

L'OFFERTA DI SERVIZI E PRESTAZIONI PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NEI PAESI DEL SUD EUROPA

D^a Tiziana Tesauro.
Fecha de Recepción: 18 de Junio de 2008

RESUMEN

El artículo profundiza la demanda de asistencia de los ancianos y la configuración de la oferta de servicios en los sistemas de bienestar mediterráneos, el rol de la oferta privada y de la familia en cuanto cuidadora informal. Incluye también los resultados de una encuesta internacional sobre las mujeres ancianas y muy ancianas que, especialmente en la Europa Mediterráneo, representan una franja de población anciana, en particulares condiciones de desventaja.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento, demanda de asistencia, oferta de servicios, dependencia, cuidadores

Premessa: lo scenario demografico.

È noto che l'invecchiamento della popolazione è la conseguenza di alcune tendenze demografiche che agiscono in maniera interattiva:

- il persistere della bassa natalità, tant'è che il tasso di fecondità è quasi ovunque inferiore alla soglia del ricambio generazionale (circa 2,1 figli per donna) e in numerosi Stati della Comunità Europea, compresi quelli del Sud Europa, è persino inferiore a 1,5 figli per donna (cfr. TAb.1 Pino).

- allungamento dell'aspettativa di vita alla nascita, con un incremento medio in Europa, negli ultimi quarant'anni, di circa 7 anni per gli uomini e quasi nove anni per le donne (cfr. Tab 1 in Appendice);
- allungamento dell'aspettativa di vita a 60 anni, con un incremento medio in Europa, negli ultimi quarant'anni, di circa 4 anni sia per gli uomini che per le donne (cfr. Tab 1 in Appendice);

In conseguenza di ciò si stima un incremento della popolazione di età superiore ai 65 anni che, secondo la Commissione Europea, entro il 2050, sarà pari al 44,5% per la popolazione di età compresa tra i 65 e i 79 anni; del 171,6% per la popolazione con più di 80 anni (cfr. COM. 2005, 94, COM. 2006, 571).

L'invecchiamento della popolazione è tale che, secondo la Commissione Europea, in numerosi paesi l'immigrazione potrebbe avere un ruolo importante per la crescita della popolazione e l'incremento della popolazione fino a 14 anni. In riferimento all'Italia, ad esempio, in uno studio recente¹ è emerso che, nelle aree del paese dove massiccia è la presenza di immigrati con un modello migratorio stanziale, l'indice di vecchiaia² ha iniziato a diminuire.

Continua a crescere invece il tasso di dipendenza³ che, in Europa, potrebbe raggiungere entro il 2050 il 51% (COM. 2006, 571). La tabella 2 (in appendice) riporta la variazione del tasso di dipendenza negli ultimi 45 anni nei paesi del Sud Europa.

E la tabella 3 (in appendice) mostra la variazione attesa entro il 2050, variazione che si stima pari a 43 punti percentuali tra il 2005-2050 per la Spagna, a

¹ Cfr. Tesauro, Pianelli 2007.

² L'indice di vecchiaia misura il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione da 0 a 14 anni di età. Se l'indice di vecchiaia diminuisce significa che cresce la popolazione tra 0 e 14 anni. Ciò si è verificato, grazie appunto all'apporto dei minori stranieri, tra il 2000 e il 2005 in particolare nell'Italia Nord-Orientale, dove l'indice di vecchiaia è sceso da 156,8 a 155,5, (-1,3).

³ Indice di dipendenza anziani misura il rapporto tra la popolazione di 65 anni e la popolazione attiva, ovvero con età compresa tra i 15 e i 64 anni. Se cresce l'indice di dipendenza anziani significa che continua a diminuire la popolazione in età attiva.

36,6 per l'Italia, a 32,9 punti percentuali per il Portogallo, a 32 per la Grecia. Si evince inoltre che, su 15 paesi europei, proprio i quattro paesi del mediterraneo sono quelli in cui è previsto un incremento maggiore del tasso di dipendenza. In una prospettiva di lungo periodo, dunque, diminuirà in modo considerevole la popolazione in età lavorativa in generale in Europa, ma in special modo proprio nei quattro paesi del mediterraneo.

Dato lo scenario demografico l'agenda di Lisbona, ha definito "prioritarie e indispensabili" due linee di azione:

- l'attuazione di politiche volte a promuovere una maggiore partecipazione all'attività lavorativa, soprattutto per le donne (e le altre fasce più marginali rispetto al mercato del lavoro, ovvero i giovani e le persone in età avanzata) (COM. 2005, 94).
- la *modernizzazione* (corsivo nostro) dei sistemi di protezione sociale soprattutto attraverso il potenziamento di un sistema integrato di servizi socio-sanitari (*ibidem*).

Rispetto alla linee guida della strategia di Lisbona i paesi dell'Europa del mediterraneo presentano una condizione alquanto problematica, sia perchè in questi paesi lentamente crescono i tassi di occupazione delle donne⁴, sia perchè i sistemi di welfare sembrano particolarmente impreparati ad affrontare la sfida demografica almeno per due ordini di ragioni. In primo luogo sono paesi che presentano una ripartizione della spesa sociale fortemente squilibrata a favore della spesa pensionistica e che, conseguentemente, destinano al settore assistenziale

⁴ La commissione ha sottolineato come, sebbene il tasso di occupazione femminile sia in crescita in tutta Europa (56,3% nel 2005), rimane il fatto che la condizione delle donne resta più sfavorevole rispetto a quella degli uomini (COM 7 2007, 49). I tassi di occupazione delle donne dei paesi del mediterraneo oscillano (anno 2005) dal 45,3% dell'Italia al 61,7% del Portogallo (cfr. Tab.17 Pino).

risorse scarse⁵ (cfr. Tab Pino). In secondo luogo perché, come si dirà avanti, in questi paesi il settore dei servizi sociali risulta ancora poco sviluppato.

Nelle pagine seguenti analizzeremo *in primis* quale sia la domanda di assistenza da parte degli anziani (in altre parole se e come si stanno trasformando i bisogni di cura di questa fascia della popolazione), per poi vedere come si configura l'offerta dei servizi ad essi destinati nei sistemi di welfare mediterranei, che ruolo ha l'offerta privata e che ruolo ha la famiglia, quale erogatore di welfare informale. Terzo, ma non ultimo per importanza, riporteremo sinteticamente le risultanze emerse da una ricerca internazionale che ha considerato le donne anziane, particolarmente quelle molto anziane, quale target di ricerca indipendente, sottolineando il fatto che nell'universo anziano le donne rappresentano, in generale nel contesto europeo, ma in special modo nell'Europa del mediterraneo, una fascia della popolazione anziana particolarmente svantaggiata.

Il particolare svantaggio di queste donne, attualmente settantenni e ottantenni, è interpretabile, a nostro avviso, come il prodotto di un modello familiare, prevalente appunto nei paesi del mediterraneo, in virtù del quale le donne, protagoniste della reciprocità e della solidarietà familiare, hanno sovente avuto percorsi di vita caratterizzati da bassi livelli di scolarizzazione e difficoltà di accesso al mercato del lavoro. Oggi molte di queste donne, nate a cavallo degli anni venti e trenta, sopravvissute ai loro mariti, disponendo non di rado di pensioni inadeguate e di una rete di relazioni familiari più assottigliata di quanto non sia stato per le loro madri, devono far fronte al *dramma* della non autosufficienza. Dramma di cui sono, dal punto di vista storico, le prime protagoniste. Dramma che sperimentano spesso da *sole* in una società che, ancora insufficientemente e

⁵ Le risorse destinate al settore assistenziale inoltre sono impiegate, come risulta dalle tabelle a nostra disposizione, per erogare prestazioni monetarie per l'invalidità e la disabilità. Non sappiamo dunque quanto i paesi suddetti spendono per i servizi sociali in generale, e specificatamente, quanto spendono per i servizi sociali per anziani. È comunque plausibile, visti i dati di cui già disponiamo, che tali risorse siano esigue e ancora più esigue quelle destinate ai servizi sociali per gli anziani.

inadeguatamente si fa carico dei loro bisogni di cura e che fatica a trovare soluzioni capaci di garantire a queste donne, nonostante l'età e la non autosufficienza, una dignitosa qualità di vita nella vecchiaia.

1. La domanda sociale di cura degli anziani.

L'invecchiamento della popolazione costituisce una straordinaria trasformazione demografica e i dati riportati evidenziano l'intensità e la velocità del fenomeno nei paesi del mediterraneo. Quanto e come possa incidere l'incremento della popolazione anziana sulla spesa pubblica per la salute e per l'assistenza è questione ancora aperta.

È sembrata plausibile, soprattutto negli anni '80, l'ipotesi che l'invecchiamento della popolazione potesse comportare, per il futuro, incrementi della spesa pubblica in generale per la salute e in particolare per l'assistenza a lungo termine, dal momento che gli studi epidemiologici evidenziavano come, con l'avanzare dell'età, aumentasse la probabilità di ammalarsi e il rischio di non autosufficienza. Proprio muovendo dalla correlazione tra invecchiamento e non autosufficienza Kramer aveva sostenuto che l'allungamento della aspettativa di vita e, quindi, lo spostamento in avanti dell'età di morte, sarebbe stato accompagnato dall'aumento delle malattie mentali, delle malattie croniche e della disabilità.

Nei decenni successivi, tuttavia, alcune ricerche (Jacobzone 1999; Manton e altri 1993 e 1997; Costa 2000; Cutler 2001) avevano rilevato un declino progressivo non solo delle disabilità gravi ma anche di quelle lievi. Alla luce delle nuove acquisizioni Combois e Robine (1996), concludevano che "fosse logico attendersi" per il futuro quanto teorizzato da Manton (1982, 1993 e 1997), ovvero che l'allungamento della aspettativa di vita e, quindi, lo spostamento in avanti dell'età di morte, sarebbe stato accompagnato non già dall'aumento delle malattie

mentali, delle malattie croniche e della disabilità (Kramer 1980) bensì dall'aumento dell'aspettativa di vita senza disabilità⁶.

L'evoluzione delle condizioni di salute degli anziani nel nostro paese sembra confermare questa teoria. Gli ultimi dati Istat (2007) evidenziano infatti un generale miglioramento nelle condizioni di salute degli anziani. Tra il 1994 al 2005 è infatti diminuita l'incidenza della disabilità tra gli anziani, nonostante che nello stesso decennio la popolazione anziana sia notevolmente invecchiata, e in particolare nella seconda parte del decennio, si è realizzato un decremento significativo dell'incidenza delle patologie cronicodegenerative caratteristiche della vecchiaia, dal 47,6% al 42,8%, come risulta in un recente studio (cfr. Tesauro, Pianelli 2007).

