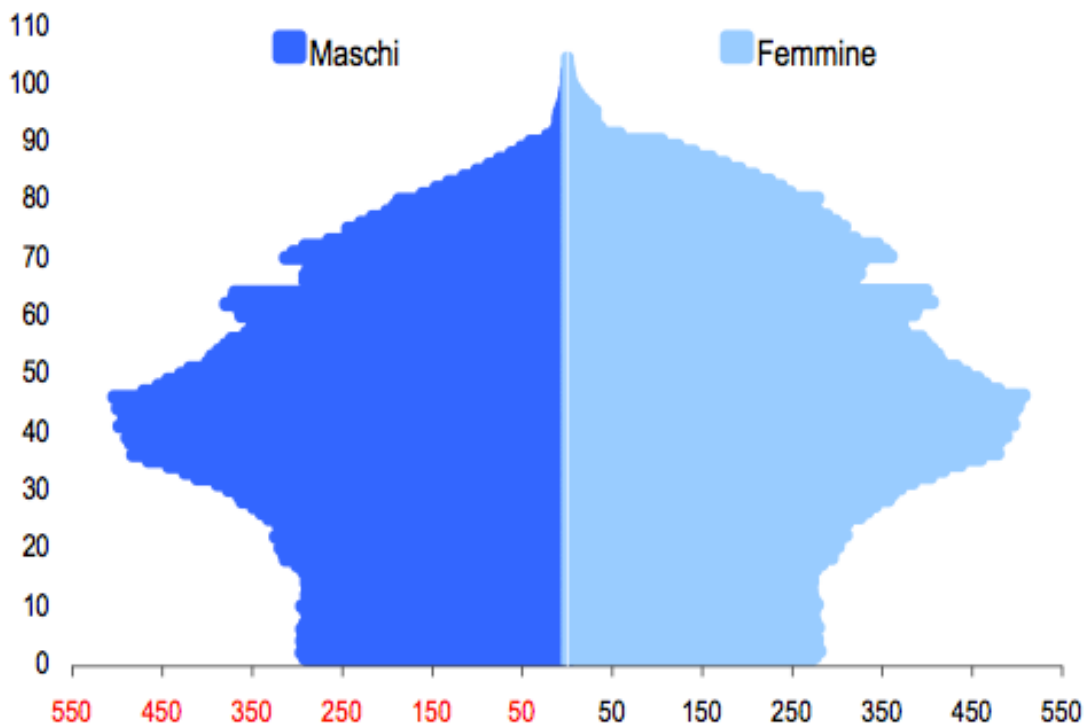
<b>Nord-est</b>	6,2	7,9	-1,7
<b>Centro</b>	5,8	8,2	-2,4
<b>Sud</b>	5,5	8,6	-3,1
<b>Isole</b>	2,6	4,3	-1,6
<b>ITALIA</b>	<b>28,5</b>	<b>40,0</b>	<b>-11,5</b>

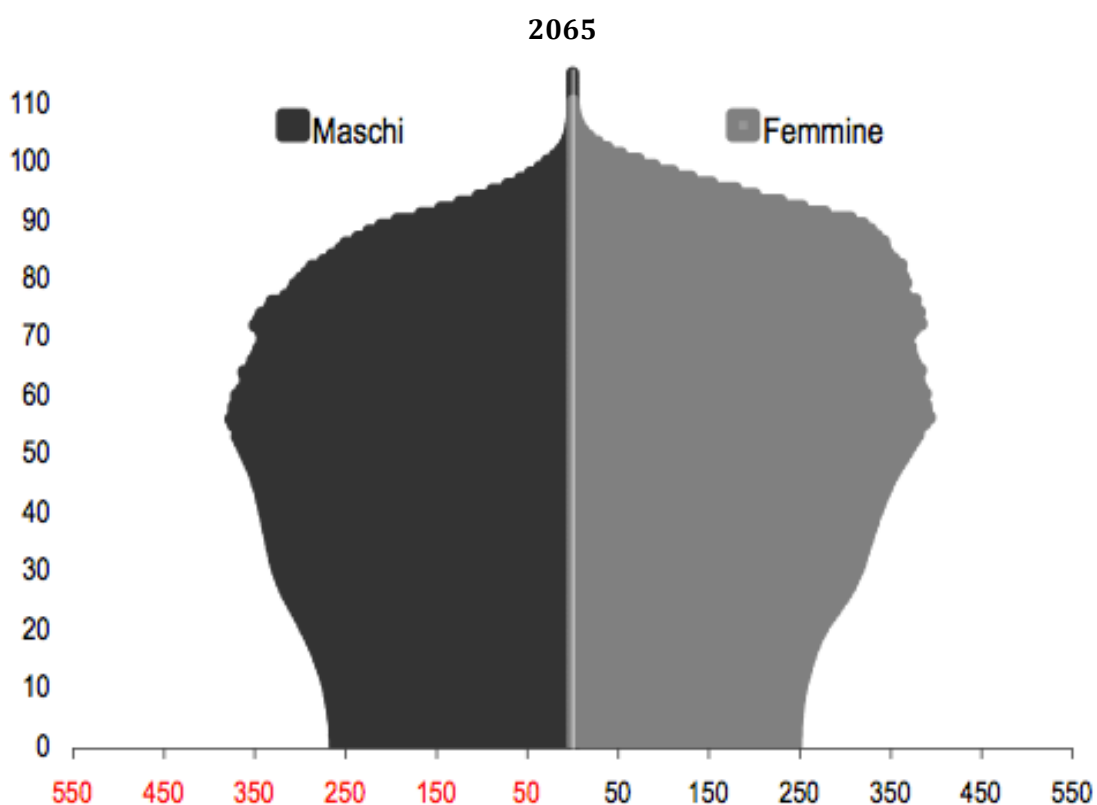
Fonte: dati Istat (2011).

Il processo di invecchiamento della popolazione italiana si esprime, in linea con il contesto europeo, attraverso l'aumento della longevità e il calo progressivo delle nascite che non raggiunge la soglia di sostituzione delle generazioni. L'evoluzione futura della forma della piramide della popolazione, come si può osservare dal grafico 3.1, conferma la forte incidenza che gli anziani eserciteranno nella distribuzione per età della popolazione. L'età media di 43,5 anni nel 2011 arriverà a 47,8 anni nel 2035, fino a raggiungere 49,8 anni nel 2059.

Grafico 3.1: **Piramidi della popolazione italiana al 2011 e al 2065**

2011





Fonte dati Istat (2011).

Il problema della bassa fecondità è legato al modello riproduttivo che è andato formandosi sotto le pressioni dei diversi ambiti sociali, economici e culturali del Paese. In Italia il minimo storico si è raggiunto nel 1995 con 1,19 figli per donna, tuttavia, negli anni seguenti è progressivamente aumentato raggiungendo un valore di 1,38 nel 2010.

Tabella 3.2: Tassi di fecondità in Italia (2011-2065)

Anno	Nord-est	Nord-ovest	Centro	Sud	Isole	ITALIA
<b>Numero di figli per donna</b>						
<b>2011</b>	1,48	1,49	1,38	1,35	1,35	<b>1,42</b>
<b>2030</b>	1,57	1,56	1,44	1,41	1,42	<b>1,49</b>
<b>2065</b>	1,68	1,65	1,57	1,54	1,55	<b>1,61</b>
<b>Numero di figli per donna (cittadine straniere)</b>						
<b>2011</b>	2,34	2,25	1,85	1,74	1,83	<b>2,11</b>
<b>2030</b>	2,32	2,27	1,85	1,83	1,94	<b>2,13</b>
<b>2065</b>	2,22	2,22	1,92	1,97	2,07	<b>2,12</b>

Fonte: dati Istat (2011).

In futuro si considera possibile una maggior convergenza verso i livelli medi europei e un processo di recupero della fecondità, si stima, infatti, che il numero medio di figli per donna cresca da 1,42 a 1,61 nel periodo 2011-2065, come indicato nella tabella 3.2. L'aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro in Italia sembrerebbe dunque non avere effetti negativi determinanti, ma al contrario potrebbe rappresentare uno stimolo in questa direzione se supportato da adeguati interventi sociali e statali (es. asili nido, assegni familiari, etc.). Un parziale recupero delle nascite è legato anche al fatto che le coppie scelgono di avere figli in età più avanzata, tuttavia, questa predilezione preannuncia un ritorno ai livelli di sostituzione generazionale poco plausibile, dal momento che il numero di figli per donna sarà inevitabilmente basso. A questo quadro va aggiunto che il fenomeno immigratorio in Italia funge da traino della ripresa della fecondità, considerata la giovane età delle coppie che immigrano e una propensione maggiore a riprodursi, tuttavia, quest'ultima si mantiene stabile solo nella prima fase di insediamento perché in seguito interviene il processo di adattamento culturale che ha su di essa un effetto riduttivo (nella tabella 3.2 sono indicati i tassi di fecondità delle donne straniere residenti in Italia).

Anche in Italia, come in tutti i paesi sviluppati, il miglioramento generale degli stili di vita individuali, i progressi in ambito medico e scientifico, la riduzione dei rischi di morte, insieme all'influenza positiva di molti altri fattori hanno portato un aumento della longevità.

Gli uomini italiani hanno una speranza di vita che aumenta passando da 79,5 anni a 86,6 nel periodo 2011-2065, mentre le donne, che mediamente vivono più a lungo, passano da 84,6 anni a 91,5 nello stesso periodo. I guadagni in longevità stimati sono, dunque, maggiori per gli uomini (+ 7,1) rispetto alle donne (+6,9), come si può osservare dai dati riportati nella tabella 3.3.

Tabella 3.3: **Indici di speranza di vita alla nascita in Italia (2011-2065)**

<b>Anno</b>	<b>Nord-ovest</b>	<b>Nord-est</b>	<b>Centro</b>	<b>Sud</b>	<b>Isole</b>	<b>ITALIA</b>
<b>Speranza di vita alla nascita - UOMINI (anni)</b>						
<b>2011</b>	79,5	79,9	79,8	79,0	79,0	<b>79,5</b>
<b>2030</b>	83,3	83,5	82,8	82,0	81,8	<b>82,8</b>
<b>2065</b>	87,3	87,5	86,4	85,7	85,2	<b>86,6</b>

<b>Speranza di vita alla nascita - DONNE (anni)</b>						
<b>2011</b>	84,6	85,0	84,9	84,1	84,1	<b>84,6</b>
<b>2030</b>	87,9	88,2	87,7	87,5	87,2	<b>87,7</b>
<b>2065</b>	91,8	91,9	91,1	91,4	90,9	<b>91,5</b>

Fonte dati Istat (2011).

Le previsioni riguardo a come evolve la distribuzione della popolazione italiana per classi d'età nel periodo 2011-2065 stimano un calo complessivo degli under-14 che riguarda esclusivamente il Sud e le Isole (-1,2 milioni), infatti, nel Centro-Nord si prevede un loro lieve incremento (+0,4 milioni), come riporta la tabella 3.4. La popolazione in età lavorativa (15-65) si riduce complessivamente in tutta Italia (-6,3 milioni), tuttavia in misura maggiore nell'area meridionale e insulare, rispetto al Centro-Nord, dove la riduzione è meno marcata e nel medio termine (fino al 2030) si ha a che fare con un suo lieve aumento. La popolazione over-65, invece, aumenta progressivamente in tutto il territorio passando da 12,3 milioni nel 2011 a 16,6 nel 2030, per arrivare a 20 milioni nel 2065.

Tabella 3.4: **Ripartizione della popolazione per classi d'età (2011-2065) (dati in milioni)**

<b>Anni</b>	<b>2011</b>			<b>2030</b>			<b>2065</b>		
	<b>(0-14)</b>	<b>(15-64)</b>	<b>(65+)</b>	<b>(0-14)</b>	<b>(15-64)</b>	<b>(65+)</b>	<b>(0-14)</b>	<b>(15-64)</b>	<b>(65+)</b>
<b>Nord-ovest</b>	2,2	10,5	3,5	2,2	10,5	4,6	2,3	9,8	5,5
<b>Nord-est</b>	1,6	7,6	2,5	1,7	7,9	3,3	1,8	7,7	4,3
<b>Centro</b>	1,6	7,8	2,6	1,6	8,0	3,4	1,7	7,4	4,2
<b>Sud</b>	2,1	9,5	2,5	1,7	8,4	3,6	1,3	5,8	4,1
<b>Isole</b>	1,0	4,5	1,3	0,8	4,0	1,7	0,6	2,9	1,9
<b>ITALIA</b>	<b>8,5</b>	<b>39,8</b>	<b>12,3</b>	<b>8,0</b>	<b>38,9</b>	<b>16,6</b>	<b>7,8</b>	<b>33,5</b>	<b>20,0</b>

Fonte: dati Istat (2011).

