

ASSISTENZA A DOMICILIO E ASSISTENZA RESIDENZIALE:
POLITICHE DI INTERVENTO E ANALISI EMPIRICA

MATTEO LIPPI BRUNI e CRISTINA UGOLINI

Dipartimento di Scienze economiche – Università di Bologna

JEL CLASSIFICATION: C21, D13, I18

Assistenza a domicilio e assistenza residenziale: politiche di intervento e analisi empirica

Matteo Lippi Bruni
Cristina Ugolini

Dipartimento di Scienze Economiche
Università di Bologna
Piazza Scaravilli, 2 -I-40126 Bologna

e-mail: lippi00@economia.unibo.it - cristina.ugolini@unibo.it

Febbraio 2005

Abstract

Ageing is expected to produce a substantial growth in the demand for Long-Term Care (LTC) as a consequence of the increasing number of individuals with functional or cognitive chronic impairments. Although in Italy most LTC is still provided in kind by unpaid informal caregivers, families are less and less likely to be in the condition to care for a disabled elderly. Given the social and financial implications associated with this trend, there is a growing interest in understanding the determinants of family decisions regarding living arrangements of the elderly, in order to implement effective policy measures aimed at containing costs and enhance the quality of care. In this context, this paper estimates the effects of various disabled elderly and family characteristics on the choice of living care arrangement. We consider over 300 households taken from representative sample of the population of the Italian region Emilia Romagna who have a disable elderly person cared either at home or in a residential arrangement. Given the available dataset, we assume common preferences among family members and consider that the living arrangement decision is taken once-and-for-all. The questionnaire contains detailed information on the health conditions of the elderly person, on the socio-economic status of the family and on family attitudes towards current welfare state services and expenditures. We model family choice considering the decision between institutionalisation and home care and we evaluate the role plaid by these potential determinants of both decisions by estimating a probit model. Our results highlight the predominance of disability variables as opposed to family characteristics, economic variables and public services availability. In Italy, social norms about filial responsibility still tend to consider the elderly institutionalisation with a consistent amount of social stigma. In this case, the institutionalisation is strictly influenced by the growing functional or cognitive impairments of the elderly.

JEL

C21, D13, I18.

*Introduzione**

Se confrontata con gli altri paesi dell'Unione Europea, l'Italia presenta una scarsa offerta pubblica di assistenza residenziale e domiciliare, pur essendo al primo posto nel processo di invecchiamento della popolazione. L'intervento pubblico è di tipo sussidiario rispetto alla famiglia, prevalentemente caratterizzato da trasferimenti monetari, da una fornitura di servizi residuale e giudicata insufficiente rispetto alla domanda potenziale. Inoltre l'offerta privata di servizi socioassistenziali è affidata in gran parte al lavoro sommerso e al funzionamento delle reti informali. La necessità di rafforzare le politiche sociosanitarie nazionali e locali potenziando le reti formali e valorizzando quelle informali è tanto più urgente quanto più si osserva una progressiva minore disponibilità della famiglia a sostenere i soggetti anziani più fragili [Istat, 2001; 2004].

Negli ultimi anni le regioni italiane si sono orientate verso modelli di cura e assistenza finalizzati, quanto meno a livello programmatico, a ridurre progressivamente il peso assegnato all'istituzionalizzazione, mediante interventi che valorizzano l'ambiente familiare e sociale degli assistiti. La priorità assegnata all'assistenza domiciliare per il trattamento della non autosufficienza si fonda su motivazioni di efficacia e di carattere etico, per via dei maggiori benefici sanitari, psicologici e funzionali ottenibili con la permanenza dell'assistito nel proprio ambiente. Tuttavia, l'espansione dell'assistenza domiciliare non sembra poter assicurare un contenimento della spesa complessiva [Gori, 2000; Wiener, 1996]. Interventi tesi a favorire la domiciliarizzazione possono infatti innescare fenomeni di azzardo morale, tali da neutralizzare gli effetti positivi sui costi determinati da un parziale spiazzamento della domanda di istituzionalizzazione. Di fronte all'alternativa fra ricoverare l'anziano in istituto o mantenerlo a casa, le famiglie tendono ad optare per la soluzione domiciliare anche in assenza di aiuti pubblici, a causa di un ancora consistente stigma sociale che sfavorisce la prima soluzione. Viceversa, l'introduzione di forme di assistenza domiciliare di carattere pubblico finisce solitamente per indurre questi stessi soggetti ad usufruire pienamente del supporto aggiuntivo, spiazzando in questo modo l'assistenza informale piuttosto che ridurre la propensione all'istituzionalizzazione. Ciò anche in ragione delle difficoltà pratiche a indirizzare l'assistenza domiciliare verso i soggetti con maggiori rischi di istituzionalizzazione, come è invece necessario fare se si vuole che una maggiore offerta di assistenza domiciliare riduca la domanda di assistenza residenziale. L'esperienza internazionale mostra che l'effetto di sostituzione dei due servizi tende ad essere limitato [Gori, 2000], anche se questi risultati andrebbero valutati all'interno del contesto italiano in cui il ruolo delle reti familiari risulta ben più decisivo nell'evitare il ricovero in istituto rispetto al contesto sociale statunitense o britannico in cui l'istituzionalizzazione è strettamente legata al peggioramento fisico e cognitivo dell'anziano.

Il presente lavoro propone alcune riflessioni in merito all'assetto definito dalla regione Emilia Romagna per rispondere ai bisogni dei soggetti non autosufficienti, integrando le valutazioni normative con un'analisi empirica che identifica il ruolo di alcune delle principali determinanti della scelta fra domiciliarizzazione e istituzionalizzazione delle persone non autosufficienti. I dati utilizzati provengono da un questionario somministrato nel 2002 a un campione di 1.415 famiglie rappresentativo della popolazione emiliano

* Questo studio si basa sui risultati di un'indagine svolta all'interno del progetto di ricerca coordinato dall'Agenzia sanitaria regionale della Regione Emilia Romagna e finanziato con fondi del Ministero della Salute. Il lavoro riflette unicamente le opinioni degli autori e non coinvolge in alcun modo le istituzioni sopra menzionate, che si ringrazia per il sostegno economico. Si ringraziano inoltre i partecipanti al Convegno AIES 2004 presso l'Università Bocconi per gli utili commenti ricevuti.

romagnola, con lo scopo principale di conoscere la disponibilità a pagare dei cittadini per la copertura dei rischi Long term care (LTC, d'ora in avanti). Una sezione del questionario indaga le situazioni di dipendenza esistenti all'interno delle famiglie, registrando circa 300 casi di soggetti non autosufficienti. Per queste osservazioni si analizza l'impatto della gravità della dipendenza, della struttura e delle propensioni della famiglia nonché del livello di offerta pubblica di servizi sulle scelte di *living arrangement* del soggetto non autosufficiente.