Sembrano migliorare anche le condizioni di salute degli anziani spagnoli. Secondo una stima, appunto, relativa alla popolazione spagnola (cfr. Libro Blanco de dependencia) dei circa vent'anni che resterebbero da vivere alle donne di 65 anni, circa 12 sarebbero privi di disabilità, dei circa 16 invece che resterebbero agli uomini, 11 sarebbero privi di disabilità. Se ne deduce le donne potrebbero vivere fino a 77 anni in buona salute, gli uomini fino a 76. La non autosufficienza sembra dunque spostarsi sempre più avanti. Tant'è che la stessa Commissione Europea ribadisce che l'allungamento della vita media è accompagnato sempre di più dalla continua crescita della speranza di vita in buona salute (COM 2005, 94) e che se i futuri incrementi in materia di speranza di vita fossero acquisiti essenzialmente in buona salute e senza invalidità, l'aumento previsto della spesa pubblica per la salute e per l'assistenza alle persone dipendenti dovuto all'invecchiamento si ridurrebbe della metà (COM 2006, 574).

⁶ Esiste una terza teoria in letteratura (Fries 1980) ipotizza che a) il periodo di malattia –lo stato di morbidità- è quello che va dall'inizio della cronicità alla morte; b) se tale periodo si sposta in avanti nel tempo a causa di un medesimo spostamento dell'età di morte; c) se l'aspettativa di vita è relativamente costante; d) allora lo stato di malattia o morbidità si comprime in un arco temporale più breve.

È plausibile sostenere che i “guadagni in salute” della popolazione anziana siano dovuti a molteplici variabili, tra cui un miglioramento generale delle condizioni di vita, l’aumentata consapevolezza da parte dei soggetti che la buona salute dipende anche da adeguati stili di vita (non fumare, alimentarsi correttamente e fare attività fisica) e quindi in generale una maggiore attenzione alla prevenzione (Sirchia 2004)⁷, i notevoli progressi della medicina in questi ultimi anni, e quindi la scoperta di nuove cure e nuove tecnologie mediche, che oggi sono in grado di agire maggiormente sulla condizione di multicronicità, rallentando o comunque procrastinando l’insorgenza della vera e propria disabilità. Sta di fatto che per gli attuali anziani la vecchiaia non equivale sempre a decadimento psico-fisico e perdita dell’autonomia funzionale, e che sempre più spesso essa diventi l’occasione per inventarsi una nuova vita professionale, sociale e familiare, come sta accadendo nel nostro paese⁸.

Si invecchia oggi, è un fatto empiricamente constatabile, diversamente da quanto non accadesse dieci anni fa. Ciò a conferma che l’invecchiamento non può considerarsi un processo inesorabilmente degenerativo, bensì è l’esito della interazione sistematica di processi biologici, psicologici e sociali (Riley 1979) e, dal momento che i processi biologici, psicologici e sociali sono in continuo mutamento nel tempo, l’invecchiamento è un processo in continua trasformazione, che non si dà mai uguale a se stesso. Ogni nuova coorte, poiché nasce in un momento particolare e fronteggia una sequenza unica di ruoli e di avvenimenti ambientali, ha un carattere proprio; perciò le persone appartenenti a coorti diverse tendono a invecchiare in modi diversi (Riley 1986).

⁷ A comprova di ciò risulta (Istat 2007) che è in aumento per tutta la popolazione il numero delle visite effettuate, sia generiche che specialistiche, (segno appunto di una maggiore attenzione alla salute) e che questo aumento riguarda soprattutto gli ultra settantacinquenni (+ 36,7%).

⁸ L’Assemblea Mondiale sull’invecchiamento di Madrid (2002) ha coniato l’espressione Active Age (invecchiamento attivo), per dar conto appunto di un nuovo modo di invecchiare, quello di coloro che, ancora in buona salute, continuavano ad essere attivi, partecipi e impegnati. Del fenomeno si è occupato, con diverse inchieste, il quotidiano Repubblica (maggio 2007).

In questo scenario positivo, tuttavia, che vede “progressivi guadagni di salute” da parte degli anziani, non è comunque possibile ignorare la domanda di assistenza di quella fascia della popolazione anziana che non invecchia in buona salute.

La tabella seguente (Tab. n°4) ci permette di quantificare, per fasce di età e grado di disabilità, la domanda di assistenza degli anziani in tutti i paesi europei.

Popolazione anziana non autosufficiente che ha bisogno di aiuto nello svolgimento delle normali attività di vita quotidiana, per grado di non autosufficienza e fasce di età. Paesi europei, anno 1999.

Tab. 4

	65-79	80 e +
Europa del Nord		
Disabilità grave	14,4	26,4
Disabilità moderata	23,7	23,8
Totale	38,1	50,2
Europa continentale		
Disabilità grave	20,6	37,9
Disabilità moderata	34,7	34,1
Totale	65,3	72,0
Europa del Sud		
Disabilità grave	13,5	27,7
Disabilità moderata	19,4	19,5
Totale	32,9	47,2

Fonte: Libro Blanco de dependencia

Come risulta da questa tabella nei paesi del mediterraneo ben un terzo degli anziani, per così dire più giovani, e quasi la metà dei grandi anziani è affetto da disabilità (grave o moderata). Sono percentuali non trascurabili anche se, come si osserva, più basse rispetto a quelle dei paesi dell'Europa del Nord e dell'Europa continentale.

La Tab. 4 evidenzia, inoltre, una maggiore incidenza della non autosufficienza tra i grandi anziani, a conferma del fatto appunto che il rischio di diventare non autosufficienti aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età.

La correlazione tra età e non autosufficienza è altresì dimostrata da recenti dati relativi al nostro paese. È infatti dopo i 65 anni che aumenta considerevolmente l'incidenza della disabilità⁹, e tale incidenza è ancora più alta tra coloro che hanno dai 75 ai 79 anni (17,8%), sale addirittura al 44,5% per gli ultraottantenni (cfr. Tab. 5 in appendice). Più svantaggiate, inoltre, risultano essere le donne. Sono disabili l'11,4% delle donne tra i 70-74 anni (contro il 7,7% dei coetanei uomini), il 20,8% delle donne tra i 75-79 anni (contro il 13,4% dei coetanei uomini), ben il 48,9% delle donne ultraottantenni contro il 35,8% degli uomini (*ibidem*)

Alcuni dati spagnoli confermano ulteriormente la più alta incidenza della non autosufficienza tra le donne. In Spagna risultano non autosufficienti (per qualsiasi grado di non autosufficienza) 1.464.815 anziani (cfr. Libro Blanco de dependencia)¹⁰ e di questi 1.022.603 sono donne; vivono poi una condizione di grave non autosufficienza 1.036.916 anziani e di questi 731.072 sono donne. La variabile di genere è stata tematizzata solo recentemente dalla ricerca gerontologica spagnola. Le disuguaglianze in salute tra le donne sono state documentate da Borrell (1999) che ha evidenziato la correlazione tra bassi livelli d'istruzione femminili e peggiori condizioni di salute, da Alfageme (2000) che ha sostenuto la correlazione tra la povertà delle donne, invecchiamento precoce e peggiori condizioni di salute, da Gonzales e Pasarin (2004) che hanno documentato la

⁹ La perdita dell'autonomia funzionale aumenta all'avanzare dell'età: tra le persone da 6 a 44 anni è pari allo 0,9%, da 45 a 54 anni è pari all'1,3%, da 55 a 64 anni è pari al 2,5%, da 65 a 69 anni è pari al 5,5%, tra i 70-74 anni è di 9,7% (Istat 2007).

¹⁰ Secondo la medesima fonte in Spagna 2.285.340 persone (di tutte le età) sono disabili, 1.564.006 affette da disabilità grave

correlazione tra sfavorevoli condizioni di salute e condizioni socio-economiche svantaggiate.

Se dunque è più alto il rischio non autosufficienza per le donne, rispetto agli uomini e, come pare, questo si verifica in Italia, così come in Spagna, sembrerebbe plausibile la tesi di chi sostiene che sulla salute pesino una molteplicità di variabili e che, pertanto, “il bene salute”, al pari di altre risorse, si distribuisce tra la popolazione in modo iniquo¹¹.

La ricerca scientifica ha infatti dimostrato che la posizione sociale nella società¹², determinata dal livello di istruzione¹³, dal tipo di lavoro o dalle risorse economiche, esercita una potente influenza sulla distribuzione, sulle caratteristiche e sulla portata dei rischi per la salute sperimentati da differenti gruppi socioeconomici e che i gruppi più benestanti hanno, in linea di massima, più opportunità di vivere una vita sana rispetto ai gruppi meno privilegiati. Alla definizione dei diversi livelli del bene salute concorrono quindi molteplici fattori, definiti in letteratura determinanti della salute (Geddes da Filicaia M., Maciocco G. 2007). I determinanti individuali, ovvero le caratteristiche personali quali età, sesso, patrimonio genetico e i comportamenti individuali, come l'abitudine di

¹¹ In *Levelling up*, documento a cura di M. Whitehead e G. Dahlgren, pubblicato dall'Ufficio europeo per gli investimenti in salute e sviluppo dell'Oms., viene affrontato il tema delle iniquità sociali nella salute, ovvero delle disuguaglianze nella salute provocate da ingiustizie sociali (Geddes da Filicaia M., Maciocco G. 2007).

¹² La posizione sociale è di per sé un importante determinante di iniquità sociale nella salute. Gli effetti psicosociali della posizione sociale sono stati recentemente oggetto di attenzione e ricerche. La posizione sociale è di per sé un determinante di salute; infatti secondo R. Wilkinson questa ha un enorme impatto su come le persone si sentono valutate, apprezzate e ricercate oppure, viceversa, trascurate, trattate senza rispetto, come insignificanti, stigmatizzate e umiliate. Dati empirici dimostrano che le persone di bassa condizione socioeconomica sperimentano mediamente maggiore stress psicosociale dovuto alle difficoltà finanziarie e allo squilibrio tra fatica e ricompensa. Queste forme di stress psicosociale possono avere effetti negativi sulla salute.