C'è da aspettarsi che l'invecchiamento generale della popolazione, quindi l'aumento della longevità, comportino un futuro inevitabile incremento degli individui non autosufficienti che necessiteranno di assistenza e di cura, sebbene vi sia un miglioramento generalizzato nello

stato di salute degli anziani collegato ai progressi del sistema sanitario e sociale (Gori e Lamura, 2009).

I cambiamenti che intervengono nella struttura per età della popolazione italiana comportano importanti effetti sui rapporti intergenerazionali e sugli indicatori di dipendenza dei giovani, ma soprattutto degli anziani. L'indice di dipendenza giovanile si mantiene piuttosto stabile nel tempo, con un incremento nel lungo periodo (2011-2065) di 2,7 punti percentuali, come si può osservare da quanto riportato nella tabella 3.5. L'evoluzione dell'indice di dipendenza degli anziani, invece, mette in discussione la sostenibilità di lungo periodo del Paese. Nel 2065 si stima una presenza di quasi 60 individui over-65 anni ogni 100 di età compresa tra 15-64 anni.

Tabella 3.5: **Indici di dipendenza in Italia (2011-2065)**

Anni	Indice di dipendenza giovanile			Indice di dipendenza anziani			Indice di dipendenza strutturale		
	2011	2030	2065	2011	2030	2056	2011	2030	2065
<b>Nord-ovest</b>	20,9	21,0	24,0	33,2	43,3	55,8	54,1	64,3	79,7
<b>Nord-est</b>	21,3	20,9	23,5	32,3	41,9	55,9	53,6	62,8	79,4
<b>Centro</b>	20,6	20,1	22,5	33,0	41,9	57,2	53,6	62,0	79,7
<b>Sud</b>	22,5	20,4	22,4	26,8	42,6	70,1	49,4	63,0	92,5
<b>Isole</b>	21,6	20,4	22,5	28,1	43,7	67,9	49,7	64,1	90,4
<b>ITALIA</b>	<b>21,4</b>	<b>20,6</b>	<b>23,1</b>	<b>30,9</b>	<b>42,6</b>	<b>59,7</b>	<b>52,3</b>	<b>63,2</b>	<b>82,8</b>

Fonte dati Istat (2011).

La generazione italiana più popolosa che corrisponde ai nati tra il 1960 e il 1975 (baby boom) passeranno di categoria entrando nella fascia over-65 tra il 2025 e il 2040, periodo in cui, appunto, si prevede un forte incremento dell'indicatore; il valore più alto è previsto nel 2055 (61%), mentre, nel periodo seguente, l'indice di dipendenza dovrebbe ridursi lentamente (59,7 % nel 2065). Nel Sud e nelle Isole, i livelli iniziali (2011) di dipendenza degli anziani sono più bassi rispetto al Centro-Nord, tuttavia, si prevede un loro aumento significativo con il raggiungimento di un livello massimo di dipendenza del 70,1 % nelle regioni del Sud nel 2065. L'Italia è un paese d'immigrazione e il peso dei cittadini stranieri è sempre più rilevante; si riscontra un incremento costante, seppur a ritmo decrescente, che passa da 4,6 milioni nel

2011 a 14,1 milioni previsti entro il 2065, come indicato nella tabella 3.6. Nel territorio italiano la presenza di stranieri è maggiore nelle regioni del Centro-Nord, nel 2065 si prevede una copertura pari al 36% nel Nord-ovest, al 26 % nel Nord-est e nel Centro, al 9% nel Sud e al 4% nelle Isole.

In media la popolazione immigrante è più giovane e più fertile rispetto alla popolazione autoctona e la sua presenza contribuisce ad attenuare il peso dell'invecchiamento in Italia.

Tabella 3.6: **Popolazione straniera residente in Italia (2011-2065)(dati in milioni)**

Anni	2011	2020	2030	2040	2050	2065
<b>Nord-ovest</b>	1,6	2,6	3,3	4,0	4,6	5,1
<b>Nord-est</b>	1,2	1,9	2,4	2,9	3,3	3,7
<b>Centro</b>	1,2	1,9	2,5	2,9	3,3	3,6
<b>Sud</b>	0,4	0,7	0,9	1,0	1,1	1,2
<b>Isole</b>	0,2	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5
<b>ITALIA</b>	<b>4,6</b>	<b>7,3</b>	<b>9,5</b>	<b>11,2</b>	<b>12,7</b>	<b>14,1</b>

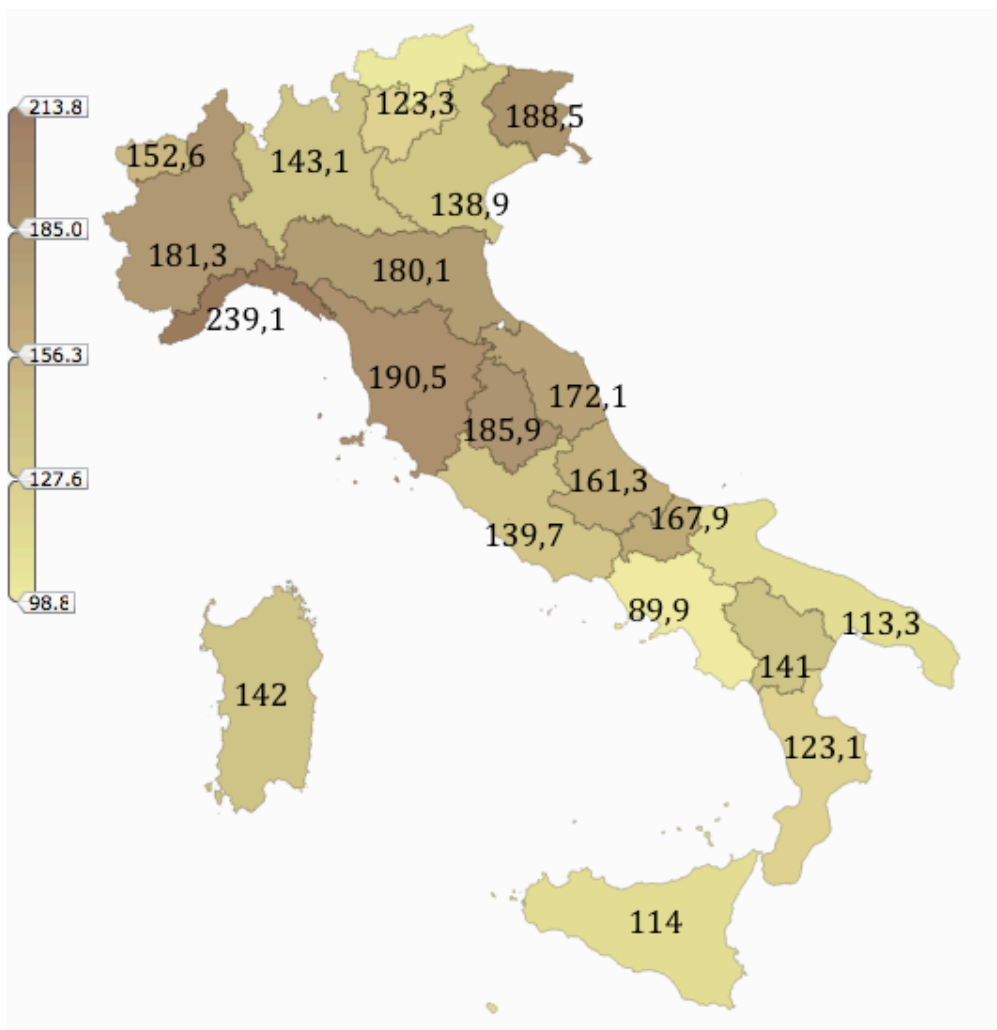
Fonte dati Istat (2011).

### 3.3 Gli *strumenti* di assistenza agli anziani

La famiglia e l'aiuto informale sono le principali fonti di assistenza agli anziani mentre la rete dei servizi pubblici e privati è più sviluppata nell'ambito delle cure sanitarie. Lo scarso sviluppo dei servizi di assistenza agli anziani forniti dallo stato è collegato alla priorità data alle riforme sanitarie nazionali intervenute a partire dagli anni Ottanta, con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale (1978), a discapito del comparto assistenziale che vede una sua prima riforma solo nel 2000 con la legge quadro n. 328. Nel corso degli anni Novanta sono state introdotte alcune indicazioni a livello nazionale concernenti l'operatività dei servizi assistenziali come, ad esempio, l'Unità valutativa geriatrica (UVG), il Piano assistenziale individualizzato (PAI) e la creazione di un fondo per la non autosufficienza, tuttavia, il trasferimento delle funzioni assistenziali dallo stato alle regioni (legge 382/1975) vuole che gli indirizzi specifici in materia assistenziale siano rinviati alle regioni e ai comuni, comportando, per esempio, che molte delle prestazioni assistenziali siano prive della definizione dei LEAS, intesi come *livelli essenziali di assistenza sociale*, (la sanità italiana invece ha definito a livello nazionale i LEA cioè i *livelli essenziali di assistenza* che le regioni devono

riconoscere al cittadino) e non siano esigibili come un diritto da chi le riceve (Di Nicola, 2011). Va tenuto presente, inoltre, che tra le regioni vi sono differenze marcate nella distribuzione territoriale delle persone anziane comportando la percezione di gradi di responsabilità diversi rispetto alla questione assistenziale. Il grafico 3.2 fornisce una rappresentazione dei diversi indici di vecchiaia (incidenza degli over 65 ogni 100 giovani) nelle regioni della penisola italiana nel 2007.

Grafico 3.2: L'indice di vecchiaia in Italia (2007)



Fonte: dati Istat (2007).

L'offerta pubblica di assistenza agli anziani (o erogata da enti privati sotto il controllo e la responsabilità pubblica) è suddivisa in tre categorie: i servizi domiciliari, i servizi residenziali e i trasferimenti monetari. Nella tabella 3.7 sono riportati i gradi di copertura nazionale delle diverse componenti, compreso il ricorso agli assistenti familiari, nel periodo 2005-2008.

Tabella 3.7: Percentuale di anziani che ricorrono ai servizi assistenziali in Italia (2005-2007)

<b>Tipo di utenza</b>	<b>% di anziani</b>	<b>Periodo di riferimento dei dati</b>
Indennità di accompagnamento	11,9	2007
Assistenza domiciliare	4,9	2005-2007
Strutture residenziali	3,0	2006
Anziani che impiegano un assistente familiare <sup>9</sup>	6,4	2008

Fonte: Lamura e Principi (2009) per l'indennità di accompagnamento, Ministero dello sviluppo Economico (2010) per l'assistenza domiciliare, Istat (2006) per le strutture residenziali, Pasquinelli e Rusmini (2008) per gli anziani che impiegano un assistente familiare.

I servizi domiciliari sono prestazioni erogate presso l'abitazione del destinatario volte a migliorarne le condizioni funzionali e di vita, inoltre, si caratterizzano per essere particolarmente economiche rispetto agli altri canali assistenziali e permettono all'assistito di rimanere inserito nel proprio contesto domestico-abitativo. Il tipo di assistenza erogata permette di distinguere i servizi domiciliari tra: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e Ospedalizzazione Domiciliare (OD). Vi sono differenze a livello regionale rispetto alle modalità di erogazione e in alcuni casi anche tra le Asl (Azienda Sanitaria Locale) della stessa regione. Con riferimento all'utenza dei servizi domiciliari il Ministero dello Sviluppo Economico (2010) osserva che, nel periodo 2005-2007, la copertura è maggiore nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Sud, come si può osservare da quanto riportato nella tabella 3.8.