L'organizzazione del lavoro è la seguente. La prossima sezione propone una rassegna sui principali contributi della teoria economica sulle scelte abitative degli anziani. La terza e la quarta sezione discutono, rispettivamente, alcuni tratti dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia e in Emilia Romagna. La quinta sezione contiene l'applicazione empirica sopra descritta e l'ultima sezione riporta alcune considerazioni conclusive.

2. La letteratura economica sulle decisioni di “Elderly living arrangements”

All'interno della *Economics of aging*, un importante filone di ricerca studia i fattori che influenzano le decisioni relative alle scelte abitative degli anziani, in particolare se non autosufficienti.

Esistono molteplici modelli teorici che si differenziano per una pluralità di aspetti: se i familiari hanno *common preferences* oppure operano in un contesto di *family bargaining*; quale membro della famiglia partecipa ai processi decisionali¹; che tipo di cure formali o informali e di soluzione abitativa sono prese in esame e se altre decisioni vengono determinate in modo simultaneo alla scelta della decisioni di LTC, ad esempio le scelte di lavoro o di residenza dei figli [Stern, 1995, 1996; Pezzin e Schone, 1997, 1999]. In tutti gli approcci considerati, le scelte di matrimonio o di fertilità vengono invece assunte come esogene.

I modelli di *common preferences* sono l'approccio adottato più di frequente come riferimento per le analisi empiriche ed assumono che i membri della famiglia agiscano in modo da massimizzare un'unica funzione di utilità [Becker, 1981; Kotlikoff e Morris, 1988; Hoerger et al., 1996]. L'evidenza empirica attualmente disponibile è molto limitata e non fornisce sempre supporto coerente all'ipotesi di *common preferences* [Pezzin e Schone, 1997]. Ciò ha favorito la nascita di approcci alternativi che, utilizzando la teoria dei giochi, prevedono per i singoli membri la possibilità di avere preferenze divergenti tali per cui la decisione collettiva è il risultato di un processo di *family bargaining*, di tipo cooperativo o non cooperativo [Stern, 1995, 1996; Pezzin e Schone, 1999, Sloan et al., 1997; Hiedemann e Stern, 1999; Engers e Stern, 2002].

Un secondo filone di natura teorica si concentra sui motivi che giustificano i trasferimenti intergenerazionali e sulla possibilità che l'eredità possa essere utilizzata dai genitori in chiave strategica per ottenere maggiori attenzioni da parte dei figli. Questi lavori considerano esplicitamente la contrapposizione tra i modelli di altruismo - in cui si fornisce assistenza ai genitori perché il loro benessere entra direttamente nella funzione di utilità del figlio - ed i modelli di scambio - in cui il genitore induce una fornitura di cura

¹ La maggior parte dei modelli teorici assume un solo figlio nel processo decisionale [Kotlikoff e Morris, 1988], semplificando la procedura di stima ma trascurando importanti aspetti dinamici all'interno della generazione giovane. Alcuni lavori considerano un numero variabile di figli, in cui però uno solo svolge un ruolo decisivo nelle decisioni di LTC [Pezzin e Schone, 1999; Sloan et al., 1997], mentre altri [Hoerger et al., 1996; Hiedemann e Stern, 1999; Engers e Stern, 2002] prevedono la possibilità che tutti i figli siano coinvolti in queste scelte.

in eccesso rispetto a quella che il figlio giudica ottimale attraverso la minaccia di diseredare, con credibilità crescente in presenza di più di un figlio.

Analogamente alla letteratura teorica, anche le analisi empiriche sono piuttosto diversificate. La maggior parte dei lavori si basa su dati *cross section* e su modelli non strutturali [Boersch-Supan et al., 1990; Kotlikoff e Morris, 1988, Cutler e Sheiner, 1993; Hoerger et al., 1996; Sloan et al., 1997] mentre alcuni lavori fanno uso di modelli strutturali [Pezzin e Schone, 1999; Hiedemann e Stern, 1999; Engers e Stern, 2002] e di analisi su dati *panel* [Boersch-Supan et al., 1990; Dostie e Léger, 2003]. I risultati ottenuti evidenziano regolarità empiriche piuttosto robuste indipendentemente dalla particolare specificazione prescelta per il modello econometrico.

Le donne, i soggetti più anziani, celibi o vedovi e con problemi di disabilità hanno minori probabilità di vivere soli [Wolf e Soldo, 1988; Stern, 1995]. Le figlie sono potenziali *caregiver* primari, mentre i figli sposati si occupano dell'anziano più dei celibi [Engers e Stern, 2002]. Il ricorso alle cure formali è influenzato dal deterioramento dello stato di salute e/o dall'incremento del bisogno, correlato a sua volta all'assenza del coniuge o dei figli, e talvolta anche dal livello di offerta pubblica, come ad esempio i servizi di assistenza domiciliare [Davey e Patsios, 1999]. Il deterioramento dello stato di salute è anche uno dei maggiori predittori delle cure informali, insieme alla disponibilità di una efficace rete familiare, costituita generalmente dal coniuge e/o i figli. Gran parte dell'assistenza viene fornita da una sola persona (*primary caregiver*), così che in assenza del coniuge il numero dei figli può essere relativamente poco influente, se almeno uno di essi è disposto ad occuparsi del genitore [Davey e Patsios, 1999].

La probabilità di istituzionalizzazione cresce al deteriorarsi dello stato di salute [Heiss et al., 2003]. Nel contesto istituzionale statunitense - in cui la scelta residenziale appare di qualità inferiore rispetto alle altre soluzioni - si evidenzia una relazione negativa tra reddito e istituzionalizzazione. In particolare, al crescere del reddito dell'anziano aumenta la probabilità di vivere in modo autonomo e con maggiore ricorso alle cure di tipo formale, questo perché si ritiene che la *privacy* sia un bene acquistabile in presenza di redditi sufficientemente alti [Hoerger et al., 1996; Pezzin e Schone, 1999; Costa, 1999; Boersch-Supan et al. 1988 e 1990].² Inoltre, al crescere del reddito e del livello di istruzione dei figli si riduce la probabilità per l'anziano di ricevere assistenza informale di tipo continuativo [Kotlikoff e Morris, 1988; Engers e Stern, 2002].³

Analizzando con in maggiore dettaglio lo stato della ricerca empirica, gli studi possono essere raggruppati in almeno quattro filoni principali.