¹³ Nel nostro paese in tutte le fasce di età la quota delle persone che dichiarano di stare male o molto male triplica o raddoppia tra quanti hanno conseguito al massimo la licenza elementare rispetto alle persone con titolo di studio più alto (laureati o diplomati): tra le persone di 45-64 anni si passa dal 3,2% al 9,1%, e tra quelle di 65-74 anni dal 7,2% al 16,7%. Analoghe differenze si osservano per quanto riguarda la morbosità: tra gli adulti di 45-64 anni, soffrono di una patologia cronica grave l'11,1% delle persone con laurea o diploma, mentre la quota

fumare o svolgere attività fisica, interagiscono, per tutto il corso della loro vita, con fattori ambientali, ovvero la presenza o meno di reti sociali e di comunità, un particolare contesto di vita e di lavoro, la possibilità o meno di accedere a beni e servizi essenziali (come l'abitazione, l'istruzione e la sanità).

Dalla complessa interazione di tutti i fattori dipenderebbe allora il bene salute¹⁴. In questa prospettiva *la salute viene a configurarsi come una costruzione successiva, un processo "che si fa" attraverso eventi che si susseguono e cumulano nel tempo. E le condizioni di vita esperite anche in età giovanile influiscono sulle condizioni di salute dell'età anziana.*

SE dunque, per riprendere le fila del discorso, si considera la salute come un prodotto di complesse interazioni tra fattori individuali e fattori ambientali, e di eventi che si susseguono per tutto il corso della vita, allora la probabilità di invecchiare in cattiva o buona salute, e il rischio di diventare non autosufficienti, non è il medesimo per gli anziani, ma più propriamente può essere pensato come una sorta di profezia che si autoadempie. Essere donne, ad esempio, con un basso livello d'istruzione e risorse economiche scarse, espone ad un più alto rischio di non autosufficienza in età anziana, che non essere uomini, con un livello di scolarizzazione alto e un buon reddito.

Le donne anziane italiane e spagnole, come si è visto, vivono peggiori condizioni di salute rispetto ai coetanei uomini. È plausibile che ciò sia la conseguenza di uno svantaggio sociale che queste donne hanno accumulato durante tutta la loro vita. Come del resto è stato dimostrato nell'ambito di una ricerca

raggiunge quasi il doppio (20,9%) tra quanti hanno al massimo la licenza elementare; tra gli anziani di 65-74 anni si passa dal 28,4% al 36,5% (Istat 2007).

¹⁴ Proprio muovendo da questa consapevolezza l'Assemblea Mondiale della Sanità ha prodotto nel 2001 la nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF). In base all'ICF la disabilità può essere definita come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali che definiscono il contesto in cui vive l'individuo. Si è passati così, nella concettualizzazione della disabilità, da un approccio individuale ad uno socio-relazionale. Ne consegue che ogni individuo, date le proprie condizioni di salute, può trovarsi in un ambiente con

internazionale denominata MERI, di cui analizzeremo sinteticamente le risultanze nel quarto paragrafo, la donne anziane, soprattutto quelle molto anziane, italiane e spagnole (come del resto quelle portoghesi e greche), hanno frequentemente avuto percorsi di vita caratterizzati da bassi livelli di scolarizzazione e difficoltà d'inserimento nel mercato del lavoro (spesso non si sono inserite affatto nel mercato del lavoro e, se ciò è accaduto, hanno svolto lavori a bassa qualificazione e con bassa retribuzione). A ciò si aggiunga che queste donne anziane, vivono oggi in paesi, come quelli appunto del mediterraneo, dove, come si dirà di seguito, l'offerta pubblica di servizi per gli anziani è ancora poco sviluppata e, di converso, un ruolo importante riveste l'offerta privata, offerta a cui rimane difficile accedere per molte di loro (dati i bassi livelli di reddito).

2. Prestazioni e servizi territoriali per gli anziani nei paesi del mediterraneo.

Secondo diversi autori i sistemi di welfare mediterranei si caratterizzano per una scarsa offerta di servizi sociali. Leibfried¹⁵ (1993) parla, per Italia, Spagna, Portogallo e Grecia di un “*sistema di welfare rudimentale*”, Anttonen e Sipilä (2001) di *un modello tradizionale di care*.

I paesi del mediterraneo dunque sono paesi dove i sistemi di welfare sono definiti “rudimentali” e “tradizionali” perché ancora troppo carente l'offerta pubblica e comunque di tipo tradizionale, ovvero incentrata prevalentemente sulla monetizzazione delle prestazioni piuttosto che sull'organizzazione di un sistema integrato di servizi. In sistemi di welfare rudimentali e tradizionali la maggior parte dei servizi, secondo i predetti autori, è fornita dalle reti informali e da

caratteristiche che possono limitare o restringere le proprie capacità funzionali e di partecipazione sociale

¹⁵ Questo autore insieme ad altri (cfr. Castles 1994; Ferrera 1996) ha sviluppato l'idea che i paesi del Sud Europa abbiano in comune un sistema di welfare state avente una propria logica e proprie caratteristiche, tanto da costituire un modello a sé di welfare state

organizzazioni private, e la famiglia riveste ancora *il ruolo di principale agenzia di welfare* (corsivo nostro).

In questo quadro, nel contesto mediterraneo, gli anziani sebbene coperti dal punto di vista previdenziale, restano ancora poco supportati e tutelati dal punto di vista assistenziale.

La presa in carico degli anziani, in generale nei paesi europei e quindi anche in quelli del sud Europa, è di pertinenza dei servizi sociali e di quelli sanitari. Distinguere i diversi livelli di competenza non è semplice, dal momento che sono diversi gli enti che nei vari paesi partecipano alla presa in carico delle persone anziane. Ne deriva che i sistemi e l'organizzazione assistenziale presentano significative differenze nei vari paesi europei sia per i modelli sanitari e sociali, sia per i diversi livelli di integrazione. In generale nei paesi europei il livello regionale o provinciale esercita soprattutto funzioni di programmazione e controllo, mentre il livello comunale si occupa più direttamente della fornitura dei servizi (Pesaresi, Gori 2005).

La difficoltà di reperire dati affidabili e comparabili per i diversi paesi (Anttonen e Sipilä, 2001) vale in particolare per i servizi territoriali socio-sanitari di tipo domiciliare e residenziale, soprattutto perché la loro organizzazione avviene a livello locale.

Dato ciò in questo paragrafo descriveremo, nel modo più compiuto possibile considerati i dati e le fonti a nostra disposizione, il quadro dell'offerta dei servizi per gli anziani in Spagna, Portogallo e Grecia, evidenziando come essi siano ancora dal punto di vista quantitativo esigui, dal momento che la percentuale di anziani che ne usufruisce è decisamente bassa. Relativamente all'Italia poi, rimandando il lettore ad altre ricerche che documentano, per il nostro paese, l'offerta dei servizi per anziani, prenderemo innanzitutto in esame alcuni dati che evidenziano bassi indici di copertura dei servizi pubblici, per poi sottolineare lo sviluppo crescente del settore privato nell'ambito dell'assistenza domiciliare agli

anziani (come dimostra la recente diffusione su tutto il territorio nazionale di una rete privata di Home Care).

2.1 Il caso spagnolo: il riconoscimento della non autosufficienza come nuovo rischio sociale.

Nel panorama dei paesi del Sud Europa il caso spagnolo costituisce senza dubbio un'esperienza innovativa rispetto alla problematica della non autosufficienza.

Dal punto di vista storico la democratizzazione ha avuto implicazioni importanti per i servizi sociali: dopo la fine della dittatura è cresciuto l'associazionismo, è cresciuta la domanda di servizi privati, ad infine, agli inizi degli anni Ottanta ha preso piede la scuola di pensiero che sosteneva un vasto intervento pubblico nel settore dei servizi sociali, accompagnato da una decentralizzazione delle responsabilità nell'amministrazione. Negli anni novanta è stato implementato il primo Programma Nazionale di Gerontologia (1992) centrato sulla non autosufficienza. In questo periodo sono migliorati i servizi esistenti e ne sono stati creati di nuovi come i Centri Diurni, Soggiorni temporanei in strutture residenziali e teleassistenza.

Le Comunità Autonome hanno esercitato un notevole potere legislativo in relazione ai servizi sociali; ogni Comunità Autonoma ha implementato il proprio programma di Gerontologia e ogni Comunità ha avuto libertà d'azione per quanto riguarda la tipologie e la quantità dei servizi offerti.

Sulla scorta dell'esperienza pregressa di alcune Comunità Autonome che avevano approvato provvedimenti legislativi ad hoc per la non autosufficienza (la Cantabria nel 2001, la Comunità autonoma di Madrid e il Principato delle Asturias nel 2003) il 21 aprile 2006 il governo ha presentato in parlamento una proposta di legge che regola il sistema nazionale di tutela per i non autosufficienti, approvato il 30 novembre ed entrato in vigore il 1 gennaio 2007.

La legge rappresenta un'esperienza unica nel contesto mediterraneo.

Sposa la filosofia universalistica¹⁶, dal momento che riconosce il diritto all'assistenza per tutti i cittadini non autosufficienti indipendentemente dall'età e dalle condizioni di reddito¹⁷. Così facendo il legislatore legittima la fruibilità del diritto sociale di assistenza basandosi unicamente sulla verifica della condizione di bisogno, non tenendo conto di altri fattori. Considera altresì *quella* condizione una condizione che, di per se stessa, dà diritto a prestazioni e servizi. In tal senso la normativa spagnola riconosce alla non autosufficienza la dignità *di nuovo rischio sociale*, superando, nell'ambito dell'assistenza agli anziani, la filosofia tradizionale che ancora prevalentemente tutela questa fascia della popolazione dai rischi legati alla carriera lavorativa, attraverso appunto i benefici previdenziali.

Nell'ottica della modernizzazione dei sistemi di welfare auspicata dall'agenda di Lisbona, la legge poi, come recita il titolo, "*Per la promozione dell'autonomia personale e la cura delle persone non autosufficienti*" (Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia) vuole promuovere l'autonomia personale e la cura delle persone non autosufficienti, ciò attraverso la creazione di un sistema ad hoc, ovvero il Sistema per l'autonomia e la cura della non autosufficienza (SAAD) (Cap.II, Art. 14, 15 e 16).

IL SAAD prevede un forte potenziamento dell'offerta integrata di servizi, anche attraverso il riconoscimento e l'incentivazione dell'offerta privata e del terzo settore, una consistente incentivazione di interventi di prevenzione e di riabilitazione e, al contempo, l'incremento di prestazioni monetarie¹⁸ finalizzate a favorire l'accesso ai servizi. Solo nei casi in cui il soggetto fosse impossibilitato ad

¹⁶ Come del resto è sottolineato dal legislatore stesso all'Art. 3 (lettera b).