Tabella 3.8: **Percentuale di anziani che ricorrono ai servizi domiciliari per regione (2005-2007)**

<b>Regioni</b>	<b>Totale</b>	<b>ADI</b>	<b>SAD</b>
Friuli-Venezia Giulia	9,8	7,2	2,6
Molise	7,7	3,7	4
Emilia-Romagna	7,6	5,7	1,9
Veneto	8,2	6,4	1,8
Abruzzo	6,2	3,6	2,6
Basilicata	5,3	4,3	1
Lombardia	5,3	3,6	1,7
Lazio	5	3,8	1,2
<b>Italia</b>	<b>4,9</b>	<b>3,2</b>	<b>1,7</b>
Umbria	4,9	4,3	0,6
Marche	4,8	3,9	0,9
Liguria	4,4	3,2	1,2

<sup>9</sup> Pasquinelli e Rusmini stimano in Italia la presenza di 774.000 badanti nello stesso periodo gli over 65 sono 11.989.000, quindi il 6,4% degli anziani riceve l'assistenza di un badante (stimando una badante per anziano).



Trentino Alto Adige	4,2	1	3,2
Calabria	4,2	2,7	1,5
Sicilia	3,8	1	2,8
Sardegna	3,7	1,2	2,5
Piemonte	3,3	1,8	1,5
Toscana	3,3	2,1	1,2
Campania	3,1	1,6	1,5
Valle d'Aosta	2,8	0,3	3
Puglia	2,4	1,6	0,8

Fonte: dati Ministero dello Sviluppo Economico (2010).

Gori e Casanova (2009) individuano una relazione inversa tra il grado di copertura e l'intensità dei servizi di assistenza domiciliari (quest'ultima stimata, a livello nazionale, pari a 22 ore annuali per assistito nel periodo 2001-2008), infatti, all'aumentare del primo fattore si riduce il secondo, comportando che la spesa per i servizi domiciliari rispetto alla spesa sanitaria complessiva si mantenga per lo più stabile nel tempo. Il trend generale in Italia nei servizi assistenziali a domicilio consiste in un aumento della copertura e in una riduzione dell'intensità, di conseguenza il contributo che offrono nel mantenimento dell'autonomia e dell'indipendenza dell'anziano presso il proprio domicilio è nel complesso insufficiente in relazione alla crescita della domanda, determinando l'inevitabile ricorso a misure assistenziali alternative come l'impegno dei familiari o l'assunzione di badanti.

L'assistenza residenziale consiste nell'erogazione di un servizio integrato sociosanitario e alberghiero presso istituti idonei e accreditati destinato a individui in condizioni di bisogno di cure e assistenza continuativa. Il ricorso ai servizi residenziali in Italia è maggiore al Nord rispetto al Sud come si può osservare da quanto indicato nella tabella 3.9 con riferimento all'anno 2006.

Tabella 3.9: **Percentuale di anziani che ricorrono ai servizi residenziali per regione (2006)**

<b>Regioni</b>	<b>% anziani utenti dei servizi residenziali</b>
Friuli-Venezia Giulia	8,1
Trentino-Alto Adige	6,5
Piemonte	5,5
Liguria	5,2
Valle d'Aosta	5,1
Veneto	4,6
Emilia-Romagna	4,4
Lombardia	3,8
Marche	3,1
<b>Italia</b>	<b>3,0</b>
Molise	2,3
Toscana	2,2

Abruzzo	2,1
Sardegna	1,8
Umbria	1,7
Lazio	1,5
Puglia	1,1
Sicilia	1,0
Calabria	0,7
Campania	0,6
Basilicata	0,6

Fonte: dati Istat (2006).

Secondo le rilevazioni ISTAT, il numero degli anziani non autosufficienti presso le strutture residenziali è aumentato passando da circa 140 mila ospiti a oltre 162 mila nel periodo 1999-2006, per contro si è ridotta la percentuale di anziani autosufficienti determinando un contenimento nella crescita generale. Le differenze che si incontrano nell'erogazione dei servizi socio-assistenziali all'interno delle varie strutture residenziali per gli anziani richiamano la necessità di una loro classificazione in: Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Residenze Sociosanitarie (RS) e Residenze Assistenziali (RA). Nelle prime prevale l'orientamento sociale rispetto a quello sanitario dell'assistenza, nelle seconde vi è una forte integrazione sia sociale che sanitaria, nelle terze i beneficiari sono coinvolti in attività sociali, culturali e ricreative e ricevono assistenza alberghiera. Tra le regioni vi sono delle differenze nella predominanza di un tipo di struttura residenziale rispetto ad un'altra, ma il trend generale consiste in un aumento del ricorso alle RSA (oltre 22 mila posti letto in più nel periodo 2000-2006) e RS (oltre 9 mila) rispetto alle RA (oltre 15 mila posti letto in meno).

Un'ulteriore importante forma di assistenza agli anziani consiste nei trasferimenti monetari, in particolare l'indennità di accompagnamento (prevista dalla legge 18/1980 ed erogata dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale) fornisce un aiuto economico a coloro che incontrano forti limiti all'autonomia nelle attività di vita quotidiana. L'accessibilità a questo tipo di prestazione monetaria è valutata da una commissione di medici che collabora con l'Asl, inoltre non sono previsti vincoli legati al reddito del destinatario e nemmeno alla destinazione d'uso dell'importo erogato. Il ricorso all'indennità di accompagnamento è aumentato nel tempo soprattutto nel Sud Italia, nel periodo 2002-2008 l'ISTAT stima un incremento di 5 miliardi di euro e una copertura pari all'11,9% degli anziani in media in tutte le regioni (es. Umbria 19%, Trentino 9%) (Lamura e Principi, 2009). Nella tabella 3.10 sono indicate le percentuali di anziani che ricorrono all'indennità di accompagnamento per ciascuna regione nell'anno 2007.

Tabella 3.10: **Percentuale di anziani che ricorre all'indennità di accompagnamento per regione (2007)**

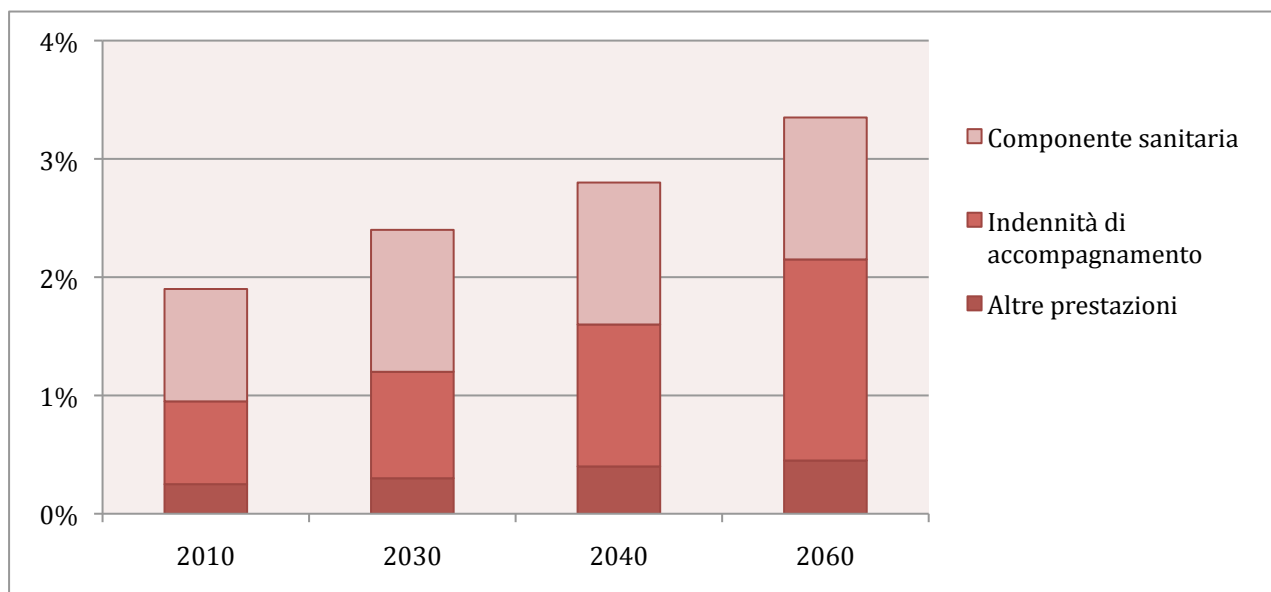
<b>Regioni</b>	<b>% di anziani che ricorrono all'indennità di accompagnamento</b>
Umbria	19,0
Calabria	17,1
Campania	16,1
Sardegna	15,4
Abruzzo	14,0
Puglia	13,4
Marche	13,1
Sicilia	12,2
<b>Italia</b>	<b>11,9</b>
Lazio	11,9
Friuli-Venezia Giulia	11,8
Basilicata	11,6
Toscana	11,3
Emilia-Romagna	11,2
Liguria	11,0
Molise	10,8
Veneto	10,6
Lombardia	9,9
Piemonte	9,3
Valle d'Aosta	9,1
Trentino-Alto Adige	9,0

Fonte: dati Istat su elaborazione di Lamura e Principi (2009).

L'eterogeneità che si riscontra tra le regioni italiane nell'adozione dell'indennità di accompagnamento come servizio di assistenza agli anziani è collegabile alle differenze nella discrezionalità regionale attraverso la quale è concesso il servizio e alle differenze nella distribuzione degli anziani non autosufficienti nel territorio italiano. Il rischio collegato a questo tipo di intervento consiste nell'uso improprio che ne viene fatto da parte del destinatario e al riguardo il governo dovrebbe fornire delle misure volte a promuovere una destinazione funzionale dell'importo monetario erogato.

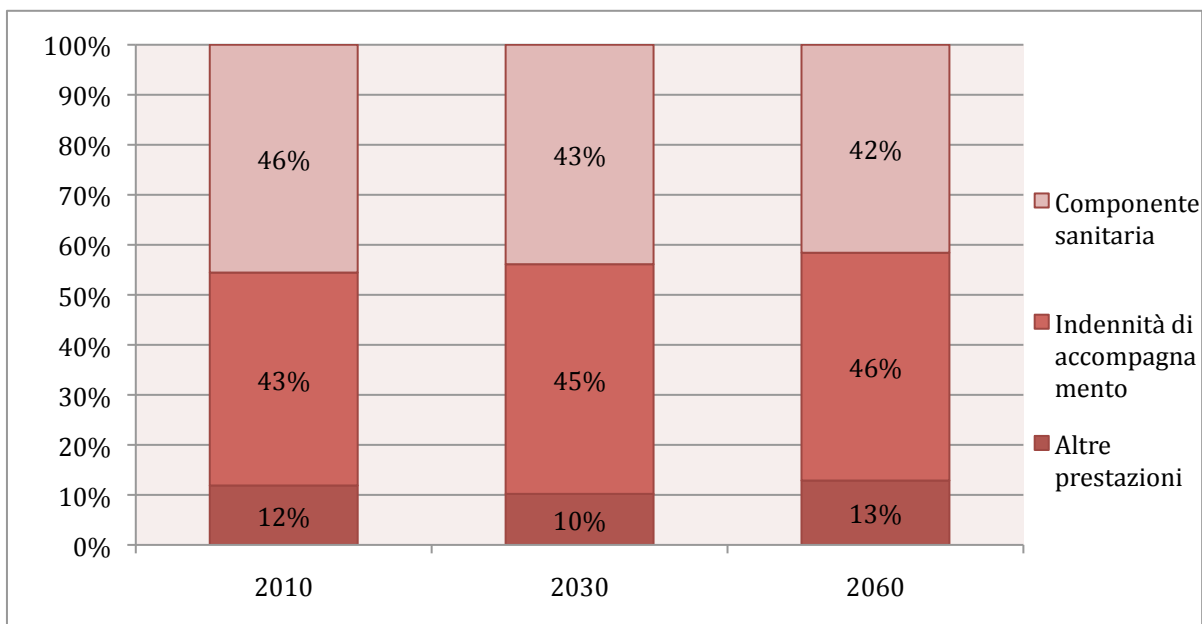
I grafici 3.3 e 3.4 sono elaborazioni condotte dal dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (2008) sui dati della spesa pubblica per il long-term care (LTC) in rapporto al PIL con riguardo alla componente sanitaria, alle indennità di accompagnamento e alle altre prestazioni (servizi residenziali, domiciliari).