Un primo gruppo di lavori considera la scelta abitativa dell'anziano come soluzione definitiva (*once-and-for-all*), talvolta assunta in modo congiunto con la partecipazione alla forza lavoro dei figli adulti [Kotlikoff e Morris, 1988; Pezzin e Schone, 1999; Hiedemann e Stern, 1999]. Le decisioni relative alle scelte abitative vengono rappresentate come un problema di scelta discreta in cui le varie alternative tendono a

² Si riscontra una non linearità degli effetti prodotti dal reddito sulle scelte abitative, con un effetto maggiore all'estremo inferiore della distribuzione ed effetti minimi, se non nulli, all'estremo superiore [Wolf e Soldo, 1988].

³ I risultati rispetto al livello di istruzione dell'anziano (considerata in assenza di una variabile di reddito come una sua *proxy*) sono meno univoci: in Wolf e Soldo [1988] l'assistenza informale si riduce al crescere dell'istruzione, mentre Stern [1995] non trova alcuna significatività tra queste due variabili.

manifestare diversi gradi di sostituibilità.⁴ I risultati confermano la rilevanza delle caratteristiche dei figli - reddito, sesso e stato civile -, nello spiegare le scelte abitative degli anziani, e la probabilità di vivere insieme ai figli si riduce al crescere del reddito di entrambi. Tuttavia, gli effetti prodotti da un aumento del reddito del genitore o del figlio dipendono crucialmente dalle preferenze di entrambi rispetto all'opzione di coabitazione, la quale produce economie di scala per la condivisione degli *housing costs* ma anche una potenziale disutilità derivante dalla minore *privacy*. Questo suggerisce che sono le preferenze intrinseche di genitori e figli più che gli indicatori assoluti o relativi di reddito a determinare la probabilità di vivere insieme.

Un secondo filone di ricerca si propone di testare l'ipotesi di eredità strategica. Bernheim, Shleifer e Summers [1985] mostrano che visite e telefonate sono più frequenti se ci sono molti figli e se i genitori sono ricchi. Viceversa, controllando per ricchezza e stato cognitivo dei genitori (solo se questo è soddisfacente la minaccia può essere credibile) e per il saggio di salario dei figli, Sloan et al. [1997] non trovano conferma dell'ipotesi di eredità strategica. Anche considerando la ricchezza del genitore come endogena, nell'ipotesi che il genitore conosca la propensione del figlio ad assisterlo e quindi regoli il processo di accumulazione in modo conseguente, i risultati non supportano in modo univoco l'ipotesi di eredità strategica.⁵

Un terzo filone di ricerca analizza gli effetti prodotti nel sistema statunitense dai sussidi pubblici sulle scelte abitative degli anziani non autosufficienti. Il più importante di questi sussidi è il rimborso previsto dal programma Medicaid per il ricovero in struttura, che accresce la domanda di assistenza residenziale a scapito delle scelte di domiciliarizzazione. Il grado di sostituzione tra il ricovero in istituto e le possibilità alternative di assistenza territoriale può andare in due direzioni. Se il ricovero in istituto è considerato da anziani e figli come l'alternativa di ultima istanza, allora migliorare l'accessibilità alle *nursing homes* potrebbe ridurre il numero di anziani che vivono soli senza altre forme di assistenza. D'altra parte, se il ricovero in istituto non viene visto come socialmente stigmatizzante, allora un potenziamento delle sovvenzioni pubbliche a favore dell'istituzionalizzazione potrebbe semplicemente spiazzare le cure informali [Cutler e Sheiner, 1993]. Per contrastare questa forma di azzardo morale, molti stati hanno ridisegnato le proprie politiche sociosanitarie incoraggiando l'assistenza domiciliare, attraverso benefici monetari o esenzioni fiscali. Una questione importante in questo ambito è rappresentata dal comprendere fino a che punto questi interventi effettivamente riducono il ricorso all'assistenza istituzionalizzata e quanto invece non spiazzino semplicemente gli sforzi dei soggetti prestatori di cure informali. Secondo Hoerger et al. [1996] i sussidi Medicaid influenzano in modo significativo le scelte abitative delle famiglie statunitensi. Allentare i requisiti economici per l'eleggibilità al programma Medicaid per *nursing homes* o aumentare il livello di rimborso delle rette provoca un maggiore ricorso all'assistenza istituzionalizzata. Viceversa, i sussidi Medicaid all'assistenza domiciliare, piuttosto che influenzare direttamente la probabilità

⁴ Ad esempio, coabitare con i figli rappresenta un migliore sostituto dell'indipendenza rispetto alla scelta di una struttura residenziale. Le determinanti non osservabili delle scelte abitative in un certo istante di tempo possono quindi risultare facilmente correlate, violando in modo sistematico l'assunzione della IIA.

⁵ La prospettiva ereditaria non sembra influenzare la probabilità che le figlie offrano assistenza informale ai propri genitori, ma quest'ultima sembra piuttosto dipendere dall'adesione a norme sociali di responsabilità filiale (altruismo). Il *bequest motive* può invece influenzare l'offerta ai genitori di aiuti finanziari, suggerendo in questo modo la supremazia del *self-interest* quando intervengono trasferimenti di carattere monetario [Caputo, 2002].

di istituzionalizzazione, aumentano la probabilità di vivere a domicilio in modo indipendente. Per riuscire nell'intento di ridurre l'istituzionalizzazione, i sussidi alla domiciliarizzazione dovrebbero essere di importo più consistente, compromettendo però in questo modo gli obiettivi di contenimento della spesa.