¹⁷ Sono pertanto titolari del diritto tutti i cittadini spagnoli in condizione di non autosufficienza che abbiano più di tre anni, Art. 5, comma 1 e 2, dato che per i minori di tre anni saranno predisposti specifici provvedimenti normativi Art. 5, comma 1b; i cittadini spagnoli non residenti in Spagna (comma 3) e i cittadini spagnoli emigrati e poi rientrati in Spagna (comma 4).

¹⁸ Non è specificato nella legge a quanto ammonti la prestazione monetaria.

accedere ad un qualunque servizio, la normativa riconosce “eccezionalmente” la possibilità di impiegare la prestazione per usufruire di un’assistenza privata, erogata da un familiare o da un assistente privato (Art.17 e Art.18 comma 1).

Obiettivo di questa legge è dunque quello di potenziare e riordinare il sistema dell’offerta dei servizi per gli anziani ancora insufficiente nel paese, come si evince dagli indici di copertura di alcuni servizi sociali riportati in tab. 6.

Numero utenti¹⁹ e indice di copertura dei Servizi Sociali per tipologia. Anno 2004

Tab. 6

	SAD		Teleassistenza ²⁰		Centro Diurno ²¹		Strutture residenziali	
	Utenti	Indice di copertura*	Utenti	Indice di copertura*	Utenti	Indice di copertura*	Utenti	Indice di copertura*
Spagna	228.812	3,14	148.905	2,05	33.709	0,46	275.049	3,78

*Indice di copertura: utenti/totale della popolazione anziana x 100

Fonte: Libro Blanco de dependencia

Tenuto conto di quanto sopra la legge auspica lo sviluppo di un sistema integrato dei servizi²² (Art. 15, comma 1), costituito dalle seguenti tipologie di servizi²³:

- servizio di Teleassistenza

¹⁹ Utenti di servizi sociali su una popolazione anziana pari a 7.276.620 nello stesso anno.

²⁰ L'indice di copertura del servizio di Teleassistenza è passato dallo 0,12 al 2,05 dal 1995 al 2004.

²¹ L'indice di copertura dei Centri Diurni è passato dallo 0,11 del 1999 allo 0,27 del 2004.

²² Stando comunque al Libro Bianco per la non autosufficienza l'unica tipologia di servizio al momento molto diffusa, 3.588 centri, con un alto indice di copertura, il 48,49% della popolazione, ovvero 3.528.376 iscritti, è quella costituita dagli *hogares*, case o club. Essi sono presenti sia nei contesti urbani che in quelli rurali. Oltre a favorire la socializzazione tra gli anziani forniscono consulenza psico-sociale, podologia, riabilitazione, terapia occupazionale, ginnastica e, come ha sottolineato Casado (1993) una caratteristica interessante consiste nel forte collegamento di questi centri che hanno, tra l'altro, finalità culturali e ricreative, con i servizi sociali.

- servizio di Assistenza domiciliare
- Centri Diurni
- Centri diurni e notturni
- strutture residenziali per persone non autosufficienti.

La legge, inoltre, definisce il quadro delle responsabilità istituzionali in un'ottica di decentramento e di potenziamento dell'autonomia delle Comunità Autonome.

Il ruolo del Governo è di indirizzo e di coordinamento delle Comunità Autonome. Stabilisce infatti i Livelli Minimi di Assistenza (Art. 9, comma 1), finanzia il SAAD, attraverso il finanziamento delle Comunità Autonome (Art. 32, comma 1 e 2) e, per favorire il coordinamento e la cooperazione, istituisce il Consiglio Territoriale del SAAD (Art. 8, comma 1), ovvero un organo interistituzionale, nel quale entrano a far parte rappresentanti del Governo, delle Comunità Autonome e degli Enti locali (*ibidem*).

Le Comunità Autonome hanno il compito (Art. 11, comma 1) di:

- programmare, coordinare e gestire l'implementazione dei servizi in ambito territoriale;
- favorire l'integrazione del settore socio-sanitario attraverso la creazione di organi specifici;
- monitorare periodicamente il sistema dei servizi per garantirne la qualità;
- concorrere alla definizione dei Livelli Minimi di Assistenza (Art. 9, comma 1) potendo altresì definire livelli aggiuntivi di assistenza (Art. 11, comma 2);

²³ L'Art. 33 (comma 1) prevede, per l'accesso ai servizi, la compartecipazione finanziaria degli utenti, a seconda della possibilità economiche degli utenti e di criteri definiti dalle Comunità Autonome (comma 3).

- definire gli organi preposti alla valutazione delle situazioni di non autosufficienza, secondo la definizione di non autosufficienza dell'OMS (Art.27, comma 2).

Gli Enti Locali partecipano alla gestione dei servizi secondo quanto previsto dalla normativa delle comunità autonome (Art. 12, comma 1 e 2).

La legge disciplina infine il settore della formazione e qualificazione professionale (Art. 36) di coloro che si prendono cura di persone anziane, "cuidadores", rinviando ad un'altra fase normativa, una classificazione delle figure professionali (comma 1) e la promozione di specifici programmi formativi (comma 2).

2.2 L'assistenza agli anziani in Portogallo.

In Portogallo²⁴ la Legge Quadro di previdenza sociale, legge n° 32/2004, prevede la creazione di un'assicurazione specifica per la non autosufficienza nell'ambito del sotto-sistema di Welfare Familiare. In attesa di una normativa specifica l'assistenza ai non autosufficienti è garantita dalla normativa attuale, ovvero in osservanza del decreto legge n.265/99. Nell'ambito del sistema previdenziale sono previsti benefici monetari ai pensionati non autosufficienti. L'indennità di non autosufficienza è riconosciuta ai portatori di invalidità, a quelli che hanno pensioni di anzianità e di guerra da parte della Previdenza sociale²⁵. L'ammontare dell'indennità di non autosufficienza varia a seconda che la non autosufficienza sia di primo o di secondo grado. Il sostegno ai familiari che si fanno carico dell'anziano malato si realizza attraverso l'aumento del 50% della pensione di cui la persona non autosufficiente è già titolare

²⁴ Fonte: sito web:[http:// ec.europa.eu/employment_social/social-protection/missoc_info_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/social-protection/missoc_info_en.htm)).

²⁵ In virtù di tale decreto è prevista altresì una forma di previdenza non contributiva per i bambini e i giovani disabili. Ai giovani dai 24 anni in su è riconosciuto un sussidio mensile di € 15 fino al compimento del settantesimo anno; dai 70 anni in su il sussidio mensile è pari a € 30.

È inoltre stata prevista nel 2006 una particolare integrazione del reddito, chiamata “supplément solidaire pour personnes âgées”, per gli anziani di 80 anni e più con un reddito annuo pari a €4.200. Per questi anziani il contributo economico è pari alla differenza tra il loro reddito e la soglia appunto di €4.200. Il Governo intende estendere progressivamente questa integrazione al reddito anche ad altri anziani, stimando di arrivare, entro il 2009, a tutta la popolazione dai 65 anni in su.

La rete di strutture e servizi di assistenza sociale per gli anziani è promossa dai Centri di Previdenza sociale locale (che a loro volta dipendono dall’Istituto nazionale di Previdenza), dagli Istituti di Solidarietà Sociale Privata (IPSS), dalle Organizzazioni non Governative, dalle Organizzazioni profit e di Autoaiuto. Il decreto ministeriale n. 407/1998 ha approvato il regolamento attuativo relativo all’integrazione dell’assistenza socio-sanitaria per le persone non autosufficienti ed ha creato anche delle misure di Assistenza Domiciliare Integrata e Centri di assistenza Integrata che sono stati implementati dal IPSS in collegamento con i Centri di previdenza sociale locale e le relative autorità sanitarie locali. Il sistema di assistenza sociale è finanziato con trasferimenti statali, attraverso accordi di cooperazione tra lo stato e Istituti di Solidarietà Sociale Privata (IPSS). Nel caso dell’ Assistenza sociale integrata gli accordi sono sottoscritti da tre parti: le due precedenti e il Ministero della Salute per l’assistenza sanitaria (la cooperazione è debitamente regolata ogni anno). Per accedere ai servizi è prevista la compartecipazione dell’utente in relazione al suo reddito. Dell’accreditamento dei servizi sono responsabili i centri di previdenza sociale locale che verificano se i servizi rispettino gli standard minimi di assistenza previsti dalla normativa.

Come risulta dalle nostre fonti (cfr. sito web:http://ec.europa.eu/employment_social/social-protection/missoc_info_en.htm) il sistema dei servizi per gli anziani si costituisce, in questo paese, delle seguenti tipologie:

- Assistenza domiciliare,
- Assistenza domiciliare integrata,
- Case di riposo

- Centri di assistenza integrata,
- Strutture residenziali,
- Case famiglia,
- Centri occupazionali.

2.3 L'assistenza agli anziani in Grecia

In Grecia²⁶ le prestazioni monetarie per la non autosufficienza sono finanziate attraverso i fondi previdenziali. I sussidi cioè sono erogati attraverso il sistema previdenziale, che riconosce l'indennità di non autosufficienza agli invalidi e ai reduci, su parere della relativa commissione medica, dall' IKAETAM che è il più grande istituto previdenziale del paese. È prevista per il coniuge di una persona non autosufficiente una indennità pari al 50% della pensione minima.

Il sistema greco dei servizi per gli anziani prevede un'offerta pubblica (comparto assistenziale) e un'offerta a carico di organizzazioni private (profit e non profit). I servizi erogati dal settore privato sono supervisionati dalle prefetture attraverso una figura professionale definita "consulente sociale".

Sulla base delle fonti a nostra disposizione e tenuto conto dell'esiguità dei dati disponibili per questo paese, ci sembra di poter asserire che il sistema dei servizi è imperniato prevalentemente su programmi di assistenza domiciliare, principalmente erogata a anziani soli; in merito è bene specificare che il primo programma di Assistenza Domiciliare è stato implementato solo nel 1998 e che quindi la Grecia, nel panorama mediterraneo, è il paese che più tardi ha implementato servizi di tipo domiciliare.

Esistono poi strutture di tipo residenziale, programmi di turismo termale e i cosiddetti KAPI, ovvero Centri di cura diurni per attività ludiche, laboratori occupazionali e attività riabilitativa, chiamati anche "Centri per la tutela dell'anziano".

²⁶ Fonte: sito [http:// ec.europa.eu/employment_social/social-protection/missoc_info_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/social-protection/missoc_info_en.htm).