**Grafico 3.3: Spesa pubblica per Long Term Care in Italia in percentuale al PIL (2010-2060)**



Fonte: dati Ragioneria Generale dello Stato (2008).

**Grafico 3.4: Distribuzione per componente della spesa per Long Term Care in Italia (2010-2060)**



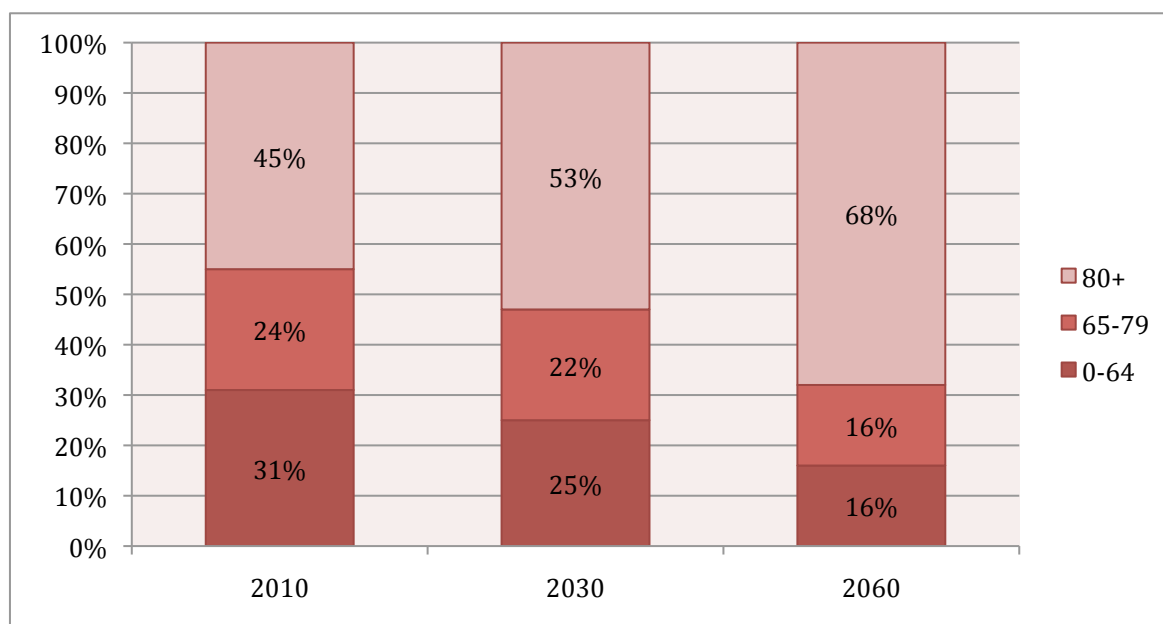
Fonte: dati Ragioneria Generale dello Stato (2008).

In un'ottica previsionale si stima che l'incremento della spesa pubblica per LTC si mantenga costante passando dall'1,7% del 2007 al 3,3% nel 2060 (Grafico 3.3), tuttavia, la distribuzione tra le componenti della spesa vede come l'aumento percentuale riguardi in particolare l'indennità di accompagnamento e le altre prestazioni LTC (seppur quest'ultime in misura

lieve) a discapito delle prestazioni sanitarie (Grafico 3.4). Le cause della maggiore incidenza dell'indennità di accompagnamento tra i servizi agli anziani sono legate alle caratteristiche peculiari del welfare italiano che conferma una predisposizione del sistema pubblico verso interventi di natura monetaria, all'aumento della popolazione anziana e alla maggior consapevolezza delle famiglie italiane rispetto ai propri diritti (Gori, 2010).

La variazione della distribuzione della spesa totale per LTC tra la popolazione suddivisa per età nel periodo 2010-2060, così come si osserva dal grafico 3.5, vede la fascia degli over 80 come i principali destinatari della spesa assistenziale nel 2060, in risposta all'aumento della longevità e alla crescita dimensionale dei grandi anziani.

**Grafico 3.5: Distribuzione per fascia d'età della spesa per Long Term Care in Italia (2010-2060)**



Fonte: dati Ragioneria generale dello Stato (2008).

Gori e Lamura (2009) osservano che l'incremento in relazione al PIL della spesa pubblica rivolta agli anziani in condizioni di non autosufficienza rappresenta una parte esigua dell'incremento totale della spesa dello stato per la protezione sociale e la causa è da ricercare nella bassa predisposizione governativa nel finanziare questo tipo di interventi, nonostante l'Italia registri tassi di longevità tra i più alti in Europa.

Il trasferimento delle competenze assistenziali alle regioni e ai comuni (382/1975), unito alla frammentarietà promossa dalla riforma del Titolo V della Costituzione, portano alla definizione di modelli locali di welfare per l'assistenza che si sviluppano in assenza di linee

guida e politiche nazionali e che dipendono dalle capacità in ambito politico, gestionale e amministrativo e dalla cultura, in materia di servizi, proprie dei singoli territori regionali.

### **3.4 La sostenibilità della spesa per l'assistenza a lungo termine**

Il dibattito sul sistema socio-assistenziale italiano di fronte all'inadeguatezza della spesa pubblica destinata ai servizi di assistenza agli anziani individua potenziali soluzioni integrative da mettere in atto in risposta alla crescente domanda di cura da parte di una popolazione che invecchia. Il Rapporto 2010 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali sulla non autosufficienza promuove lo sviluppo di fondi integrativi privati intesi come una forma assicurativa contro la perdita di autonomia da parte dell'anziano, tuttavia l'impostazione categoriale (o settoriale) dello strumento unita ad una serie di circostanze limitative, come per esempio la condizione lavorativa (disoccupazione, tipo di settore, tipo di contratto, etc.), l'età e lo stato di salute, riducono il grado di copertura di questo tipo di intervento. A queste considerazioni si affianca la consapevolezza sull'inadeguatezza dei fondi integrativi, da soli, nel rispondere al problema della crescente mancanza di autonomia causata dall'invecchiamento della popolazione, il loro impiego, infatti, può funzionare se complementare ad una riforma nazionale dell'impegno pubblico rispetto all'organizzazione del sistema assistenziale (Gori, 2010). Secondo gli studi condotti da Rebba (2010) le assicurazioni integrative contro la non autosufficienza dell'anziano a livello europeo non sono molto diffuse e l'evidenza più favorevole si ha in Francia, dove la responsabilità pubblica in materia è piuttosto forte, con una copertura del 10% degli anziani, mentre, nella migliore delle ipotesi previsionali, per l'Italia si stima una copertura del 15% degli anziani nel 2020. Il fatto che in Italia non si possa ancora parlare di un *primo pilastro* pubblico in materia di assistenza agli anziani comporta maggiori difficoltà nello sviluppo di forme assicurative private (*secondo pilastro*) integrative volte a favorire un miglior controllo e indirizzo delle risorse familiari.

Il contesto sociale in cui si è formato il sistema di welfare italiano è fortemente cambiato nel tempo e il peso che sta progressivamente acquisendo la popolazione anziana rende critica e centrale la questione sulla perdita dell'autosufficienza, per cui, per garantire una maggior tutela agli anziani e sostegno alle famiglie, lo stato dovrà inevitabilmente assumere un ruolo di regia e di sostegno delle iniziative regionali, rispetto ai servizi e alla gestione delle risorse per la non autosufficienza se si considera che l'assenza di una politica nazionale ha determinato le

forti differenze nel territorio e i casi di inefficienza peculiari del Sud.

La responsabilità regionale rispetto allo sviluppo dell'assistenza agli anziani in risposta alle crescenti pressioni, spinge tutte le regioni ad impegnarsi verso un miglioramento nella gestione dei servizi dedicati agli anziani (accesso al servizio, valutazione della condizione di bisogno, personalizzazione, divisione delle responsabilità, etc) seppur partendo da posizioni diverse e secondo modalità differenti; una prerogativa comune concerne la promozione di una maggior equità nel territorio, per esempio attraverso la riduzione delle differenze tra le Asl nella gestione e nell'impiego delle risorse (Lombardia), o la fissazione di standard quantitativi nell'offerta dei vari servizi agli anziani (es. Emilia-Romagna), o l'adozione dei medesimi criteri di valutazione dei bisogni (es. Veneto)(Gori e Pesaresi, 2009).

Le amministrazioni pubbliche di tutte le regioni hanno progressivamente aumentato la quantità delle risorse destinate all'assistenza agli anziani non autosufficienti attraverso tre principali modalità di reperimento dei finanziamenti pubblici: la fiscalità regionale, i bilanci regionali e i trasferimenti statali. L'aumento della pressione fiscale regionale è una strada difficile da percorrere sia da un punto di vista politico sia con riguardo alla situazione finanziaria impegnata a coprire i disavanzi pregressi in ambito sanitario (Casanova, 2008).

Per quanto concerne il ricorso ai trasferimenti monetari da parte dello stato, il dibattito sull'eterogeneità degli interventi governativi volti al finanziamento dei programmi regionali per la non autosufficienza ha portato alla realizzazione del 'Fondo nazionale per le non autosufficienze' (istituito nel 2007), tuttavia, l'importo annuo ad esso assegnato è contenuto rispetto al bisogno reale (100 milioni di euro nel 2007, 300 nel 2008, 400 nel 2009); secondo i dati INPS (2010) è pari al 12% dell'incremento della spesa pubblica destinata ai servizi di invalidità nel periodo 2005-2010 (Gori, 2008).

Il finanziamento dei servizi regionali di assistenza agli anziani attraverso la redistribuzione delle risorse all'interno dei bilanci regionali sembra, dunque, l'unica strada percorribile e nella maggior parte dei casi va a discapito della spesa pubblica sanitaria (es. ospedaliera) (Longo e Tanzi, 2010).

### **3.5 Le reti di assistenza informali**

La famiglia in generale ma soprattutto le donne (figlie e coniugi) ricoprono un ruolo di primaria importanza per quanto concerne il sostegno agli anziani in Italia e per questo sono considerate le principali *caregivers*. Inoltre, Lamura (2008) osserva come in Italia l'impegno

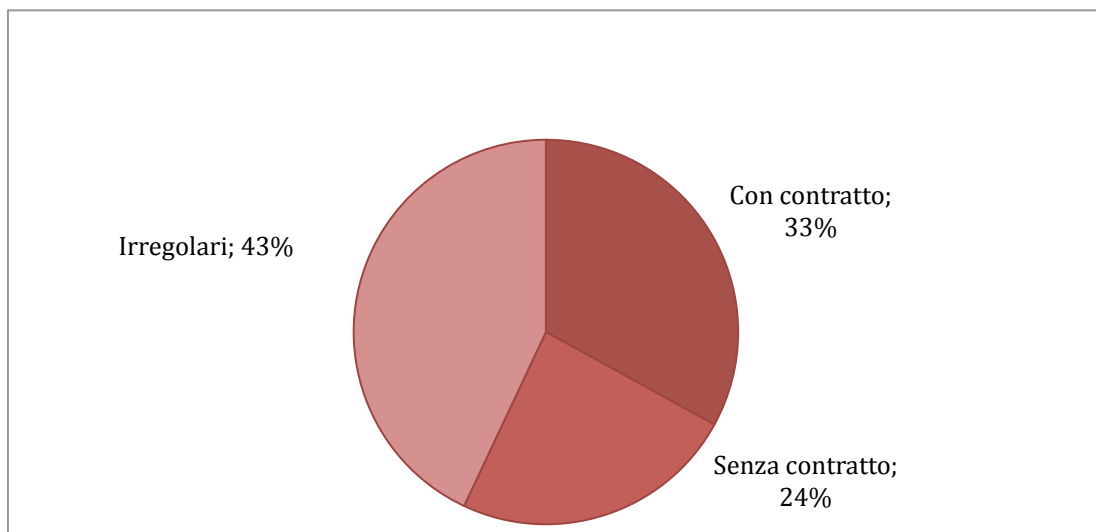
dedicato agli anziani nelle attività di sostegno come il supporto psicologico ed emozionale, la mobilità e il trasporto, la gestione delle finanze, l'organizzazione e la gestione delle cure sanitarie, le cure fisiche e personali e il supporto finanziario, sia superiore rispetto alla media europea ad eccezione dei lavori di cura domestici. La predisposizione culturale della famiglia italiana ad assumersi il carico di assistere a lungo termine i membri più anziani attualmente sta subendo l'influenza negativa di alcuni fattori di natura sia sociale che demografica. La struttura della famiglia italiana sta progressivamente perdendo la sua caratteristica multigenerazionale a favore di un incremento dei casi in cui il nucleo familiare è composto da una sola persona o unicamente da anziani (Melchiorre, 2009). L'incremento del tasso di occupazione femminile nel mercato del lavoro riduce la disponibilità dei principali *caregivers* a dedicare il proprio tempo agli anziani, inoltre se si considera che gli individui di età compresa tra 55-64 anni costituiscono una quota importante di assistenti di cura (ad esempio, secondo le stime Eurostat nel 2006 è superiore al 30%), le politiche previdenziali volte ad aumentare l'età media di pensionamento riducono ulteriormente l'offerta assistenziale informale. Tutto ciò insieme rende necessario un ridimensionamento dell'impegno richiesto alle famiglie nel sostegno agli anziani tenendo conto del fatto che l'offerta dei servizi domiciliari e residenziali in Italia, così come si presenta, non è adeguata alle esigenze crescenti. La scarsità dell'impegno pubblico e la sua predilezione verso interventi di tipo monetario come l'indennità di accompagnamento, l'insufficienza nella disponibilità economica e di tempo delle famiglie, la crescente domanda di cura degli anziani rendono, nell'insieme, inevitabile il ricorso ad assistenti informali stranieri, a basso costo e spesso sprovvisti di un contratto di assunzione regolare.