Questa linea di ricerca si propone anche di indagare se il rapporto tra cure formali e cure informali sia di tipo complementare o sostitutivo. La sostituibilità suggerirebbe che un incremento del sostegno pubblico all'assistenza formale finisca per spiazzare gli aiuti familiari [Kemper, 1992; Cutler e Sheiner, 1993; Pezzin et al., 1996; Pezzin e Schone, 1999]. All'opposto, la complementarità implica che i familiari trovano nell'assistenza formale un supporto per poter continuare ad occuparsi dell'anziano al crescere dei suoi bisogni senza dover necessariamente ricorrere all'istituzionalizzazione [Stoller, 1989]. La ricerca empirica supporta alternativamente l'una o l'altra ipotesi senza riuscire a discriminare in modo definitivo tra le due alternative. Recentemente, alcuni lavori evidenziano la possibilità che l'ipotesi di sostituibilità sia condivisibile solo fino ad un livello massimo di gravità, superato il quale il rapporto fra le due forme di cure diventa di tipo complementare [Spillman e Pezzin, 2000; Van Houtven e Norton, 2004]. All'interno di questo filone possono essere compresi anche i lavori che cercano di valutare le conseguenze prodotte dai sussidi pubblici nell'ipotesi di *common preferences* o nell'ipotesi di *family bargaining*. Nel primo caso le politiche sociali sono neutrali rispetto al soggetto che riceve un sussidio, mentre nel secondo caso l'allocatione delle risorse all'interno del nucleo familiare si modifica a seconda che il percettore del sussidio sia l'anziano non autosufficiente o il suo *caregiver*. I risultati ottenuti suggeriscono che almeno nel contesto statunitense, le politiche pubbliche di trasferimenti monetari ai *caregivers* potrebbero ridurre l'ammontare complessivo di cure parentali, a differenza dei trasferimenti che affidano direttamente all'anziano il controllo su queste risorse [Pezzin e Schone, 1997].

Infine, un quarto gruppo di lavori si concentra sulla dinamica intertemporale delle scelte abitative nell'ipotesi che gli anziani sperimentino più di un tipo di *living arrangement* e che le decisioni precedenti possano influenzare quelle future. In questa prospettiva, le determinanti delle scelte abitative vengono stimate con dati di tipo panel che consentono di esaminare i legami intertemporali sia rispetto ad attributi personali specifici (ad esempio lo stato di salute) sia rispetto all'inerzia di una specifica scelta abitativa ovvero ai costi di trasferimento da una soluzione all'altra. I risultati evidenziano una notevole stabilità della scelta abitativa [Boersch-Supan, 1987; Boersch-Supan et al. 1990; Elwood e Kane, 1989; Dostie e Léger 2003]]. La percentuale di transizioni è circa del 30%, e riguarda in massima parte il passaggio da vita domiciliare autonoma verso l'istituzionalizzazione. Si evidenzia l'importanza dell'età, che riduce drasticamente la probabilità di vivere soli anche dopo aver standardizzato per il declino dello stato funzionale, di un aumento della probabilità di coabitazione in presenza di più di un figlio e di un significativo *gender gap* secondo cui le donne vivono più frequentemente sole.

Per l'Europa esistono studi riferiti a singoli paesi [Van Solinge, 1990 per l'Olanda; Davey e Patsios, 1999 e Evandrou et al., 2004 per la Gran Bretagna]. Molti di questi lavori si concentrano sulle donne anziane, oltre i 70 anni, non sposate (vedove o nubili), con o senza figli.⁶ I motivi di tale interesse sono dati dalla numerosità di questo gruppo e dal fatto che la vedovanza risulta uno stato civile decisamente più frequente per le donne. In

⁶ Abbassare il limite di età implica il rischio, piuttosto alto nei paesi dell'Europa mediterranea, di includere nel campione anche le donne che coabitano con i figli perché questi non hanno ancora lasciato il nucleo familiare.

questo ambito, Iacovou [2000] presenta i risultati di un'indagine riferita a 13 paesi europei, compresa l'Italia, utilizzando i dati individuali dell'European Community Household Panel (ECHP) per il 1994, distinguendo i paesi in due gruppi in base alla loro localizzazione nel nord o nel sud Europa. I risultati indicano che il deterioramento dello stato di salute è associato ad una minore probabilità di vivere soli nei paesi mediterranei ma non nei paesi del Nord Europa, presumibilmente grazie ad una loro maggiore disponibilità di servizi domiciliari per i soggetti disabili. Il reddito è positivamente correlato alla scelta di vivere autonomamente, anche se non lungo l'intera distribuzione, confermando l'esistenza di una relazione non lineare.

Per l'Italia gli studi sulle scelte abitative degli anziani sono ancora preliminari, a causa dei limiti delle basi informative utilizzate che non contengono variabili legate alla presenza di disabilità (ADL, IADL). In particolare, Wolf e Pinnelli [1989] si concentrano sull'analisi di alcune caratteristiche personali dell'anziano ma non dispongono di informazioni sulle caratteristiche della famiglia di riferimento. Tomassini e Wolf [1999] utilizzano l'Indagine Multiscopo sulle famiglie, fonte ISTAT, considerando le donne non sposate oltre i 65 anni non istituzionalizzate per gli anni 1990, 1994, 1995. Anche in questo caso la mancanza di informazioni sullo stato di non autosufficienza limita fortemente l'interpretazione dei risultati, dal momento che non è possibile discriminare i casi in cui l'anziana è principale *caregiver* familiare - ad esempio verso i propri figli o verso i nipoti - o al contrario destinataria di assistenza in quanto non autosufficiente.

3. Politiche per gli anziani e misure di sostegno alla domiciliarizzazione in Italia

La ridotta offerta di servizi residenziali e domiciliari unita alla modificazione delle dinamiche sociali nel senso di una minore disponibilità alle cure informali hanno creato in Italia un significativo paradosso. A fronte della volontà pubblica di incentivare la domiciliarizzazione dell'assistenza ai non autosufficienti, si è andato potenziando negli ultimi anni un mercato privato del lavoro di cura sommerso e a basso costo, fortemente etnicizzato, alimentato da un sostegno pubblico ai bisogni di cura con carattere prevalentemente monetario (indennità di accompagnamento, assegni di cura) e da un sistema sociale largamente tollerante rispetto al lavoro nero. L'importanza delle badanti è andata crescendo proprio nei paesi dell'Europa meridionale (Italia, Grecia, Spagna) con una debole tradizione di erogazione dei servizi assistenziali rivolti agli anziani (residenziali e domiciliari), con una netta preferenza degli enti pubblici per trasferimenti di tipo monetario e con una responsabilità delle cure ai non autosufficienti attribuita quasi interamente alle famiglie. In questo contesto, i figli adulti assumono il ruolo di responsabili delle cure, ma "appaltano" in misura crescente alle lavoratrici straniere l'effettiva attività di assistenza nei confronti dei loro genitori. Il ricorso alle badanti rappresenta una sostituzione, in qualche caso un'integrazione, di risorse di cura familiari informali con risorse informali di mercato. D'altra parte, l'esistenza di un notevole serbatoio di lavoro sommerso ostacola la crescita di un mercato privato regolare dei servizi assistenziali e/o infermieristici, il cui utilizzo è per ora circoscritto alle famiglie in condizioni economiche agiate. Il basso livello di socializzazione del rischio di non autosufficienza tende a creare una distribuzione diseguale dei servizi fra la popolazione e, a fronte di uno scarso sviluppo dell'offerta pubblica e agli elevati costi di quella organizzata a pagamento, stimola ulteriormente il ricorso a servizi resi dalle badanti [Da Roit e Castegnaro, 2004].