2.4 Il ruolo crescente dell' offerta privata di servizi per anziani in Italia.

Come è noto nel nostro paese gli interventi di natura socio-assistenziale sono normati dalla legge n. 328/2000, in virtù della quale i Comuni sono titolari delle funzioni amministrative a livello locale e concorrono alla programmazione regionale; le Province concorrono alla programmazione, ma gran parte delle loro attribuzioni è trasferita ai Comuni; alle Regioni spettano programmazione, coordinamento e verifica; allo Stato toccano i compiti di indirizzo e coordinamento (Artt. 6-7-8-9).

Come previsto dalla normativa, i servizi per gli anziani, siano essi socio-assistenziali che socio-sanitari, si possono aggregare in tre macro tipologie:

- servizi residenziali,
- servizi semi residenziali,
- servizi domiciliari.

Esistono poi una varietà di servizi, che per la loro specificità in realtà non si inseriscono in nessuna delle suddette tipologie, e sono servizi di natura ludico-ricreativa, come soggiorni climatici, centri sociali, orti sociali, o ancora servizi volti alla promozione dell'anziano come nel caso di anziani che svolgono lavori socialmente utili.²⁷

Per quanto riguarda le prestazioni monetarie, oltre all'indennità di accompagnamento, di cui possono usufruire tutti coloro che sono non autosufficienti, indipendentemente dal loro reddito, sono previste, dalla normativa vigente, altre due tipologie di integrazioni monetarie: l'assegno di cura²⁸ e i buoni servizio²⁹.

²⁷ Dal momento che tali iniziative si producono nelle singole realtà locali, differenziandosi quindi da Comune a Comune, è realmente problematico mapparne la diffusione da Nord a Sud.

²⁸ L'assegno di cura consiste in un contributo economico fornito agli anziani (o ai loro familiari) per finanziare l'assistenza. Tale contributo economico è erogato dai comuni o dalle Asl in alternativa ai servizi alla persona. È fornito agli anziani o ai loro familiari e può essere utilizzato in vari modi: per pagare un professionista, per pagare prestazioni sul mercato nero, oppure infine per

L'insufficienza e l'inadeguatezza dei servizi per gli anziani nel nostro paese è stata ampiamente documentata (cfr. Assr, Censis, Federsanità-Anci, Regioni 2005, Pavolini 2004, Da Roit, Castegnaro 2004) e non si ritiene opportuno pertanto ribadirla.

In questa sede ci limitiamo però ad evidenziare quanto sia ancora scarsa l'offerta di servizi per anziani, utilizzando, quali indicatori, gli indici di copertura dell'ADi e delle strutture residenziali per anziani, due tipologie di servizio che in effetti costituiscono l'asse portante dell'offerta di servizi per gli anziani in Italia (cfr. Tab.7 e Tab.8).

Numero di utenti over 65 che hanno usufruito di ADI e indice di presa in carico³⁰. Anno 2003

Tab. 7

	Utenti –valore assoluto	Indice di presa in carico
Italia Nord Occidentale	68.718	226
Italia Nord Orientale	94.737	435
Italia Centrale	56.350	248
Italia Meridionale	33.003	144
Italia Insulare	7.622	68
Italia	260.430	239

Fonte: *nostra elaborazione* in Tesouro, Pianelli 2007.

pagare un familiare che svolge attività di cura. Il contributo economico viene commisurato sia ai diversi livelli di bisogno, sia ai criteri reddituali. Dal punto di vista normativo la legge 328/2000 non dedica un articolo specifico all'assegno di cura, perché lo inserisce nel più ampio insieme delle misure per la "Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari" (art. 16).

²⁹ I voucher, o "titoli per l'acquisto dei servizi sociali", sono forniti dai comuni, su richiesta dell'interessato, ed attribuiscono il diritto a determinate prestazioni. Il beneficiario li utilizza per acquistare tali prestazioni da uno degli erogatori, pubblici o privati, accreditati dalle municipalità.

³⁰ L'Istat definisce Indicatore di presa in carico il rapporto tra utenti di un determinato servizio e la popolazione di riferimento, in questo caso la popolazione anziana. Tale rapporto indica quante persone abbiano effettivamente fruito del servizio rispetto a 10.000 potenziali utenti in una determinata ripartizione territoriale.

Numero di utenti over 65 delle strutture residenziali pubbliche e private e indice di presa in carico³¹. Anno 2003

Tab. 8

	Utenti –valore assoluto	Indice di presa in carico
Italia Nord Occidentale	82.855	272
Italia Nord Orientale	72.511	333
Italia Centrale	19.283	85
Italia Meridionale	2.418	11
Italia Insulare	1.034	9
Italia	178.101	163

Fonte: nostra elaborazione in Tesauro, Pianelli 2007.

Tuttavia a fronte di un'offerta insufficiente la domanda di assistenza proveniente dalla popolazione anziana è una domanda tutt'altro che trascurabile; è una domanda, infatti, che potenzialmente cresce, dato che la popolazione anziana continua ad invecchiare, e si sta incrementando la domanda anche nelle aree meridionali del paese che, sebbene più giovani rispetto al Nord, sono state interessate nell'ultimo decennio da un notevole incremento della popolazione anziana (cfr. Tesauro, Pianelli 2007).

In questo scenario, dunque, di domanda crescente e di offerta inadeguata, trova spazio l'offerta privata di servizi, anche attraverso l'offerta di servizi "tradizionalmente" offerti dal pubblico.

È questo il caso di Privatassistenza, la prima rete nazionale di Home Care, specializzata nell'erogazione e nella gestione di interventi a favore di persone anziane con necessità sanitarie e socio assistenziali. Privatassistenza fornisce assistenza domiciliare, servizio infermieristico a domicilio, assistenza ospedaliera, organizza soggiorni vacanza assistiti e si occupa della gestione di case di riposo e

³¹ L'Istat definisce Indicatore di presa in carico il rapporto tra utenti di un determinato servizio e la popolazione di riferimento, in questo caso la popolazione anziana. Tale rapporto indica quante persone abbiano effettivamente fruito del servizio rispetto a 10.000 potenziali utenti in una determinata ripartizione territoriale.

strutture residenziali in genere. È presente su tutto il territorio nazionale, anche se con un numero maggiore di sedi nell'Italia del Nord (cfr. www.privatassistenza.it). Ci sembra d'uopo citare questa rete di Home Care non tanto, e non solo, per completezza di informazione, ma per sottolineare la dinamicità del privato, un privato che si rinnova, che "coglie" la domanda e sviluppa un'offerta diffusa sul territorio nazionale. E ciò sembra avvenire mentre il pubblico, più che potenziarsi, sembra consolidarsi ulteriormente nella prassi della delega al privato.

Ma, si ritiene, la crescita del privato solleva almeno qualche perplessità, considerando che non tutti gli anziani hanno le necessarie risorse economiche per accedere al sistema dell'offerta privata di servizi. Come ha rilevato l'Istat (2006b) nel 2004 le famiglie composte da *anziani soli* hanno percepito un reddito netto pari in media a 12.322 annui (decisamente inferiore al reddito medio delle famiglie italiane (28.078 euro) e più basso rispetto a quello percepito da tutte le altre tipologie familiari. Il valore mediano indica, inoltre, che il 50 per cento di queste famiglie ha guadagnato in un anno meno di 10.735 euro, ovvero 895 euro mensili. Il 51,5% delle famiglie di anziani soli appartiene ai due quinti³² dei redditi più bassi.

Le *famiglie di anziani* e quelle in cui è presente almeno un anziano hanno percepito, nel medesimo anno, redditi medi e mediani meno elevati rispetto al reddito medio delle famiglie residenti in Italia. In particolare le coppie senza figli con a capo un anziano hanno percepito un reddito medio annuo di 21.956, le famiglie in cui è presente un anziano di 21.077 e quelle in cui è presente almeno un anziano di 22.596 euro. Inoltre le coppie senza figli con a capo un anziano appartengono, nel 46,7 % dei casi, ai due quinti dei redditi più bassi; le famiglie in

³² Per confrontare le condizioni economiche delle famiglie con diversa numerosità e composizione, il reddito familiare viene solitamente diviso per opportuni parametri, in modo da ottenere un reddito equivalente. Utilizzando il reddito equivalente le famiglie possono essere ordinate da quella con il reddito più basso a quella con il reddito più alto e poi divise in cinque gruppi (quinti). Il primo quinto comprende il 20 per cento delle famiglie con i redditi equivalenti più bassi e l'ultimo quinto risulta composto dal 20 per cento di famiglie con i redditi più alti (Istat 2006h).

cui è presente un anziano vi appartengono per il 43,7% e le famiglie con almeno un anziano vi appartengono per il 43,8%.

Infine le famiglie in cui *il principale percettore di reddito* ha 65 anni e più hanno percepito, anno 2004, un reddito medio pari a 18.921 euro al mese, reddito decisamente meno elevato rispetto a quello percepito dalle famiglie in cui il principale percettore ha meno di 65 anni (per queste famiglie il reddito va da un minimo di 27.566 euro a un massimo di 34.983). Il 48,7% delle famiglie in cui il principale percettore ha più di 65 anni appartiene ai due quinti dei redditi più bassi.

Sembra dunque non trascurabile la percentuale di anziani che non possono “investire” sulla salute ricorrendo all’offerta privata di servizi. La questione non è di poco conto se si considera che, in assenza di prestazioni adeguate, è stato dimostrato che il rischio di comparsa di patologie importanti, spesso determinanti quadri di dipendenza più o meno grave, aumenta sensibilmente (Presidenza del Consiglio, Dipartimento per gli Affari Sociali 2000).

4. Il modello familiare della solidarietà intergenerazionale nei paesi del Sud Europa.

Gli studi comparati di welfare state hanno evidenziato che i Paesi del Sud dell’Europa (Grecia, Italia, Spagna e Portogallo) sono paesi nei quali alla famiglia è riservato un ruolo fondamentale nella produzione di welfare informale. E se ciò accade, come si è visto, è perché in questi paesi ancora carente è l’offerta pubblica di servizi.

Nel contesto mediterraneo è particolarmente diffuso un modello familiare caratterizzato dalla solidarietà intergenerazionale (tra genitori e figli) (Naldini, 2006). *In questi paesi è possibile cioè rilevare l’esistenza di forti relazioni e scambi tra genitori e figli* per tutto il corso di vita. Le famiglie dei paesi mediterranei dunque sono famiglie che, frequentemente, fanno della solidarietà

intergenerazionale una pratica di vita quotidiana, redistribuendo risorse economiche, sociali, culturali, relazionali. E Ciò avviene non solo nel caso della convivenza tra genitori anziani e figli adulti, ma anche nel caso in cui si realizzi la cosiddetta intimità a distanza, ovvero pur non coabitando, genitori e figli vivono vicini e sono quotidianamente in contatto.