Non è semplice stimare la presenza di badanti straniere in Italia sia per l'irregolarità che caratterizza il settore sia per il fatto che come categoria impiegatizia rientra nella più ampia classe dei collaboratori domestici, infatti non esiste un contratto di lavoro specifico per gli assistenti familiari e per un'assunzione regolare si ricorre al contratto dei collaboratori domestici. Pasquinelli e Rusmini (2008) ricorrono a fonti ufficiali dell'INPS e a diverse fonti informali (testimonianze e segnalazione raccolte nel territorio nazionale) per stimare le dimensioni del lavoro assistenziale. Nel 2008 in Italia ci sarebbero 774.000 badanti di cui 700.000 sono immigrate (un assistente familiare ogni 15 anziani over 65). Con riferimento a quest'ultime, il 43% risiede irregolarmente in Italia (quindi le badanti sono circa la metà degli immigrati irregolari totali, 300.000 su 650.000), il 24% è sprovvisto di contratto di lavoro pur essendo in possesso del permesso di soggiorno, e il 33% ha un contratto di lavoro regolare. Il



grafico a torta 3.6 rappresenta la ripartizione suddetta.

Grafico 3.6: **Condizioni delle assistenti familiari straniere in Italia**



Fonte dati Irs (2008).

Nelle regioni del Sud la presenza delle badanti tra gli anziani è meno diffusa rispetto al Nord; il grafico 3.7 riporta la distribuzione nel territorio dei tre casi individuati.

Grafico 3.7: **Assistenti familiari straniere per condizione e ripartizione geografica**



Fonte: dati Irs (2008).

La presenza delle badanti straniere in Italia incomincia a crescere esponenzialmente dagli anni Novanta e l'evoluzione di questo fenomeno registra un ricambio continuo, seppur negli anni più recenti i ritmi siano più contenuti rispetto al passato; la tabella 3.11 riporta le dimensioni del fenomeno in questione nel periodo 1991-2008.

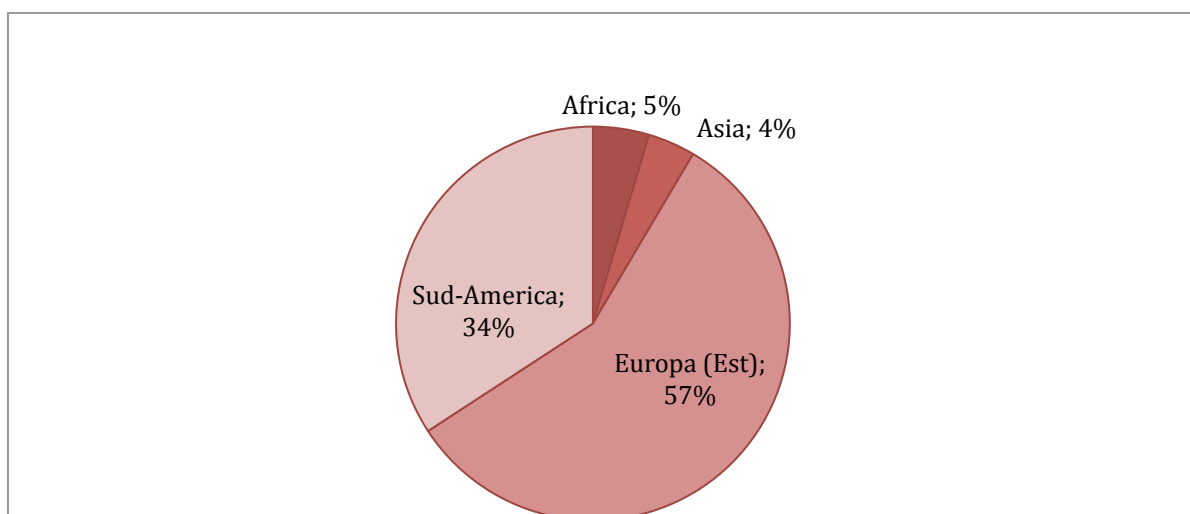
Tabella 3.11: **Assistenti familiari in Italia (1991-2008)**

Anni	Totale	Di cui di nazionalità straniera	%
1991	181.096	35.740	16,5
1995	192.942	67.697	35,1
2000	256.803	136.691	53,2
2001	268.730	139.505	51,9
2002	541.098	409.307	75,6
2003	542.651	411.425	75,8
2004	502.547	371.830	74,0
2005	471.085	342.065	72,6
2008	774.000	700.000	90,4

Fonte dati INPS (2000-2007) fino al 2005, Pasquinelli e Rusmini (2008) per il 2008.

Gli assistenti stranieri sono per la maggior parte donne che provengono dai paesi dell'Est Europa, (es. Moldavia, Romania e Ucraina), dal Sud America e, in misura minore, dall'Africa e da alcuni paesi asiatici (es. Sri Lanka e Filippine), come indicato nel grafico 3.8.

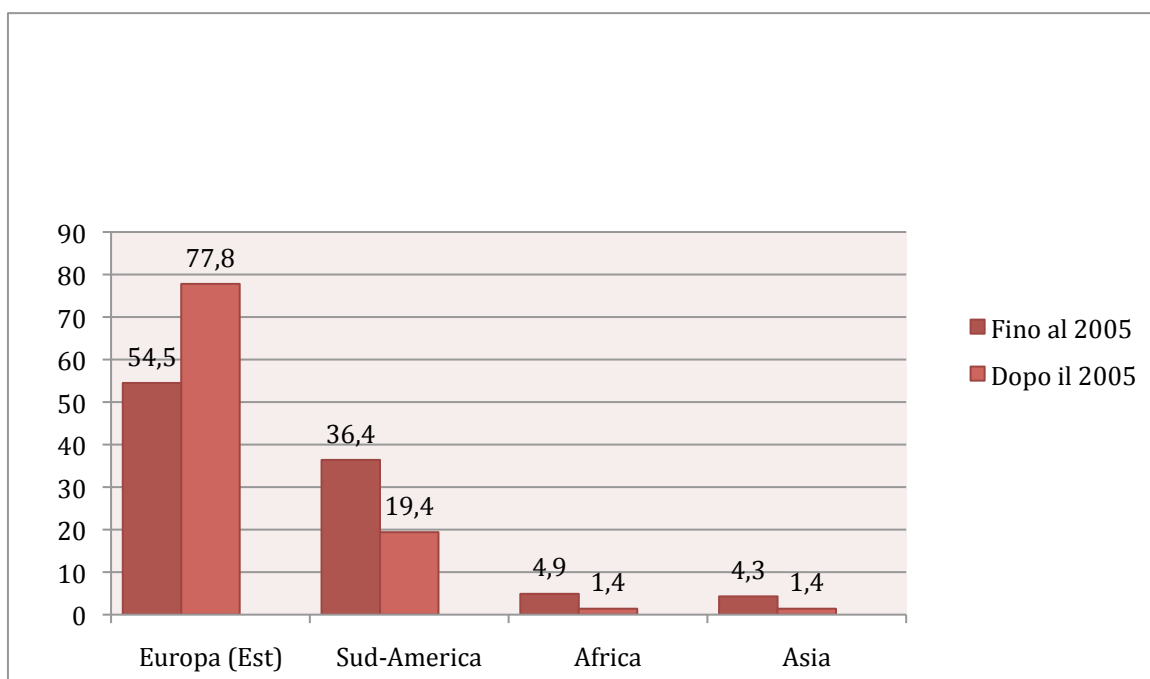
Grafico 3.8: **Assistenti familiari in Italia suddivise per provenienza**



Fonte dati Irs (2008).

Nel periodo dopo il 2005 si registra un forte aumento delle badanti provenienti dai paesi dell'Est Europa, mentre si riducono le percentuali di sudamericane, africane e asiatiche. Il grafico 3.9 riporta la distinzione rispetto alla provenienza delle assistenti familiari tra il periodo prima e dopo il 2005. Questa tendenza si spiega con l'inclusione della Polonia (2004), della Romania e della Bulgaria (2007) nell'Unione europea, paesi storicamente impegnati nel settore delle cure agli anziani.

Grafico 3.9: **Provenienza delle assistenti familiari per periodo di arrivo in Italia**



Fonte: dati Irs (2008).

L'attività degli assistenti familiari concerne principalmente il lavoro domestico, la preparazione dei pasti, la cura e l'igiene personale, con un coinvolgimento maggiore nei casi di convivenza con l'anziano, mentre attività come l'amministrazione delle finanze, l'organizzazione dell'assistenza sanitaria e il trasporto sono soprattutto responsabilità dei familiari. L'attività di *caregiving* delle badanti richiede molta energia e risorse, e spesso mette il *caregiver* in condizioni di fragilità fisica ed emotiva e di vulnerabilità. Alcune ricerche rilevano una relazione positiva tra lo stato di salute fisica e mentale dell'anziano e quello della badante, infatti, il processo degenerativo dell'assistito, tanto inevitabile quanto imprevedibile, ha delle ripercussioni sul benessere psico-fisico di chi assiste (De Beni, 2009). Lazzarini e Santagati (2008) ritengono che il *malessere da cura* proprio delle badanti sia la conseguenza di un'attività lavorativa continuativa, a rischio di sfruttamento, fonte di stress, di

emarginazione sociale (spesso nei casi di convivenza mancano le condizioni affinché il *caregiver* sviluppi reti relazionali) e causa della mancanza di una vita propria (i tempi di riposo coincidono con i tempi di lavoro), che determina l'insorgere di patologie e malattie professionali. E' dunque impensabile che l'attività continuativa (24 ore) di cura agli anziani possa essere svolta per lunghi periodi (più anni), infatti, nella maggior parte dei casi, il vantaggio di ricevere vitto e alloggio permette alla badante straniera di accumulare denaro finalizzato o a creare le basi per la ricerca di un impiego migliore, nel caso di un progetto di insediamento a lungo termine, o a sostenere la propria famiglia nel paese di origine in attesa di un rimpatrio nel breve periodo.

Le badanti straniere, inoltre, spesso mancano di una formazione adeguata rispetto alle pratiche più opportune da impiegare nel lavoro di cura agli anziani, e ciò comporta una perdita inevitabile in termini di professionalità e sicurezza. L'irregolarità presente nella maggior parte dei casi (mancanza di del contratto di lavoro o soggiorno irregolare) limita l'accesso ai corsi di formazione professionale e ostacola l'integrazione sociale e lavorativa rendendo la posizione dell'immigrato particolarmente precaria. L'impiego degli assistenti stranieri è, comunque, una soluzione in grado di alleggerire l'impegno assistenziale della famiglia, è una scelta efficiente, in termini di costo, ed efficace, se si considera la forte personalizzazione degli interventi che ricevono gli anziani e, soprattutto nel caso di convivenza, permette di posticipare, o evitare, il ricorso alle strutture residenziali (Paroni e Rizzi, 2004).