A fronte delle aspettative di crescita della domanda di servizi per la cura della non autosufficienza e all'esigenza di ridefinire i modelli di intervento pubblico nell'ambito dei

servizi alla persona, i modelli organizzativi adottati dalle regioni italiane sono sostanzialmente di due tipi.

Il primo consiste nello sviluppare il mercato dei servizi alla persona attraverso l'erogazione di voucher per l'acquisto di prestazioni socioassistenziali e sociosanitarie. In questo modello, di cui l'esempio italiano più studiato è rappresentato dalla regione Lombardia, il soggetto pubblico si limita a verificare la necessità della cura riconoscendo ai singoli individui un ammontare di risorse erogato non in moneta ma sotto forma di un buono per l'acquisto di prestazioni presso soggetti accreditati [Beltrametti, 2004]. Con la recente introduzione del voucher sociosanitario (DGR 12902/2003), le aziende sanitarie lombarde si sono definitivamente spogliate del ruolo di erogatrici di servizi sanitari nei casi di assistenza domiciliare integrata, mentre gli interventi socioassistenziali da parte dei comuni possono assumere la forma di buoni sociali - un contributo monetario erogato dal comune qualora la famiglia preferisca accudire personalmente l'anziano a domicilio - o di voucher sociali che invece sono analoghi titoli di acquisto sul mercato dei servizi assistenziali. Il rischio principale di questo schema organizzativo è che non vi siano risorse sufficienti ad includere un numero elevato di assistiti e a remunerare gli operatori, in modo tale che non sia possibile superare del tutto i rischi di sopravvivenza di un diffuso lavoro nero.

Nel secondo tipo di modello organizzativo, i soggetti pubblici finanziatori (AUSL e Comuni) individuano gli aventi diritto ai diversi tipi di prestazioni e provvedono, direttamente oppure tramite accordi con produttori privati, all'erogazione dei servizi. La domanda di servizi viene quindi esercitata non dall'anziano o dalla sua famiglia, come nel caso lombardo, ma dai committenti pubblici che svolgono funzione di sponsor. All'erogazione diretta dei servizi, la regione Emilia Romagna ha affiancato anche la fornitura di un trasferimento di tipo monetario, adottando l'assegno di cura come incentivo alle scelte di domiciliarizzazione. Questo contributo monetario viene erogato alla famiglia disposta a curare a domicilio l'anziano non autosufficiente e può essere utilizzato in modo del tutto discrezionale. La misura viene erogata se il reddito del nucleo familiare è inferiore ad una certa soglia, si accerta la non autosufficienza dell'anziano e l'adeguatezza della rete familiare che si fa garante dell'assistenza. L'assegno di cura non è sostitutivo dell'assistenza sanitaria di competenza delle AUSL ma parzialmente di quella socioassistenziale di competenza dei comuni, dal momento che la famiglia è chiamata a sottoscrivere un contratto che definisce gli impegni assistenziali assunti nei confronti dell'anziano. In questa prospettiva, l'assegno di cura viene ritenuto un intervento che sostiene la famiglia nella sua funzione "naturale" di fornitore prevalente di assistenza all'anziano ed è considerato un riconoscimento del quotidiano lavoro di assistenza svolto dai familiari. Se la famiglia si orienta verso una parziale delega delle attività di cura a soggetti privati esterni, l'assegno di cura risulta insufficiente ad acquistare servizi sul mercato regolare, stimolando l'acquisto di personale non qualificato e indebolendo le reti di offerta professionali. Per contrastare questo fenomeno, la regione Emilia Romagna ha investito risorse nell'incentivare le richieste di regolarizzazione di domestici e badanti extracomunitari secondo la l. 189/2002 e sperimentando uno Sportello Sociale di aiuto alle famiglie che agevoli l'incontro tra domanda ed offerta, attribuendo nuove competenze ai Centri Territoriali per l'Impiego e favorendo l'introduzione di forme contrattuali più flessibili. Sono stati inoltre introdotti progetti di attività formative e di qualificazione delle assistenti a pagamento, al fine di istituire albi accreditati di erogatori individuali che favoriscano l'emersione del lavoro sommerso ma che potenzialmente possono condurre ad una crescita dei costi di erogazione di questi servizi.

Entrambi questi modelli organizzativi non risolvono comunque il problema di fondo legato alla difficoltà per le famiglie di affrontare economicamente la non autosufficienza. Qualunque intervento pubblico volto ad incentivare le scelte di domiciliarizzazione dell'anziano non autosufficiente si scontra con la limitatezza delle risorse attualmente disponibili. Mentre l'assistenza sanitaria è largamente finanziata in entrambi i modelli regionali dal servizio sanitario regionale - nel modello lombardo il voucher sociosanitario, nel modello emiliano romagnolo l'intervento diretto delle AUSL - i criteri di eleggibilità sulla base del reddito per accedere al buono o voucher sociale nel caso lombardo o all'assegno di cura nel caso emiliano romagnolo riducono drasticamente le possibilità di entrare nel sistema di assistenza pubblica per la popolazione che occupa una posizione mediana.