Un'inchiesta Eurobarometer (1992) attestava che il 71% degli ultrasessantacinquenni in Italia dichiarava di vedere ogni giorno almeno un membro della propria famiglia, il 65% in Grecia, il 61% in Spagna³³ (Walker 1993; Walker e Maltby 1997).

Pesaresi, Gori (2005) registrano una tendenza nei paesi del sud d'Europa (Grecia, Spagna, Italia, Portogallo) a collocarsi a un livello basso di sviluppo della residenzialità collettiva per anziani, inferiore al 3%³⁴, dato appunto che testimonia come sia radicata nel contesto mediterraneo la solidarietà intergenerazionale.

Non sappiamo come possa trasformarsi la solidarietà tra genitori e figli nel prossimo futuro, soprattutto in relazione al fatto che i nuclei familiari si vanno sempre più assottigliando e che di conseguenza cresce la percentuale di persone che vivono sole e, viceversa, diminuisce la percentuale di persone che vivono in famiglia (cfr. Tab.9)

³³ Percentuali molto più elevate rispetto a quelle rilevate per esempio in Gran Bretagna (22%), in Olanda (19%), in Danimarca (14%)

³⁴ Nel 1999 gli anziani assistiti nelle strutture residenziali erano pari al 3,2% in Spagna e al 2,7% in Italia, nel 1992 erano pari al 2% in Portogallo, nel 1991 all'1% in Grecia. I paesi del Nord Europa si collocano al di sopra del 6%, il valore medio in Europa è del 5%.

*Tipologie familiari per paese e anno***Tab. 9**

	N° componenti familiari			Persone che vivono sole			Persone che vivono in famiglie di 5 o più persone		
	1960	1980	2001	1960	1980	2001	1960	1980	2001
Grecia	3.8	3.1	2.6	10	15	22	32	17	n.r.
Italia	3.6	3.0	2.6	11	18	23	27	15	n.r.
Portogallo	3.8	3.4	2.9	11	13	15	29	21	n.r.
Spagna	3.8	3.4	3.0	n.r.	10	15	n.r.	26	n.r.

Fonte: Nico van Nimwegen and Gijs Beets

Relativamente all'Italia l'Istat (2006a) attesta che continua a crescere la percentuale di anziani che vivono soli, pari al 25,8%, dato questo che da un lato è indicativo dei processi demografici in atto, ma dall'altro testimonia il consolidarsi della propensione da parte degli anziani a vivere per proprio conto (propensione del resto riscontrabile nella comunità europea in generale - COM 2005, 94-).

Nel nostro paese gli uomini tra i 65 e i 74 anni che vivevano soli sono passati (dal 1993 al 2003) da 210.029 a 306.382, le donne coetanee da 879.184 a 906.795, inoltre nello stesso decennio gli uomini di 75 anni e più sono passati da 281.938 a 287.844, le donne da 1.133.380 a 1.604.442; stesso trend crescente per gli anziani che vivono in coppia senza figli: gli uomini che vivono in coppia senza figli di 75 anni e più sono passati da 732.500 a 1.068.622, le donne coetanee da 378.582 a 670.891 (cfr. Tesauro, Pianelli 2007).

Il Libro Bianco spagnolo sulla non autosufficienza dedica un intero capitolo all'analisi delle trasformazioni familiari (cap. 3), interrogandosi proprio su come queste trasformazioni possano mettere in crisi la solidarietà tra genitori anziani e figli adulti. Solidarietà che, si legge, si fonda su una forte senso di obbligazione morale³⁵. Solidarietà di cui, si afferma, sono protagoniste prevalentemente le donne, dal momento che nell'83,6% dei casi il caregiver primario è una donna. In

genere una donna di mezza età (età media 52,9), coniugata (nel 76,2% dei casi), con un titolo di studio basso (nel 60% dei casi), senza occupazione (nel 73% dei casi), casalinga o pensionata.

Anche se non abbiamo dati per confermarlo, è tuttavia plausibile che il profilo tipico del caregiver primario, tracciato dal libro bianco spagnolo, sia il medesimo anche negli altri paesi del mediterraneo.

Le donne dunque protagoniste della solidarietà familiare, protagoniste spesso solitarie. Il loro ruolo, infatti, anche se riconosciuto in via di principio, è di fatto ancora poco supportato. In Italia circa l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi pubblici a domicilio (Istat 2007). In Spagna solo il 6,5% delle famiglie che si fanno carico di un anziano non autosufficienti sono supportate dai servizi sociali; solo lo 0,46% ha un posto in un centro diurno³⁶ ([http:// ec.europa.eu/employment_social/social-protection/missoc_info_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/social-protection/missoc_info_en.htm)). Sempre in Spagna 83.504 anziani non autosufficienti si avvalgono di qualche servizio pubblico, contro gli 875.874 che invece vengono accuditi dalla famiglia (Libro Blanco de dependencia).

Proprio perché ancora insufficiente è l'apporto dei servizi sociali al lavoro di cura familiare il tema della conciliazione ha acquisito una rilevanza crescente nell'ambito del lavoro della Commissione Europea. L'agenda di Lisbona non a caso impegna i governi a più efficaci politiche di ri-conciliazione tra vita lavorativa e vita privata attraverso la messa a disposizione di servizi per l'infanzia e la cura delle persone non autosufficienti (COM 2005, 141), nella convinzione implicita che solo sviluppando politiche capaci di conciliare il lavoro di cura della famiglia con il lavoro extra-domestico, la famiglia potrà continuare a svolgere il suo ruolo di

³⁵ Il 62,3% delle persone che si fanno carico di una persona anziana lo fanno per "iniziativa propria", il 23,1% in seguito a una decisione familiare (Libro Blanco de la dependencia).

³⁶ Ritengo particolarmente significativo fare riferimento al dato relativo ai centri diurni dal momento che i centri diurni, quali strutture semiresidenziali che accolgono gli anziani per una parte della giornata, possono, riteniamo, essere considerati una sorta di politica che favorisce la conciliazione dei tempi di cura familiare e di lavoro extradomestico.

erogatore di welfare informale. E questo vale in particolare per la cura di una persona non autosufficiente che ha tempi lunghi e spesso impegna gran parte della giornata: sovente è difficilmente conciliabile con gli impegni lavorativi.

In merito al tema della conciliazione nella consultazione formale delle parti sociali (SEC 2006, 1245) la Commissione Europea ha messo a tema un'eventuale revisione delle disposizioni esistenti per quanto riguarda il congedo di maternità e il congedo parentale nei paesi membri; ha anche sollecitato (COM 2007, 49) la creazione di "congedi filiali" che permettano di occuparsi di genitori anziani, e che siano "attraenti" tanto per gli uomini quanto per le donne".

Attualmente in Italia, per l'accudimento del coniuge o altro parente anziano non autosufficiente, i dipendenti sia privati che pubblici possono accedere a un periodo di congedo, continuativo o frazionato, non superiore a due anni, non retribuito e senza il versamento dei contributi previdenziali; il posto di lavoro è comunque conservato (legge n° 53/2000 Art. 4, Comma 2).

In Spagna la normativa prevede la possibilità di usufruire fino ad un anno di permesso (non retribuito e non coperto da contributi previdenziali) per assistere un parente malato (anziano, non autosufficiente) sebbene il posto di lavoro sia conservato (legge n.° 39/1999) ([http:// ec.europa.eu/employment_social/social-protection/missoc_info_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/social-protection/missoc_info_en.htm)).

Le donne dunque sono, in tutti e quattro i paesi, le protagoniste della solidarietà intergenerazionale: conoscerle meglio aiuta a capire meglio le attuali dinamiche della solidarietà intergenerazionale, e come queste dinamiche possano cambiare in futuro. Per rispondere a questo bisogno conoscitivo, e dalla constatazione appunto che gli studi scientifici e le statistiche ufficiali abbiamo finora trascurato le donne anziane come gruppo target indipendente, nasce la ricerca MERI³⁷, una ricerca internazionale che ha analizzato le condizioni di vita

³⁷ Nell'ambito di questa ricerca sono state definite anziane le donne dai 50 anni in su. Le aree tematiche analizzate sono state: salute, istruzione e formazione, lavoro retribuito e non retribuito,

specificatamente delle donne anziane, così come auspicato nell'ambito della conferenza europea "Pari Opportunità per le Donne Anziane" (2001).

La ricerca ha concluso che in tutti i paesi del Sud Europa le donne rappresentano più del 50% della popolazione con età superiore ai 65 anni e che sono particolarmente svantaggiate rispetto ai coetanei maschi.

È emerso dalla ricerca che vivono più a lungo ma soffrono di più di malattie invalidanti, di disabilità e di disturbi psichici.³⁸ In Spagna ad esempio risultano essere non sufficienti il 29% delle donne tra i 69 e i 79 anni, e il 57% delle donne con più di 80 anni. In generale dunque le donne sono più dipendenti e pertanto hanno una peggiore percezione del loro stato di salute rispetto ai coetanei uomini. Vivono generalmente sole e sono accudite principalmente da altre donne più giovani figlie o nuore.

Sono particolarmente svantaggiate per quel che riguarda l'istruzione; secondo questa ricerca in Portogallo, Spagna e Grecia ben due terzi di donne anziane non hanno terminato le scuole elementari.

Sul mercato del lavoro, inoltre, svolgono lavori poco pagati e/o part time; spesso vedono precludersi possibilità di carriera a causa di impegni di cura all'interno della loro famiglia.

Occupano posti di lavoro molto meno prestigiosi rispetto ai colleghi maschi (in Spagna, ad esempio, in ambito accademico, solo una donna su dieci è prof.ssa Universitaria). In Portogallo e in Grecia cresce la partecipazione delle donne solo in un particolare settore lavorativo che è quello agricolo.

reddito, inclusione sociale, abusi e rappresentanza di interessi, dati sulle condizioni di vita delle migranti.

³⁸ In Spagna, Portogallo e Grecia non risultano esserci dati che documentino la maggiore incidenza dei disturbi psichici per le donne rispetto agli uomini.

Visti i loro bassi livelli di reddito e le difficoltà d'inserimento nel mercato del lavoro è comprensibile che il rischio povertà³⁹ sia per loro più alto, come dimostra la seguente tabella.