In Italia è in atto, dunque, una riorganizzazione dei servizi di cura agli anziani da parte delle famiglie che, di fronte alle difficoltà di provvedere alla cura dei parenti più vecchi, prediligono il ricorso a forme di assistenza informale rispetto ai servizi pubblici domiciliari e residenziali. L'impostazione familista del welfare italiano, dunque, si riconferma caratterizzandosi con l'inclusione di un soggetto terzo (la badante) all'interno del nucleo familiare, che sostituisce i parenti nell'attività di cura agli anziani; il caso più esemplificativo è quello della convivenza dell'assistente informale con l'anziano assistito.

La sostenibilità a lungo termine dell'attuale sistema di cure agli anziani è incerta ed è auspicabile una miglior ridefinizione dei ruoli che coinvolga maggiormente il sistema di assistenza pubblico. Il welfare assistenziale pubblico italiano potrebbe intervenire incentivando la domanda dei servizi di cura domiciliari, modificando la propria offerta in modo da renderla più *favorevole* alle famiglie attraverso un miglioramento degli aspetti burocratici e nel grado di copertura e intensità dei servizi (Ambrosini, 2004).

### 3.6 Il mercato sommerso delle 'badanti'

E' consuetudine in Italia essere a conoscenza o aver avuto a che fare con casi di assunzione di badanti immigrate, spesso clandestinamente, impegnate senza contratto regolare nei servizi di cura e assistenza agli anziani. Per ovviare a questa situazione diffusa è stato attuato un provvedimento legislativo (102/2009) volto a normalizzare la posizione irregolare di colf e assistenti agli anziani e di tutte le famiglie coinvolte. Sono state inoltrate al Ministero dell'Interno quasi 300 mila *domande di emersione*, di cui poco più di un terzo riguardanti gli assistenti impegnati nei servizi di cura. Il risultato è inferiore rispetto alle attese e alle previsioni sulla dimensione del lavoro sommerso.

Le stime sul numero di badanti nel territorio italiano sono numerose e approssimative per la mancanza di dati certi. Pasquinelli e Rusmini (2008) stimano la presenza di 774 mila badanti, di cui il 90,4% sono immigrate e circa 300 mila soggiornano illegalmente. Stando a queste indicazioni, le *domande di emersione* presentate sono poco più di un terzo rispetto alle previsioni degli autori. Inoltre, come si può osservare dai dati riportati nella tabella 3.12, vi sono notevoli differenze tra le regioni nell'inclinazione a far emergere il lavoro sommerso da parte delle famiglie residenti.

Tabella 3.12: **Domande di regolarizzazione dei collaboratori domestici per regione in Italia (2009)**

Regione	Numero domande	Numero domande per 1.000 famiglie residenti
Lombardia	83.460	22,7
Campania	36.671	19,1
Emilia-Romagna	30.124	17,8
Lazio	36.659	16,7
Veneto	23.954	14,1
Toscana	15.863	11,2
Marche	5.983	10,7
Calabria	7.061	9,8
Liguria	6.729	9,3
Piemonte	14.998	8,2
Umbria	2.543	8,0
Sicilia	12.231	6,7
Abruzzo	2.887	6,1
Puglia	8.421	5,9
Trentino Alto Adige	1.929	5,2
Friuli Venezia Giulia	2.246	4,4
Valle d'Aosta	180	3,4
Basilicata	712	3,4

<b>Sardegna</b>	1.852	3,2
<b>Molise</b>	241	1,9
<b>Totale</b>	<b>294.744</b>	<b>13,2</b>
<b>Di cui per assistenti familiari</b>	<b>114.000</b>	<b>5,1</b>

Fonte dati Pasquinelli e Rusmini (2009).

Gli autori sottolineano, tuttavia, la possibilità che le posizioni assunte dalle diverse regioni dipendono da una serie di fattori quali: le modalità con cui è stato reso noto il provvedimento legislativo, le differenze nella propensione a regolarizzare la posizione dei collaboratori domestici e degli assistenti familiari e i casi di un uso improprio della sanatoria<sup>10</sup>. Queste precisazioni riguardano, per esempio, la posizione della Campania che a sorpresa raggiunge una quota di 19,1 domande ogni mille famiglie. Detto ciò, i valori più alti di alcune regioni settentrionali (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna) si spiegano se rapportati ai più alti livelli di occupazione femminile.

Le cause della ridotta affluenza a prendere parte al provvedimento legislativo di regolarizzazione del lavoro assistenziale sommerso da parte delle famiglie, sono legate alla complessità insita nello svolgimento della pratica, alla difficoltà di reperire informazioni utili e ai vincoli posti dal provvedimento legislativo (come il versamento obbligatorio di 500 euro, la dichiarazione di un reddito annuo di oltre 25 mila euro per regolarizzare i collaboratori domestici<sup>11</sup>, l'adeguatezza dell'alloggio nei casi di coabitazione, la certificazione della non autosufficienza dell'assistito e un impiego lavorativo minimo di 20 ore a settimana).

Per quanto concerne i lavoratori immigrati, Pasquinelli e Rusmini osservano come sembrano poco predisposti a regolarizzare la propria posizione lavorativa; a tale proposito occorre fare una distinzione tra coloro che hanno progetti di soggiorno e di lavoro temporanei e coloro che invece intendono stabilizzarsi definitivamente nel territorio italiano. La scarsa propensione a regolare la propria posizione, secondo una diversa interpretazione, può essere collegato alla perdita di attrazione del settore delle cure e dell'assistenza in Italia da parte di quei paesi che in passato erano soliti alimentarlo (Colombo, 2009).

La distribuzione tra i costi e i benefici del provvedimento è a discapito delle famiglie italiane, che, in qualità di datrici di lavoro, si assumono la maggior parte degli oneri, invece, molti lavoratori immigrati hanno ottenuto il permesso di soggiorno grazie alla regolarizzazione

<sup>10</sup> Secondo gli autori l'uso improprio della sanatoria si percepisce in particolare osservando sia le nazionalità degli immigrati coinvolti nella *domanda di emersione* nel ruolo di assistenti di cura agli anziani irregolari (per la maggior parte cinesi e marocchini) sia la nazionalità dei presunti datori di lavoro (molti di questi sono marocchini, senegalesi, cinesi). Tuttavia, il 90% delle domande valutare ha avuto esito positivo rispetto al dubbio sull'irregolarità.

<sup>11</sup> 20 mila per le famiglie con un reddito solo.

della posizione lavorativa. I costi legati al passaggio ad un contratto regolare aumentano mediamente del 30-40% al mese, comprendendo il versamento dei contributi all'INPS, la tredicesima, il TFR, vitto e alloggio, a cui si aggiunge il riconoscimento di una serie di diritti come i giorni di riposo, malattia e ferie, e il sostegno finanziario statale, come l'indennità di accompagnamento, non è sufficiente a sostenere la spinta verso la regolarizzazione. Si pensi, inoltre, che per le famiglie che ricorrono al mercato irregolare delle cure assistenziali è prevista una multa fino a 5 mila euro e fino a tre anni di reclusione, tuttavia, questo decreto legislativo (92/2008) non sembra aver intimorito gran parte degli italiani e il motivo è probabilmente legato alla scarsa informazione. Il numero complessivo di badanti occupate in Italia nel periodo successivo al provvedimento legislativo si è comunque ridotto e la causa è legata sia al timore delle famiglie italiane di incorre in complicazioni con la giustizia sia alle circostanze economiche negative che possono aver spinto in questa direzione. In generale, la percentuale di lavoratori impegnati nel mercato sommerso delle cure assistenziali e il tasso di clandestinità sono entrambi in calo grazie al provvedimento legislativo che ha promosso un mercato regolarizzato in grado di riconoscere diritti ed equità ai lavoratori (Pasquinelli e Rusmini, 2008).

Per incentivare le famiglie a preferire l'impiego regolare delle badanti lo stato dovrebbe adottare provvedimenti in grado di rendere la pratica di assunzione meno penalizzante e non mancano i contributi volti a provare come l'incremento dei costi sul bilancio pubblico sarebbero compensati dall'aumento degli introiti derivanti dallo sviluppo dei rapporti di lavoro regolari (Baldini, 2008).

Vi sono alcuni aspetti che andrebbero riconsiderati al fine di valorizzare il mercato dell'assistenza agli anziani, per esempio: l'offerta degli enti impegnati in attività formative per le badanti non garantisce gli sbocchi desiderati perché non è ancora stato sviluppato un mercato regolamentato in grado di dare il giusto valore e riconoscimento alla formazione (Rusmini, 2009). Per quanto riguarda, invece, i servizi sociali volti a facilitare l'incontro tra la domanda e l'offerta di assistenza privata agli anziani si palesa un'instabilità del rapporto di lavoro subito dopo la stipula del contratto e la mancanza di sostegni funzionali e durevoli. Con riferimento al sostegno pubblico verso la non autosufficienza, (indennità di accompagnamento) la mancanza di vincoli nella destinazione d'uso incentiva il ricorso al mercato sommerso e l'esiguità delle detrazioni dagli oneri contributivi per chi si rivolge al mercato regolamentato non agevola lo sviluppo del mercato assistenziale regolare. Gli assegni di cura regionali compensano i limiti dello stato e vincolano le famiglie ad assumere badanti in

regola, tuttavia hanno un basso grado di copertura e non sono economicamente significativi (Gori e Pasquinelli, 2008).

Al fine di valorizzare nel tempo il provvedimento legislativo volto a far emergere il mercato dell'assistenza privata agli anziani, lo stato dovrebbe impegnarsi a creare una rete di servizi collegati in grado di sostenere e guidare la domanda e l'offerta di assistenza oltre a garantire un maggior grado di correlazione tra i costi e i benefici. I sostegni finanziari pubblici dovrebbero essere veicolati verso i servizi di incontro tra la domanda e l'offerta e verso la ricerca di una maggiore professionalità da parte degli assistenti familiari impegnati nell'ambito di un percorso formativo (Pasquinelli, 2009). L'obiettivo di far emergere il mercato sommerso del lavoro assistenziale da solo non è sufficiente a promuovere un mercato regolamentato e per questo deve essere accompagnato da una serie di provvedimenti riguardanti la fiscalità, il giusto sostegno ai costi che le famiglie sono chiamate a sostenere e lo sviluppo di servizi funzionali, duraturi ed efficienti.



## Conclusione

I paesi europei, coinvolti nel processo di invecchiamento della popolazione, intervengono con modelli nazionali di assistenza che distribuiscono in modo differente le responsabilità tra stato, mercato, e famiglia. Le principali differenze emergono tra il Nord e il Sud del continente, infatti, da un lato vi sono i paesi dell'Europa mediterranea che si caratterizzano per l'insufficienza degli interventi pubblici, un mercato formale delle cure poco sviluppato e la centralità della famiglia, mentre dall'altro lato vi sono i paesi del Nord Europa in cui lo stato risulta avere un ruolo centrale nel farsi carico dell'attività di cura degli anziani. Indipendentemente dal livello e dall'intensità dell'intervento pubblico è comunque possibile individuare delle tendenze comuni nelle politiche di *care*: un progressivo sviluppo del settore formale delle cure attraverso un processo di privatizzazione dei servizi alla persona; il trasferimento delle responsabilità di cura agli organi di governo inferiore (regioni e municipalità); la preferenza verso i trasferimenti finanziari e i servizi di cura domiciliari, e il coinvolgimento delle famiglie nell'attività di sostegno agli anziani non auto sufficienti. Infine, in quasi tutti i contesti nazionali si sono cercate soluzioni nella direzione di una maggior collaborazione tra il settore formale e le famiglie, un miglior coordinamento tra il settore sociale e sanitario, una miglior gestione dei servizi domiciliari e residenziali, la promozione della cultura della salute e la rimozione degli incentivi al pensionamento anticipato.