In questo contesto, il tema del reperimento di risorse aggiuntive da destinare alla non autosufficienza è di grande attualità [Beltrametti, 2003, Brau et al. 2004, Nomisma-Criep, 2003]. Le possibilità vanno da un adeguamento delle attuali reti di assistenza, potenziando le risorse disponibili in modo da aumentare il numero dei beneficiari degli interventi pubblici, alla promozione di sistemi di assistenza affidati a fondi integrativi, fino all'introduzione di un fondo nazionale per la non autosufficienza a gestione separata rispetto alla sanità, secondo il modello tedesco, alimentato da una tassa di scopo o da uno specifico contributo sul costo del lavoro. Il disegno di legge n. 2166 in discussione nell'attuale legislatura prevede che le prestazioni finanziate attraverso il fondo siano quelle garantite dai LIVEAS per le persone non autosufficienti, non sostitutive di quelle sanitarie e finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata sociosanitaria. Le risorse del fondo possono quindi essere impiegate per finanziare gli assegni di cura e gli oneri a rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria erogata in regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare. Sono invece esclusi gli oneri a rilievo sanitario e tutte le prestazioni sanitarie erogate a persone non autosufficienti in strutture residenziali, semiresidenziali o a domicilio.

Anticipando le scelte nazionali, dopo le esperienze di Trento e Bolzano, anche la regione Emilia Romagna ha previsto all'interno della l.r. 2/2003, la costituzione di un fondo per la non autosufficienza. Il fondo dovrebbe dare copertura a un insieme di prestazioni pressoché coincidenti con quello previsto dal disegno di legge nazionale, affiancandosi a quelli sanitario e sociale. Il fondo dovrebbe raccogliere la componente sociale degli assegni di cura (pari al 30%) che prima della l.r. 2/03 veniva ripartita tra i comuni nell'ambito del riparto del fondo sociale regionale e quella sanitaria (pari al 70%) che prima era trasferita alle aziende all'interno del riparto del fondo sanitario regionale. Agli assegni di cura si dovrebbero aggiungere risorse provenienti dall'istituzione di un'addizionale regionale all'imposta sui redditi [Fiorentini, 2004]. L'attuazione del progetto è tuttavia al momento subordinata allo sblocco della fiscalità regionale e all'avvio di un vero federalismo fiscale.

4. Le politiche per gli anziani in Emilia Romagna

Il crescente e costante invecchiamento della popolazione rappresenta uno dei fenomeni più rilevanti con cui anche l'Emilia Romagna deve confrontarsi. I dati dell'ultimo censimento Istat (2001) indicano che il 22,23% della popolazione emiliano romagnola ha più di 65 anni (il 5,85% più di 80 anni), le persone con disabilità che vivono in regione sono circa 200.000 e rappresentano il 5% della popolazione regionale.

Nel campo delle politiche per gli anziani l'esperienza dell'Emilia Romagna presenta caratteristiche innovative. Con la legge regionale n.5/1994, la regione ha predisposto una serie di interventi mirati all'istituzione di un sistema sociosanitario caratterizzato da: unitarietà nel processo di accesso, di valutazione e di indirizzo della domanda assistenziale da parte degli utenti attraverso lo strumento degli accordi di programma e la predisposizione di un Servizio assistenza anziani (SAA); personalizzazione della cura tramite una valutazione globale dei bisogni della persona anziana e del suo nucleo familiare, con predisposizione dell'Unità di valutazione geriatrica territoriale (UVGT) e del responsabile di caso; incentivi alla permanenza all'interno del nucleo familiare e alla limitazione del ricorso all'istituzionalizzazione. Confermando questo modello di intervento, la legge regionale 2/2003 ha introdotto una riforma dell'assistenza - in attuazione della legge quadro 328/00 - in cui sono assunte e declinate le nuove competenze regionali dopo la riforma del Titolo V della Costituzione.

Dopo una prima valutazione da parte dell'assistenza sociale, se ci sono problemi di tipo sociosanitario l'anziano viene visitato dalla UVGT, composta da un medico geriatra, un infermiere professionale e un assistente sociale. La UVGT elabora un piano assistenziale personalizzato e inserisce l'anziano nella rete dei servizi comprendente servizi gestiti direttamente dagli Enti pubblici (Comuni, AUSL, ASAP), o da privati accreditati [Rebba, 2001]. I servizi offerti all'interno del programma personalizzato vanno dal ricovero residenziale in Casa Protetta o in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) o semiresidenziale in un Centro Diurno, oppure i programmi di SAD o ADI offerti a domicilio e la predisposizione dell'assegno di cura.⁷

Dal 1999 al 2002 la Regione ha aumentato l'offerta di posti residenziali, con l'obiettivo però di procedere rapidamente verso una loro maggiore qualificazione piuttosto che un ulteriore potenziamento, ampliando l'offerta semiresidenziale dei Centri diurni e di altri servizi flessibili che permettano all'anziano di vivere nel proprio ambiente. Rispetto all'assegno di cura, alla fine del 2002 risultano attivi 7.869 contratti, con un incremento del 13,6% rispetto ai contratti attivi all'inizio dello stesso anno. Il 59,4% dei contratti si riferisce al livello di media intensità, mentre gli altri due livelli si aggirano attorno al 20%. Nel 2002 il numero complessivo di persone che hanno ricevuto l'assegno di cura è stato di 12.544 (+8.26% rispetto al 2001), il 65% di questi ha più di 80 anni. Considerando i prestatori di cure informali, il 69,6% dei familiari che garantiscono la cura vive con l'anziano (73% nel 2001), con probabilità di coabitazione crescente all'aumentare della gravità dell'anziano [Regione Emilia Romagna, 2003]. Nel 2002 il 31.5% degli assegni di cura concessi risultava integrato con altri servizi della rete, per lo più interventi di assistenza domiciliare, inserimenti in centri diurni e ricoveri di sollievo. Il servizio di assistenza domiciliare è presente in tutti i distretti della regione. L'équipe assistenziale assicura gli ausili, i presidi e i farmaci necessari, attiva competenze specialistiche a domicilio, si integra con i servizi di assistenza sociale o socioassistenziale, assicurando il collegamento con i servizi ospedalieri e territoriali. I pazienti oltre i 65 anni presi in carico per ADI nel corso del 2002 sono stati 65.663, con 74.485 episodi di cura⁸, con un incremento rispetto al 2001 di oltre il 15%.

⁷ L'entità giornaliera dell'assegno varia da 7,23 a 15,49 euro e viene ridotto del 50% in presenza di un'indennità di accompagnamento.

⁸ Il paziente che riceve cure domiciliari può essere ammesso a più episodi di cura (TAD). Le TAD previste sono cinque, classificate sulla base della figura professionale che prevalentemente assiste il paziente (MMG, Medico Specialista, Assistenza infermieristica, Assistenza Volontariato, Assistenza Sociale).