Popolazione anziana a rischio povertà nei paesi del mediterraneo

Tab. 10

Paesi	Uomini	Donne	Popolazione
Spagna	27%	32%	30%
Portogallo	29%	30%	29%
Grecia	26%	30%	28%
Italia	13%	18%	16%
EU15	12%	19%	19%

Fonte: Eurostat, in European Center, <http://www.euro.centre.org>

Conclusioni.

Si invecchia oggi diversamente di quanto non accadesse solo dieci anni fa. In proposito la Commissione Europea (COM 2005, 94) ha sottolineato che l'allungamento della vita media è accompagnato sempre di più dalla continua crescita della speranza di vita in buona salute (COM 2005, 94) e l'Assemblea Mondiale sull'invecchiamento di Madrid (2002) ha coniato l'espressione *Active Age*, invecchiamento attivo.

Tuttavia non è trascurabile l'incidenza degli anziani non autosufficienti, soprattutto tra i grandi anziani. Nel nostro paese, solo per fare un esempio, i grandi anziani sono ormai pari a più di un quarto della popolazione anziana (cfr. Tab. 11 in Appendice).

³⁹ Secondo l'istituto di ricerche sulle politiche sociali European Center, con sede a Vienna, in Europa 13 milioni di persone ultrasessantatrenni, vale a dire un anziano su sei, sono a rischio povertà. In quasi tutti i paesi sono maggiormente esposti a rischio povertà gli anziani rispetto alla popolazione in età lavorativa e le donne più degli uomini (www.osservatorioinca.org).

Così come non è trascurabile il fatto che la domanda di assistenza da parte della popolazione anziana è una domanda che tendenzialmente si sta declinando al femminile, non solo perché le donne vivono di più ma perché, come ha sottolineato la ricerca MERI, considerandole quale target di ricerca indipendente, il rischio non autosufficienza è più alto tra le donne (e questo in tutti e quattro i paesi del mediterraneo). La maggiore incidenza della non autosufficienza tra le donne, si sottolinea nella suddetta ricerca, non è casuale, ma correlato ai loro percorsi di vita, caratterizzati sovente da bassi livelli di scolarizzazione e difficoltà di accesso al mercato del lavoro. Sono le donne, altresì, a rischio povertà più degli uomini. Sono le donne, in sintesi, a costituire “il nocciolo duro” della domanda sociale della popolazione anziana. Sono principalmente le donne, inoltre, le protagoniste di una domanda sociale che, come si è visto, si va complessificando.

Anche perché, come hanno dimostrato i dati Istat (2007) relativamente al nostro paese, ma plausibilmente ciò potrebbe valere anche per gli altri paesi del mediterraneo, anche se non siamo a conoscenza di dati che lo documentino, a “fare problema” non è solo la non autosufficienza, ma la multicronicità, ad essa antecedente, che costituisce di fatto una condizione che necessita di assistenza. E, come è stato sostenuto (Sirchia 2004), nel caso dei multicronici, si determina una domanda di assistenza di natura diversa da quella tradizionale, caratterizzata da nuove modalità di erogazione, basate sui principi della continuità delle cure.

Nel caso dunque di malati multicronici, possono essere necessari prestazioni molteplici e mutevoli, capaci di modificarsi lungo il dipanarsi del progressivo decadimento psicofisico. Un'unica tipologia d'intervento è probabile risulti insufficiente. Più efficaci, invece, prestazioni capaci di “accompagnare l'invecchiamento”, adeguandosi a bisogni di cura che si modificano nel tempo e capaci, si potrebbe aggiungere, di sostenere i caregivers nel loro lavoro di cura. La cura, infatti, presenta, nel caso di anziani, una sua intrinseca specificità e complessità. Valerie Braitwait, in uno studio del 1992, evidenzia proprio come il lavoro di cura sia particolarmente complesso nel caso di anziani.

In primo luogo gli anziani che necessitano di cura sono interessati da un processo degenerativo e involutivo con cui, chi si occupa di loro, deve “fare i conti” quotidianamente, un processo che determina la perdita delle funzioni e delle abilità sia sul piano fisico che su quello psichico. In secondo luogo il processo degenerativo e involutivo è imprevedibile. Spesso non si sa “cosa bisogna aspettarsi” dal momento che il processo degenerativo può in linea di massima avere uno sviluppo diverso da soggetto a soggetto. Tale processo è poi frequentemente dovuto a una molteplicità di cause, a diverse patologie intervenienti ad esempio, e ciò fa sì che sia davvero difficile prevederne il corso. Infine la dimensione temporale cambia radicalmente per chi si fa carico di una persona anziana: a mano a mano che la persona anziana invecchia, il soggetto curante subisce una drastica riduzione del proprio tempo libero. E la sua vita risulta progressivamente ingabbiata “nella trappola della cura”.

Per concludere la specificità e la complessità della domanda proveniente dalla popolazione anziana richiederebbe, si è visto, un “corredo” di servizi, ma anche, probabilmente, una diversa organizzazione dei tempi di vita e di lavoro, come appunto tematizza la Commissione europea auspicando l’introduzione, in tutti i paesi, di *congedi filiali*. Richiederebbe, inoltre, lo sviluppo di tutta una serie di misure preventive in grado di promuovere modi di vita e condizioni ambientali favorevoli a un buon stato di salute allo scopo di influenzare la speranza di vita in buona salute (COM 2006, 571), misure sulle quali, sarebbe auspicabile secondo la Commissione, orientare gli sforzi anche della ricerca scientifica.

Ma a fronte di una domanda che si va modificando e articolando lo sviluppo dell’offerta pubblica di servizi nei paesi del Sud Europa è ancora carente.

Tenuta in debito conto la difficoltà di reperire dati affidabili e comparabili per i diversi paesi (Anttonen e Sipilä, 2001) ci sembra di poter concludere che il quadro dell’offerta, nei quattro paesi oggetto d’analisi, è caratterizzato da una sorta

di “ritardo comune” nell’assistenza agli anziani. I già citati Pesaresi e Gori⁴⁰ (2005), considerando in proposito alcuni indicatori, tra cui gli indici di copertura di alcuni principali servizi per gli anziani, asseriscono che i paesi del mediterraneo risultano essere quelli che hanno l’organizzazione dei servizi per anziani meno sviluppata rispetto a tutti gli altri paesi dell’Unione Europea, dal momento che sia l’assistenza domiciliare che quella residenziale sono erogate ad un numero molto basso di anziani⁴¹ (cfr. tab. 11 in appendice).

Tuttavia ci sembra, considerata la documentazione a nostra disposizione che, che si sia consolidato nel contesto mediterraneo una sorta di *orientamento comune in relazione all’assistenza agli anziani*.

In primo luogo perché in tutti i paesi sembra tendenzialmente convergente la scelta delle tipologie di servizi. La filosofia che ispira la definizione tipologica dei servizi appare la medesima. Per un verso si tenta di tutelare il diritto dell’anziano a vivere nel proprio domicilio, attraverso appunto la gamma dei servizi domiciliari, per un altro però si incentiva l’offerta di servizi residenziali, dal momento che, il bisogno di cure continuative e specialistiche in caso di non autosufficienza, rendono questi servizi particolarmente necessari. La non autosufficienza, la cronicizzazione di molte malattie, hanno in qualche modo evidenziato che la forma residenziale è particolarmente idonea per far fronte a

⁴⁰ Lo studio prende in esame i quindici paesi che costituivano l’Unione fino al 2003, prima dell’entrata di dieci nuovi paesi avvenuta nel 2004. Nell’ambito di tale studio definiscono tre approcci di assistenza agli anziani non autosufficienti: il primo, tipico dei paesi del Nord Europa – Danimarca, Svezia, Finlandia, Regno Unito, Irlanda – che si realizza nella presa in carico della non autosufficienza attraverso una fitta rete di servizi territoriali sociali e sanitari, il secondo, proprio dei paesi dell’Europa centrale – Germania, Austria, Lussemburgo, Francia – che è mutualistico, ovvero si caratterizza per la creazione di un sistema di assicurazione specifico per la non autosufficienza, infine il terzo, che è appunto quello dei paesi mediterranei – Italia, Grecia, Spagna, Portogallo – dove lo sviluppo dei servizi territoriali è ancora residuale e centrale è invece nella cura degli anziani non autosufficienti l’assistenza informale di tipo familiare.

⁴¹ Secondo stime presentate dagli stessi autori le nazioni del nord Europa assistono a domicilio un alto numero di anziani (il 24,6% in Danimarca, il 15,7% in Norvegia, il 12% in Olanda) attraverso prestazioni integrate sociali e sanitarie, erogate ventiquattro ore su ventiquattro con l’ausilio di tecnologie telematiche; altri paesi come il Regno Unito, la Francia e la Germania assistono un discreto numero di anziani compreso tra il 3% e il 10%, attraverso la costruzione di mercati sociali, senza per altro essere riusciti a risolvere il nodo dell’integrazione sociale e sanitaria.

situazioni di questo genere. In questo senso hanno ragione Pesaresi, Gori (2005) quando affermano che i dati empirici (a livello europeo) sembrano dimostrare un possibile fallimento di politiche di sostituzione dell'assistenza residenziale con l'assistenza domiciliare, dato che quest'ultima non sembra compensare la mancanza di strutture d'accoglienza residenziale. I due servizi invece procedono in modo tendenzialmente parallelo.

In secondo luogo in tutti i paesi del Sud Europa, ma anche nel contesto europeo in generale, i rapporti tra l'offerta pubblica e quella privata sembrano similmente orientati. I principali fornitori di assistenza residenziale agli anziani sono i soggetti privati, e vi è una crescente presenza di organizzazioni no profit (religiose e altro) che stipulano accordi contrattuali con gli enti locali per l'offerta di servizi domiciliari (Forder 2001). In sostanza i fornitori privati (for profit e no profit) in questi ultimi anni stanno assumendo un ruolo di crescente importanza, mentre l'ente pubblico si dedica sempre meno all'erogazione diretta di prestazioni e sempre più a finanziare, regolare e coordinare quelle erogate dai fornitori privati (Rostgaard 2001).

Ma il processo che vede il pubblico "delegare" e il privato espandersi anche attraverso l'erogazione di servizi tradizionalmente offerti dal pubblico, come appunto l'assistenza domiciliare, così come sta avvenendo nel nostro paese ad esempio, solleva non pochi problemi dal punto di vista dell'accessibilità alle prestazioni, dal momento che non tutti gli anziani hanno le risorse economiche necessarie per "pagarsi l'assistenza", come dimostrano i dati citati relativi al rischio povertà.