La trasformazione della struttura per età della popolazione ha modificato i rapporti intergenerazionali: le famiglie sono sempre meno disposte a prendersi cura degli anziani genitori. Questo cambiamento è in parte il risultato dell'aumento delle preferenze delle donne per il lavoro sul mercato. Se nel passato la donna era associata ai doveri di mantenimento dell'integrità e del benessere fisico e morale dell'intera famiglia, a cui erano affiancati i doveri economici maschili tipici del modello *male breadwinner*, oggi questa separazione di compiti all'interno della famiglia si è indebolita e la donna partecipa a pieno titolo al mantenimento della famiglia. Contestualmente la disponibilità di cura e assistenza ai parenti anziani si è ridotta. Tuttavia, la donna impegnata in attività retribuite, parimenti all'uomo, può esprimere il suo contributo in termini monetari attraverso l'acquisto dei servizi di cura che in origine era solita svolgere in prima persona. La struttura familiare nei paesi occidentali sta progressivamente assumendo una forma verticale, infatti, sempre più spesso la famiglia estesa si caratterizza per l'inclusione dei parenti anziani che non sono più in grado di

condurre una vita in autonomia. L'autosufficienza nell'anziano dipende dal livello di salute fisica e mentale che si è in grado di mantenere, per questo stili di vita sani in età avanzata sono un'importante prerogativa volta a ridurre l'intensità degli interventi di assistenza sia formale che informale. La capacità degli anziani di mantenersi sani richiede la fornitura di un ambiente di sostegno ben organizzato in termini di prevenzione rispetto alle situazioni di rischio e di promozione della salute. Diversi paesi europei hanno inoltre intrapreso riforme pensionistiche volte a prolungare la vita lavorativa in linea con l'aumento della speranza di vita. Sembra, infatti, che il coinvolgimento attivo delle persone anziane nella società oltre a garantire una maggior sostenibilità finanziaria del sistema pensionistico e sanitario, contribuisce all'invecchiamento sano favorito dall'integrazione sociale e dalla stima di sé.

Il processo di invecchiamento si caratterizza per una distribuzione territoriale non uniforme. In Italia si è potuto osservare come vi siano delle regioni demograficamente più vecchie perché segnate da una maggiore presenza di anziani rispetto ad altre, in particolare la Liguria registra il tasso di invecchiamento più alto della penisola (con oltre 239 over 65 ogni 100 giovani di età 15-64). La gestione e la responsabilità dell'assistenza pubblica agli anziani è rinviata alle regioni e i diversi sistemi assistenziali che ne derivano hanno urgenze divergenti e si esprimono attraverso un differente impiego degli strumenti che hanno a disposizione. L'intervento pubblico in ambito assistenziale è, comunque, nel complesso insufficiente rispetto alla crescente presenza di individui non più autonomi per via dell'età. Il problema della sostenibilità del modello di *care* in Italia è affrontato attraverso soluzioni che riconfermano la centralità del ruolo di *caregiver* della famiglia; a tale proposito viene riconfermato il maggior peso dei trasferimenti monetari sugli altri servizi pubblici e l'inclusione di una figura terza (la badante) nel nucleo familiare, che prende le veci dei parenti nell'assistenza e nella cura delle generazioni più anziane. Il ricorso ai servizi forniti dagli assistenti informali appare, oggi, la soluzione preferita dalle famiglie italiane sia economicamente sia rispetto al mantenimento della domiciliarità e della familiarità. Ci si domanda, tuttavia, fino a che punto il numero degli assistenti familiari possa aumentare, soprattutto di fronte ai recenti segnali di rallentamento della crescita delle assunzioni. Le ondate migratorie di donne straniere sono sempre più consapevoli rispetto ai propri diritti, più orientate verso l'integrazione sociale e soprattutto meno disponibili a coabitare. Secondo le stime INPS 2008, una badante regolarmente impiegata costa intorno ai 14 mila euro annui, a cui vanno aggiunti vitto e alloggio, TFR, le pratiche amministrative di assunzione, i giorni di riposo, ferie e malattia, per un totale di circa 18 mila euro. Si deduce che la regolarizzazione

determina una perdita di competitività delle badanti rispetto agli altri servizi assistenziali. Il processo di emersione del mercato dei servizi di cura informali potrebbe tradursi in una riduzione determinante del ricorso a tale strumento. La diminuzione delle esternalizzazioni alle badanti del carico di assistenza potrebbe comportare la necessità di ridefinire i legami familiari con il rischio di cadere in una riqualificazione dei servizi di cura offerti dalle donne italiane costrette a rinunciare alle proprie aspirazioni per badare al genitore in condizioni di non autosufficienza. I servizi pubblici, domiciliari e residenziali, che in termini di costo non si allontanano di molto da una badante regolarizzata ed, inoltre, offrono maggiori garanzie e qualità pur comportando inevitabilmente un calo di intensità nelle prestazioni (per esempio, il servizio pubblico domiciliare con una media di 4-5 ore a settimana per utente non regge il confronto con quanto le badanti sono in grado di offrire) potrebbero rappresentare un'importante alternativa.

Sarebbe auspicabile un rafforzamento delle politiche pubbliche in ambito assistenziale in grado di mantenere in equilibrio i benefici che il ricorso agli assistenti familiari comporta e i costi che le famiglie italiane sono disposte a sostenere. Tuttavia, la rinuncia alla convenienza del mercato senza regole vuole, come alternativa, l'organizzazione di una rete di interventi pubblici che vanno dal sostegno economico, ad una maggior tutela sia dal lato della domanda, in termini di maggiore informazione e sostegno, sia dal lato dell'offerta, in termini di formazione e riconoscimento delle competenze.

## **Indice tabelle e grafici**

**Tabella 1.1: Criteri di definizione dei modelli di politica sociale di Titmuss.**

**Tabella 1.2: I tre regimi di welfare di Esping-Andersen (2000).**

**Tabella 1.3: Principali classificazioni dei modelli di welfare dei paesi latino americani.**

**Tabella 2.1: Indicatori di fecondità in alcuni paesi europei.**

**Tabella 2.2: Indici della speranza di vita alla nascita (1990-2009).**

**Tabella 2.3: Spesa pubblica per il Long Term Care in percentuale al PIL, per tipo di cura (2010).**

**Tabella 3.1: Saldo naturale della popolazione italiana cumulativo del periodo 2011-2065  
(dati in milioni).**

**Tabella 3.2: Tassi di fecondità in Italia (2011-2065).**

**Tabella 3.3: Indici di speranza di vita alla nascita in Italia (2011-2065).**

**Tabella 3.4: Ripartizione della popolazione per classi d'età (2011-2065) (dati in milioni).**

**Tabella 3.5: Indici di dipendenza in Italia (2011-2065).**

**Tabella 3.6: Popolazione straniera residente in Italia (2011-2065)(dati in milioni).**

**Tabella 3.7: Percentuale di anziani che ricorrono ai servizi assistenziali in Italia (2005-2007).**

**Tabella 3.8: Percentuale di anziani che ricorrono ai servizi domiciliari per regione (2005-2007).**

**Tabella 3.9: Percentuale di anziani che ricorrono ai servizi residenziali per regione (2006).**

**Tabella 3.10: Percentuale di anziani che ricorre all'indennità di accompagnamento per regione  
(2007).**

**Tabella 3.11: Assistenti familiari in Italia (1991-2008).**

**Tabella 3.12: Domande di regolarizzazione dei collaboratori domestici per regione in Italia  
(2009).**

**Grafico 2.1: Distribuzione della popolazione per età in Europa (1950-2050).**

**Grafico 2.2: Distribuzione della popolazione per età in Est Europa (1950-2050).**

**Grafico 2.3: Distribuzione della popolazione per età in Nord Europa (1950-2050).**

**Grafico 2.4: Distribuzione della popolazione per età in Europa meridionale (1950-2050).**

**Grafico 2.5: Distribuzione della popolazione per età in Europa continentale (1950-2050).**

**Grafico 2.6: Piramidi della popolazione in Europa 2008 e 2060.**

**Grafico 2.7: Tasso di dipendenza degli anziani in EU-27 (2008-2060).**

**Grafico 2.8: Proiezioni del tasso di dipendenza degli anziani e del tasso di dipendenza giovanile  
in EU-27.**

**Grafico 2.9: Spesa pubblica per il LTC in rapporto al PIL in EU-27 (2010-2060).**

**Grafico 3.1: Piramidi della popolazione italiana al 2011 e al 2065.**

**Grafico 3.2: L'indice di vecchiaia in Italia (2007).**

**Grafico 3.3: Spesa pubblica per Long Term Care in Italia in percentuale al PIL (2010-2060).**

**Grafico 3.4: Distribuzione per componente della spesa per Long Term Care in Italia (2010-2060).**

**Grafico 3.5: Distribuzione per fascia d'età della spesa per Long Term Care in Italia (2010-2060)**

**Grafico 3.6: Condizioni delle assistenti familiari straniere in Italia**

**Grafico 3.7: Assistenti familiari straniere per condizione e ripartizione geografica**

**Grafico 3.8: Assistenti familiari in Italia suddivise per provenienza**

**Grafico 3.9: Provenienza delle assistenti familiari per periodo di arrivo in Italia**

## Bibliografia

Alber J., (1988), Continuities and Change in the Idea of Welfare State, *Politics and Society*, 16 (4), pp. 447-450.

Ambrosini M., (2004), *Un'assistenza senza confini. Welfare "leggero", famiglie in affanno, aiutanti domiciliari immigrate*, ISMU, Milano.

Anderson G. e Hussey P., (2001), Comparing health system performance in OECD countries, *Health Affairs*, 20 (3), pp. 219-232.

Anttonen A. e Sipilä J., (1996), *European Social Care Services: Is It Possible To Identify Models?*, *Journal of European Social Policy*, 6 (2), pp. 87-100.

Anttonen A., Sipilä J. e Baldock J. (2003), *The young, the old, and the state: Social care systems in five industrial nations*, Edward Elgar, Cheltenham.

Anttonen A. e Sointu L., (2006), *Care politics in transition. Public responsibility on the social care of young children and old people*, Stakes, Helsinki.

Appelby J. e Harrison A., (2006), *Spending on health care: how much is enough?* In Wanless D., *Securing good care for older people: taking a long-term view*, King's Fund, London.

Arts W. e Gelissen J., (2002), Three Worlds of welfare capitalism or more? A state of the art report, *Journal of European Social Policy*, 12 (2), pp. 137-158.

Baldini M., (2008), *Costi e argomenti*, in Gori C., (2008), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma.

Baldwin P., (1990), *The Politics of Social Solidarity. Class Bases of the European Welfare States 1875-1975*, Cambridge University Press, Cambridge.

Barrientos A., (2004), *Latin America: Towards a Liberal-Informal Welfare Regime*, in Gough I. e Wood G., (2004), *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America. Social Policy in Development Contexts*, Cambridge University Press, Cambridge.

Behning U., (2005), *Changing long-term care regimes: a six-country comparison of directions and effects*, in Pfau-Effinger B. e Geissler B., *Care and Social Integration in European Societies*, Policy Press, Bristol.

Bartle I. e Vass P., (2007), Self-Regulation within the Regulatory State: Towards a New Regulatory Paradigm, *Public Administration*, 85 (4), pp. 885-905.

Bertin G. e Fazzi L., (2010), *La Governance delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma.

Bettio F. e Plantenga J., (2004), Comparing care regimes in Europe, *Feminist Economics*, 10 (1), pp. 85-113.

Bonoli G., (1997), Classifying Welfare State: A Two-Dimension Approach, *Journal of Social Policy*, 26 (3), pp. 351-372.