Le stime regionali indicano che su 100 persone anziane oltre i 75 anni, 6 vivono in strutture residenziali (RSA, case protette, comunità alloggio) e hanno problemi di autonomia, 68 vivono a domicilio senza particolari problemi di ADL, 26 vivono a domicilio ed hanno problemi in almeno una ADL [Da Roit e Castegnaro, 2004]. Nonostante un'offerta di servizi per l'assistenza agli anziani non autosufficienti tra le più consistenti in Italia, la capacità di offerta e di presa in carico della rete è valutata al 31.12.2002 pari al 6,2% della popolazione con età uguale o superiore a 75 anni [Regione Emilia Romagna, 2004].

Le principali problematiche derivano dall'esistenza di vincoli finanziari che impongono una forte prioritizzazione nell'accesso ai servizi sociosanitari e socioassistenziali. I primi soggetti a beneficiare dell'assistenza locale sono gli anziani oltre i 75 anni, con livelli di non autosufficienza molto gravi e che vivono da soli. Le risposte assistenziali a domicilio risultano ancora insufficienti e, soprattutto, piuttosto differenziate fra province. Le liste d'attesa evidenziano che la domanda delle famiglie è ancora in parte insoddisfatta. Il tempo medio intercorrente tra la valutazione e la decorrenza del contratto di assegno di cura supera i 35 giorni. Nel 2002 a livello regionale si stimano 1627 casi per tutti e tre i livelli di gravità a cui non è stato possibile dare risposta con l'assegno di cura per mancanza di risorse, anche se il livello con più alta intensità assistenziale è quello per il quale si riscontra la più bassa percentuale di situazioni inevase (12,5%) [Regione Emilia Romagna, 2003]. I servizi domiciliari della rete pubblica evidenziano ancora numerose carenze per quanto riguarda le attività di SAD, assistenza esclusivamente sociale e di competenza dei comuni, che hanno una ancora troppo scarsa diffusione ed una ridotta capacità di coprire giornalmente i bisogni degli utenti. Anche in Emilia Romagna, come nel resto d'Italia, il sostegno informale offerto dalla famiglia rappresenta la principale forma di assistenza agli anziani non autosufficienti.

5. Le scelte abitative dei non autosufficienti in Emilia Romagna

I dati utilizzati provengono da un'indagine svolta fra ottobre e dicembre 2002 su un campione rappresentativo delle famiglie dell'Emilia Romagna, prevalentemente finalizzata a determinare la disponibilità a pagare per programmi di copertura contro il rischio di non autosufficienza. Il questionario, somministrato ad opera di una società specializzata a 1415 famiglie mediante interviste a domicilio, raccoglie informazioni su una pluralità di aspetti quali: struttura demografica, condizioni sociali, economiche e sanitarie, nonché sulle opinioni relative alla qualità nei servizi assistenziali attualmente erogati. I dati raccolti riguardano principalmente caratteristiche e opinioni del rispondente (INT, da ora in avanti), ma sono integrate con informazioni sul nucleo familiare in cui egli è inserito. Il questionario contiene inoltre una specifica sezione che registra la presenza di soggetti non autosufficienti (NA, da ora in avanti), il livello di gravità di questi e il tipo di assistenza ricevuta. Al rispondente si chiede di segnalare oltre ai non autosufficienti presenti all'interno del suo nucleo, altri parenti stretti (genitori, nonni, ecc.) che soffrono di una condizione di dipendenza anche qualora questi non coabitino con l'intervistato.⁹ Ciò consente di disporre di informazioni anche su soggetti che hanno optato per una soluzione di carattere residenziale anziché domiciliare e quindi di esaminare le determinanti dell'una piuttosto che dell'altra modalità di assistenza in relazione sia al grado di disabilità del soggetto che di alcune caratteristiche sociodemografiche della famiglia (allargata) cui egli fa riferimento.

⁹Per una descrizione dettagliata del questionario e del piano di campionamento utilizzato si rimanda a Brau, Lippi Bruni, Pinna [2003] e a Cocchi, Fabrizi, Trivisano [2004].

Nel dataset utilizzato si evidenziano tre tipologie di persone non autosufficienti sulla base del rapporto che essi hanno con l'intervistato, tipologie che si differenziano anche in relazione al livello di informazione disponibile. La persona che versa in condizioni di dipendenza può: a) coabitare con l'intervistato; b) abitare altrove ma esserne il genitore; c) abitare altrove ed essere un parente meno prossimo. Di tale distinzione è necessario tenere conto in quanto è ipotizzabile che le informazioni raccolte sul rispondente e sulla sua famiglia siano tanto più influenti sulla scelta abitativa del non autosufficiente (NA, da ora in avanti) quanto maggiore è il grado di prossimità fra i due soggetti.

Il modello di scelta che consideriamo prevede che la decisione abitativa per la persona NA sia assunta dalla famiglia nel suo complesso. Il lavoro si inserisce quindi nel filone della letteratura che assume *common preferences* fra i componenti della famiglia e, considerata la natura *cross section* del dataset a disposizione, assume anche che la scelta residenziale dell'anziano venga assunta una volta per tutte.

Il grado di autonomia e, più in generale, le condizioni di salute e le preferenze della persona non autosufficiente sono visti come elementi influenti ma non esclusivi della decisione. Accanto ad essi, si può ipotizzare che esistano determinanti ulteriori quali la capacità di sostegno informale che la famiglia è in grado di assicurare, le condizioni economiche generali, inclusa la situazione abitativa preesistente, nonché valutazioni familiari su una varietà di dimensioni fra cui il grado di responsabilità intergenerazionale nei confronti degli anziani, la qualità dei servizi di assistenza correntemente assicurati dal settore pubblico e di quelli acquistabili sul mercato privato.

La scelta abitativa del NA è determinata dalla differenza nel livello di utilità familiare conseguito in corrispondenza delle soluzioni domiciliare (H) e residenziale (R). Si può assumere che la funzione di utilità della famiglia *i-esima* quando opta per la soluzione *j* è pari a:

$$U_i^j = U(C_i^j; N_{NAi}; \Theta_i; P^j) \quad j = H, R \quad (1)$$

La funzione di utilità è composta da quattro argomenti: il livello di consumo di un bene composito assunto come numerario (C_i^j), il bisogno assistenziale del non autosufficiente (N_{NAi}) e un vettore di variabili attitudinali (Θ_i) di natura familiare che influenzano la propensione verso l'una piuttosto che l'altra soluzione assistenziale e il livello di assistenza pubblica P^j disponibile per le due soluzioni assistenziali.