In terzo luogo, in tutti i paesi del mediterraneo, la famiglia svolge, a tutt'oggi, il ruolo di principale agenzia di welfare per quel che riguarda l'assistenza agli anziani. Non sappiamo se e come ciò sarà possibile nel futuro, soprattutto considerando il fatto i nuclei familiari si vanno sempre più assottigliando e che di

conseguenza cresce la percentuale di persone che vivono sole e si restringe, al contempo, il numero dei potenziali caregivers.

Infine in tutti i paesi ha acquisito una certa rilevanza il tema della possibile fragilità sociale della figura del caregiver primario. In genere, lo abbiamo documentato facendo riferimento ai dati spagnoli ma non è improbabile che tale profilo possa ritrovarsi, in linea di massima, anche negli altri paesi, il caregiver primario è una donna di mezza età, con un titolo di studio basso, senza occupazione, casalinga o pensionata. Una donna cioè che, secondo quanto emerso dalla ricerca MERI e secondo la prospettiva dei determinanti della salute (Geddes da Filicaia M., Maciocco G. 2007) ha un alto rischio di diventare a sua volta non autosufficiente in età anziana.

Infine, ma non ultimo per importanza, dal dibattito in corso nel contesto mediterraneo, almeno sul piano delle dichiarazioni di principio, più che sul piano della concreta attuazione delle politiche, sembra si stia assistendo ad un processo convergente di progressiva definizione della non autosufficienza come un *nuovo rischio sociale* di cui i sistemi di welfare intendono farsi carico (Spagna docet).

Appendice.

Speranza di vita, alla nascita e a 60 anni, nei paesi del Sud Europa per genere e anno

Tab.1

	Speranza di vita alla nascita						Speranza di vita a 60 anni					
	Uomini			Donne			Uomini			Donne		
	1960	1980	2003	1960	1980	2003	1960	1980	2003	1960	1980	2003
Grecia	67.3	72.2	75.4	72.4	76.8	80.7	16,9	18,2	20.1	18.5	20.8	23.1
Italia	67.2	70.6	76.8	72.3	77.4	82.9	16.7	16.8	20.4	19.3	21.2	24.8
Portogallo	61.2	67.7	73.8	66.8	75.2	80.5	16.2	16.3	19.4	19.1	20.6	23.3
Spagna	67.4	72.5	75.8	72.2	78.6	83.5	16.5	18.4	20.3	19.2	22.1	24.9
EU-25	67.1	69.8	74.8	72.6	76.8	81.1	15.8	16.5	19.6	19.0	20.9	23.8

Fonte: Nico van Nimwegen and Gijs Beets

*Tasso di dipendenza (65+/15-64) nei Paesi del Sud Europa per anno***Tab.2**

	1960	1980	2005
Grecia	13%	21%	27%
Italia	14%	20%	29%
Portogallo	13%	16%	25%
Spagna	13%	17%	24%

Fonte: Nico van Nimwegen and Gijls Beets

*Variazione attesa del tasso di dipendenza tra il 2005-2050 nei Paesi del Sud Europa***Tab. 3**

	2005	2010	2020	2030	2040	2050	Variazione 2005-2050
Spagna	24,5	25,4	30,0	38,9	54,3	67,5	43,0
Italia	29,4	31,3	36,6	45,2	59,8	66,0	36,6
Portogallo	25,2	26,5	31,5	39,0	48,9	58,1	32,9
Grecia	26,8	28,0	32,5	39,1	49,8	58,8	32,0
Austria	23,6	26,3	30,3	40,8	50,4	53,2	29,6
Irlanda	16,5	17,5	22,5	28,3	50,4	45,3	28,8
Germania	27,8	31,0	35,1	46,0	35,9	55,8	28,0
Finlandia	23,7	25,4	37,0	45,0	54,6	46,7	23,0
Francia	25,3	25,9	33,2	40,7	46,1	47,9	22,6
Belgio	26,3	26,4	32,2	41,3	47,2	48,1	21,8
Inghilterra	24,4	25,1	30,3	37,4	43,8	45,3	21,0
Olanda	20,7	22,2	29,0	36,7	41,6	38,6	17,9
Danimarca	22,6	24,8	31,2	37,1	42,1	40,0	17,4
Lussemburgo	21,2	21,6	24,7	31,5	36,7	36,1	15,0
Svezia	26,4	28,0	34,4	38,5	41,5	40,9	14,5

Fonte: Nico van Nimwegen and Gijls Beets

*Anziani disabili per genere e classe di età-Italia***Tab. 5**

Classe di età	Uomini	Donne	Totale
65-69	4,3	6,5	5,5
70-74	7,7	11,4	9,7
75-79	13,4	20,8	17,8
80 e più	35,8	48,9	44,5

Fonte: *nostra elaborazione* in Tesauro, Pianelli 2007.*Popolazione con 80 e più per ripartizione geografica***Tab.11**

Ripartizione geografica	Valori assoluti	Valori percentuali
Nord-Occidentale	797.029	24,9
Nord-Orientale	620.276	27,4
Italia centrale	620.071	26,3
Italia meridionale	573.494	24,1
Italia insulare	287.334	24,6
ITALIA	2.898.204	25,5

Fonte: *nostra elaborazione* in Tesauro, Pianelli 2007.*Percentuale di anziani assistiti per paese, anno e tipologia di servizio***Tab 12**

Paese	Anno	Percentuale di anziani assistiti tramite assistenza domiciliare	Anziani in strutture residenziali
Italia	1999	3%	2,7%
Spagna	1999	1,8%	3,2%
Portogallo	1992	1%	2%
Grecia	1998/1991*	0,3%	1%

Fonte: Pesaresi, Gori (2005)

*All'anno 1998 si riferisce la percentuale di anziani che hanno usufruito di assistenza domiciliare, al 1991 quelli che hanno usufruito di strutture residenziali

Bibliografia

- Anttonen A., Sipilä J., 2001 *I modelli di servizi sociali in Europa*, in Gori C. (a cura di) *I servizi sociali in Europa*, Carocci, Roma.
- Assr, Censis, Federsanità-Anci, Regioni 2005 La condizione dell'anziano non autosufficiente. Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive, in Assistenza domiciliare e residenziale, l'Italia in cerca di un percorso comune, ASI 2005, n° 29.
- Braithwaite, V. 1992. Caregiving burden. Making the concept scientifically useful and policy relevant, in *Research on aging*, vol. 14, n° 1, pag. 3-27.
- Caltabiano C., 2004. *Il prisma del welfare: analisi dei regimi socio-assistenziali nelle regioni italiane*, IREF
- Comunicazione della Commissione, Libro Verde, *Una nuova solidarietà tra le generazioni di fronte ai cambiamenti demografici*, a cura della Commissione delle Comunità Europee (COM. 16.3.2005, 94)
- Comunicazione della Commissione, *Il futuro demografico dell'Europa, trasformare una sfida in una opportunità*, COM 12.10.2006, 571.
- Comunicazione della Commissione, *Viabilité à long terme des finances publiques dans l'UE*, COM 12.10.2006, 574.
- Comunicazione della Commissione, *Integrated Guidelines for growth and jobs*, a cura della Commissione delle Comunità Europee, COM. 12 aprile 2005, 141.
- Da Roit B., Castegnaro C. 2004. *Chi cura gli anziani non autosufficienti? Famiglia, assistenza privata e rete dei servizi per gli anziani in Emilia-Romagna*, Franco Angeli, Milano.
- Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi della città*, Legge 8 marzo 2000, n. 53, dal sito <http://www.aigr.it/legge-08.03.00.html>
- Forder J., *Lo sviluppo dei mercati sociali*, in Gori (a cura di), *I servizi sociali in Europa*, Carocci, Roma.
- Geddes da Filicaia M., Maciocco G., 2007. Disuguaglianze nella salute in Europa, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, Anno XXXVII n. 7.
- Istat, 2006^a. Parentela e reti di solidarietà, Indagine multiscopo sulle famiglie "Famiglia e soggetti sociali" Anno 2003.
- Istat, 2006b. Reddito e condizioni economiche in Italia (2004-2005), *Statistiche in breve*
- Istat, 2007. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari, *Indagine Multiscopo sulle famiglie Anno 2005*.
- Leibfried S., 1993. *Towards an European Welfare State? On Integrating Poverty Regimes into the European Community*, in C. Jones (a cura di), *New Perspectives on the Welfare State in Europe*, Routledge, London, pp.133-56.
- Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, www.mtas.es
- Libro Blanco De Dependencia, www.mtas.es
- Naldini M., 2002. *Le politiche sociali e la famiglia nei paesi mediterranei. Prospettive di analisi comparata*, in *Stato e Mercato/* n. 64, aprile 2002.
- Naldini M., 2006. *Le politiche sociali in Europa, Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy*, Carocci, Roma.

- Nico van Nimwegen and Gijs Beets (eds.), *Social Situation observatory demography monitor 2005 demographic trends, socioeconomic impacts and policy implications in the European union*, report 72, Netherlands interdisciplinary demographic institute.
- Pesaresi F., 2005. *Tendenze internazionali nell'assistenza all'anziano non autosufficiente*, in Gesini G. F., Rizzini P., Trabucchi M., Vanara F. (a cura di) *Rapporto Sanità 2005. Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*, Il Mulino, Bologna.
- Pesaresi F., Gori C. 2005. *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Europa*, in Facchini C. (a cura di) *Anziani e sistemi di welfare. Lombardia, Italia, Europa. Rapporto 2005 Spi Cgil – Cadef*, Franco Angeli, Milano.
- Relazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni sulla parità tra uomini e donne*, a cura della Commissione delle Comunità Europee, COM 7 febbraio 2007, 49 dal sito <http://www.retepariopportunita.it>
- Rostgaard T., 2001. *L'offerta dei servizi sociali e socioeducativi*, in Gori (a cura di), *I servizi sociali in Europa*, Carocci, Roma.
- Sirchia G., 2004. *Adeguare il sistema ai nuovi bisogni*, Monitor, Anno III n.11.
- Tesauro, Pianelli 2007. *Gli anziani*, in Pugliese (a cura di) *La domanda di servizi sociali, rapporto per il Ministero del welfare* (non pubblicato), pagg. 83-105.
- Walker A. 1993. *Age and attitudes – Main Results from a Eurobarometer Survey*, Brussels: CEC.
- Walker e Maltby 1997. *Ageing Europe*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.

Sitografia

- http://ec.europa.eu/employment_social/social-protection/missoc_info_en.htm.
www.own-europe.org: MERI – Mapping existing research and identifying knowledge gaps concerning the situation of older women in Europe.