- Borzaga C. e Fazzi L., (2005), *Manuale di politica sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Briggs A., (1961), The Welfare State in a Historical Perspective, *European Journal of Sociology*, 2 (2), pp. 221-258.
- Bruce M., (1961), *The coming of the Welfare State*, Batsford, London.
- Casanova G., (2008), I fondi regionali per i non autosufficienti, *Prospettive sociali e sanitarie*, 14 (2), pp. 14-19.
- Casey B., (2003), *Policies for an ageing society: recent measures and areas for further reform*, OECD, Paris.
- Colombo A., (2009), Immigrazione: il fallimento della sanatoria, *Il Mulino*, 6, pp. 902-911.
- Crimmins E., (2004), Trends in the health of the elderly, *Annual Review of Public Health*, 25, pp. 79-98.
- Daatland S., (1990), What are families for? On family solidarity and preference for help, *Ageing and Society*, 10 (1), pp. 1-15.
- Daatland S. e Lowenstein A., (2005), Intergenerational solidarity and the family- welfare state balance, *European Journal of Ageing*, 2, pp. 174-182.
- Daly M., (2001), *Care work. The quest for security*, International Labour Office, Geneva.
- De Beni R., (2009), *Psicologia dell'invecchiamento*, Il Mulino, Bologna.
- Di Nicola P., (2008), *Famiglia: sostantivo plurale*, Franco Angeli, Milano.
- Dormont B., (2009), *Les Dépenses de Santé. Une augmentation salubre?*, Éditions Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure, Paris.
- Dykstra P., (1997), *Employment and caring*, NIDI, Den Haag.
- Esping-Andersen G., (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, New York.
- Esping-Andersen G., (1997), Hybrid or unique? The Japanese welfare state between Europe and America, *Journal of European Social Policy*, 7 (3), pp. 179-189.
- Esping-Andersen G., (1999), *Social Foundation of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, USA.
- European Commission, (2006), *Commission communication: The demographic future of Europe – from challenge to opportunità*, Bruxelles.
- Evandrou M., (1996), *Unpaid work, carers and health*, In: Blane D., Brunner E. e Wilkinson R., *Health and social organisation: towards a health policy for the 21st century*, Routledge, London.

- Ferrera M., (1993), *Modelli di solidarietà. Politiche e riforme sociali nelle democrazie*, Il Mulino, Bologna.
- Ferrera M., (1996), The Southern model of welfare in social Europe, *Journal of European Social Policy*, 6 (1), pp. 17-37.
- Ferrera M., (2006), *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna.
- Filgueira F., (1998), *El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: residualismo y ciudadanía estratificada*, in Roberts B., *Ciudadanía y Política Social*, FLASCO, San José.
- Filgueira F. e Martinez Franzoni J., (2002), Paradigmas globales y filtros domésticos: las reformas administrativas de las políticas sociales en America Latina, *Revista de Ciencias Economicas*, 18 (2), pp. 191-215.
- Flora P. e Heidenheimer A., (1981), *Lo sviluppo del Welfare State in Europa e in America*, Il Mulino, Bologna.
- Flora P., (1986), *Growth to limits. The European Welfare State since World War II*, De Gruyter, Berlin.
- Geissler B. e Pfau-Effinger B., (2005), *Care and Social Integration in European Societies*, Policy Press, Bristol.
- Goldthorpe J. H., (2000), *On Sociology. Numbers, Narratives, and the Integration of Research and Theory*, Oxford University Press, Oxford.
- Gori C., (2008), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Carocci, Roma.
- Gori C., (2010), *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali, Roma.
- Gori C. e Casanova G., (2009), *I servizi domiciliari*, in N.N.A., (2009), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- Gori C. e Lamura G., (2009), *Lo scenario complessivo*, in N.N.A., (2009), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- Gori C. e Pasquinelli S., (2008), *Gli assegni di cura*, in Gori C., (2008), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Carocci, Roma.
- Gori C. e Pesaresi F., (2009), *Il welfare futuro: una mappa del dibattito*, in N.N.A., (2009), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- Gough I., (2001), Globalization and regional welfare regimes: the East Asian case, *Global Social Policy*, 1 (2), pp. 163-189.



- Gough I. e Wood G., (2004), *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America: Social Policy in Development Contexts*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Haber Kern K. e Szydlak M., (2010), State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries, *Aging and Society*, 30 (2), pp. 299-323.
- Häkkinen U., (2008), Aging, health expenditure, proximity to death, and income in Finland, *Health Economics, Policy and Law*, 3 (2), pp. 165-195.
- Hank K. e Buber I., (2009), Grandparents Caring for their Grandchildren: Findings From the 2004 Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe, *Journal of Family Issues*, 30 (1), pp. 53-73.
- Hagestad G. e Herlofson K., (2007), *Micro and macro perspectives on intergenerational relations and transfers in Europe*, United Nations, New York.
- Hecló H., (1974), *Modern Social Politics in Britain and Sweden*, Yale University Press, New Haven.
- Holliday I., (2000), Productivist welfare capitalism: social policy in East Asia, *Political Studies Association*, 48 (4), pp. 706-723.
- Hubert E. e Stephens J., (2005), *Successful Social Policy Regimes? Political Economy and the Structure of Social Policy in Argentina, Chile, Uruguay, and Costa Rica*, relazione presentata al convegno *The Democratic Governability in Latin America*, Università di Notre Dame.
- INPS, (2010), Rapporto annuale, Roma.
- IRS, (2008), Rapporto sulle caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura, Milano.
- ISTAT, (2006), *Assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia*, Roma.
- ISTAT, (2008), *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005*, Roma.
- Jagger C., (2008), Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis, *The Lancet*, 372 (9656), pp. 2124-2131.
- Janowitz M., (1976), *Social control of the Welfare State*, Elsevier, New York.
- Jones C., (1993), *New Perspectives on the Welfare State in Europe*, Routledge, London.
- Kazepov Y. e Carbone D., (2007), *Che cos'è il Welfare State*, Carocci, Roma.
- Keese M., Hirsch D. e Bednarzik R., (2006), *Live longer, work longer*, OECD, Paris.
- Kini N. G. S., (1966), *Approaches to a Theory of Comparative Welfare Policies, in Perspectives on the Welfare State*, Manaktalas, Bombay.
- Korpi W., (1991), *Institutions and the Cost of Power*, relazione presentata al convegno su *Comparative Studies of Welfare State Development*, Vuoranta.

Kröger T., (2004), *New kinds of families, new kinds of social care. Families, Work and Social Care in Europe. A qualitative study of care arrangements in Finland, France, Italy, Portugal and the*, European Commission.

Ku, Y.-W., (1995), The development of state welfare in the Asian NICs with special reference to Taiwan, *Social Policy & Administration*, 29 (4), pp. 345-364.

Ku, Y.-W., (2003), *Social security*, in Holliday I. e Wilding P., *Welfare Capitalism in East Asia: Social Policy in the Tiger Economies*, Macmillan, Basingstoke.

Kwon, H.-J., (1999), *The Welfare State in Korea: The Politics of Legitimation*, Macmillan, Basingstoke.

Lamura G. e colleghi, (2008), Family Carers' Experiences using Support Services in Europe: Empirical Evidence From the Eurofamcare Study, *The Gerontologist*, 48 (6), pp. 752-771.

Lamura G. e Principi A., (2009), *I trasferimenti monetari*, in N.N.A., (2009), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.

Lazzarini G. e Santagati M., (2008), *Anziani, famiglie e assistenti. Sviluppo di welfare locale tra invecchiamento e immigrazione*, Franco Angeli, Milano.

Leibfried, S. (1992), *Towards a European welfare state? On integrating poverty regimes into the European Community*, in Ferge Z. e Kolberg J. E., (1992), *Social Policy in a Changing Europe*, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Francoforte.

Leibfried S. e Rieger E., (2003), *Limits to Globalization: Welfare States and the World Economy*, Polity Press, Cambridge.

Longo F. e Tanzi E., (2010), *I costi della vecchiaia. Il settore del long-term care di fronte alle sfide del futuro*, Egea, Milano.

Mangin D., Sweeney K. e Heath I., (2007), Preventive health care in elderly people needs rethinking, *British Journal of General Practice*, 57 (539), pp. 435-437.

Marshall T. H., (1963), *Sociology at the Crossroads and other Essays*, Heinemann, London.

Martins J.O., Maisonneuve C. D. L. e Bjørnerud S., (2006), *Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?* OECD, Paris.

Melchiorre M.G. e colleghi, (2009), *Assistenza e cura all'anziano in famiglia e fuori della famiglia*, in INRCA, Aging Society – osservatorio Terza Età, Federsanità ANCI, (2009), *Rapporto nazionale 2009 sulle condizioni e il pensiero degli anziani. Una società diversa*, Bruni S.r.l, Roma.

Mesa-Lago C., (1992), *Atención de Salud para los Pobres en América Latina y el Caribe*, Oficina Panamericana de la Salud, Washington.

- Midgley J., (1986), Industrialization and welfare: the case of the four little tigers, *Social Policy & Administration*, 20 (3), pp. 225-238.
- Ministero dello Sviluppo economico, (2010), *Indicatori degli Obiettivi di Servizio*, Quadro Strategico Nazionale 2007-2013.
- Naldini M., (2007), *Le politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy*, Carocci, Roma.
- Nikolaus T., Specht-Leible N. e Bach M., (1999), A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients, *Age and Ageing*, 28 (6), pp. 543-550.
- Oliveira Martins J., (2005), *The impact of ageing on demand, factor markets and growth economies*, OECD, Paris.
- ONU, (2000), *Replacement Migration: Is it a Solution to Declining and Ageing Populations?*, USA.
- OXHA, (2006), *Chronic disease: an economic perspective*, Oxford Health Alliance, London.
- Oxley H., (2009), *Policies for healthy ageing: an overview*, OECD, Paris.
- Paroni P. e Rizzi M.C., (2004), *Legami di cura. La famiglia e i suoi anziani non autosufficienti*, Franco Angeli, Milano.
- Pasquinelli S., (2009), Cura degli anziani ancora sommersa, *Il Sole 24 ore*, 9 Novembre.
- Pasquinelli S. e Rusmini G., (2008), *Badanti: la nuova generazione*, Istituto per la ricerca sociale, Milano.
- Pasquinelli S. e Rusmini G., (2009), *La regolarizzazione delle badanti*, in N.N.A., (2009), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- Pavolini E., e Ranci C., (2008), Restructuring the welfare state: reforms in long- term care in Western European countries, *Journal of European Social Policy*, 18 (3), pp. 246-259.
- Peacock A., (1960), *The Welfare Society*, Liberal Publication Department, London.
- Ragioneria generale dello stato, (2008), *Le tendenze di medio lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Ragioneria Generale dello Stato, Roma.
- Rauch D.,(2007) Is There Really a Scandinavian Social Service Model? A Comparison of Childcare and Elderlycare in Six European Countries, *Acta Sociologica*, 50 (3), pp. 249-269.
- Rebba V., (2010), Il long-term care in Italia: il mix pubblico-privato e il possibile ruolo delle assicurazioni integrative, *Politiche sanitarie*, 11, pp. 113-133.
- Reisman D.A., (1977), *Richard Titmuss. Welfare and Society*, Heinemann, London.

Rimlinger G., (1971), *Welfare Policy and Industrialisation in Europe, North America and Russia*, Wiley, New York.

Rudra N., (2005), *Welfare State in Developing Countries: Unique or Universal?*, University of Pittsburgh, Pittsburgh.

Rusmini G., (2009), *Formare le assistenti familiari: percorsi a confronto*, Istituto per la ricerca sociale, Milano.

Saraceno C. e Keck W., (2008), *The institutional framework of intergenerational family obligations in Europe: A conceptual and methodological overview*, European Commission.

Simonazzi A., (2009), Care regimes and national employment models, *Cambridge Journal of Economics*, 33 (2), pp. 211-232.

Taylor-Gooby P., (2004), *New risk, new welfare*, Oxford University Press, Oxford.

Therborn G., (1984), *When, How and Why does a Welfare State become Welfare State?*, relazione presentata ai workshops dell'ECPR, Friburgo.

Titmuss R., (1974), *Social Policy: An Introduction*, Allen & Unwin, London.

Titmuss R., (1986), *Saggi sul Welfare State*, Edizioni Lavoro, Roma.

Tokman V., (2006), *Inserción laboral, mercado de trabajo y protección social*, Financiamiento del Desarrollo, Santiago.

Triantafyllou J. e Mestheneos E., (2006), *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*, EUROFAMCARE Group - European Commission.

Wanless D., (2006), *Securing good care for older people: taking a long-term view*, King's Fund, London.

Wilensky H.L. e Lebeaux C.N., (1958), *Industrial Society and Social Welfare*, Russell Sage Foundation, New York.

Wilensky H.L. e Lebeaux C.N. (1965), *Industrial Society and Social Welfare: the Impact of Industrialization on the Supply and Organization of Social Welfare Services in the United States*, Free Press, New York.

Wood G. e Gough I., (2006), A comparative welfare regime approach to global social policy, *World Development*, 34 (10), pp. 1696-1712.