Il consumo è definito dalla seguente espressione:

$$C_i^j = Y_i - CInf^j(N_{NAi}, D_i) - CF^j(N_{NAi}) \quad (2)$$

Y_i esprime il reddito familiare (potenziale) mentre $CInf^j$ e CF^j sono i costi dell'assistenza informale e formale, rispettivamente. Entrambe i costi sono specifici della soluzione *j* adottata. Il primo ha natura di costo opportunità in quanto il tempo dedicato alle cure di un familiare riduce (almeno in parte) le opportunità di lavoro della famiglia. Per questa ragione tali costi dipendono non solo dalla gravità dello stato di salute, come accade per le cure formali, ma anche dalla struttura demografica della famiglia (D_i).¹⁰ E' infatti ragionevole attendersi che famiglie più numerose o famiglie in cui sono presenti figure come quella di una casalinga siano in grado di erogare assistenza informale sostenendo

¹⁰ La variabile reddito osservata a livello empirico è quindi pari a $Y_i - CInf^j(N_{NAi}, D_i)$

costi (opportunità) inferiori rispetto a famiglie di dimensioni ridotte e in cui tutti gli adulti sono occupati.

In caso di soluzione residenziale si può assumere che la quantità di assistenza informale sia trascurabile e questa viene quindi normalizzata a zero. Conseguentemente, l'intero fabbisogno di cure, al netto dell'assistenza pubblica, viene interamente coperto mediante assistenza formale. Viceversa in caso di assistenza domiciliare la famiglia dovrà decidere quanta parte di assistenza erogare direttamente e quanta invece delegare a un soggetto esterno, tipicamente una badante. Dal momento che l'analisi empirica si concentra sulla scelta fra assistenza a domicilio e assistenza residenziale e non fra cure formali e informali, la suddivisione fra servizi formali e informali può essere considerata il risultato di una scelta che a questo livello assumiamo predeterminata sulla base dello stato di salute di NA e delle propensioni familiari verso l'una piuttosto che l'altra soluzione, oltre che del costo relativo delle due alternative per la famiglia considerata.

Il fabbisogno assistenziale N_{NAi} entra nella funzione di utilità non solo attraverso l'impatto sul livello di consumo, ma anche in modo diretto, dal momento che livelli di gravità maggiori riducono il benessere complessivo della famiglia. Ciò si verifica anche a prescindere dai maggiori costi di assistenza determinati dalle situazioni più complesse, dal momento che queste finiscono per imporre anche maggiori carichi psicologici e organizzativi. Tali carichi tendono tra l'altro a pesare maggiormente quando si opta per l'assistenza domiciliare, per cui a priori è ipotizzabile che, *ceteris paribus*, si sia indotti ad assistere mediante soluzione residenziale le situazioni di maggiore gravità.

La funzione di utilità contiene poi un vettore di variabili (Θ_i) che sono espressione delle opinioni familiari su una pluralità di aspetti quali la qualità percepita dell'assistenza pubblica, il grado di responsabilizzazione familiare nell'assistenza agli anziani ecc., che possono, al di là di valutazioni di convenienza strettamente economica o clinica, orientare la preferenza per l'una piuttosto che per l'altra soluzione.

Infine va considerata anche l'influenza del livello di assistenza pubblica correntemente assicurato dal sistema P^j , che si differenzia in relazione alla soluzione assistenziale considerata. Gli interventi possono assumere varie forme e differire in modo anche piuttosto marcato fra le diverse aree. Per la soluzione domiciliare, l'intervento pubblico si manifesta prevalentemente sotto forma di programmi di assistenza domiciliare integrata (ADI) organizzati dai comuni e dalle aziende sanitarie, mentre per la soluzione residenziale si possono considerare gli interventi di sostegno finanziario per la copertura (totale o parziale) delle spese di ricovero.

Le stime che presentiamo analizzano la scelta residenziale, prendendo in considerazione due possibili alternative: l'assistenza a domicilio (comprendendo in questa categoria anche i non autosufficienti che vivono soli) e il ricovero in residenza. In ragione delle informazioni disponibili viene stimata una forma ridotta del modello illustrato in precedenza, utilizzando un modello probit in cui la variabile dipendente assume valore 1 in caso di assistenza a domicilio.

Da un punto di vista empirico, la scelta della famiglia *i-esima* può essere rappresentata mediante un processo latente I_i^* espressione della differenza di utilità familiare raggiunta nelle due soluzioni abitative considerate.

$$I_i^* = U_i^H(.) - U_i^R(.) = U(C_i^H; N_{NAi}^H; \Theta_i, P^H) - U(C_i^R; N_{NAi}^R; \Theta_i, P^R) \quad (5)$$

Tuttavia, non è possibile osservare direttamente la differenza I_i^* dal momento che ciò che viene osservato empiricamente è solo la scelta di una delle due alternative. Tale scelta può essere descritta dall'indicatore dicotomico I_i :

$$I_i^* = x_i' \beta + u_i \quad u_i \sim N(0,1). \quad \text{con} \quad I_i = \begin{cases} 1 & \text{se } x_i' \beta \geq 0 \\ 0 & \text{altrimenti} \end{cases} \quad (6)$$

L'espressione (6) definisce la struttura delle equazioni utilizzate nella stima che assumono la forma seguente:

$$\Pr(I_i=1/x_i) = \Phi(x_i' \beta) \quad \text{e} \quad \Pr(I_i=0/x_i) = 1 - \Phi(x_i' \beta) \quad (7)$$

dove Φ è la distribuzione cumulativa della Normale, β il vettore dei parametri di interesse e x_i il vettore delle variabili esplicative, il cui elenco viene riportato in Tabella 1 in appendice al lavoro.

L'approccio sopra descritto influenza in modo determinante la specificazione del modello empirico e la conseguente scelta delle variabili utilizzate per la stima. Come già anticipato, la variabile dipendente ha natura dicotomica e assume valore 1 nel caso in cui il non autosufficiente (NA) viva a casa (da solo o con altri familiari) e valore 0 se invece viene curato in una struttura residenziale, includendo fra queste case di riposo, cure protette, residenze sanitarie assistite o altre strutture assistenziali. Il campione raccoglie tutte le famiglie in cui è segnalato un non autosufficiente di età superiore ai 50 anni. Il numero complessivo di osservazioni utilizzate ammonta a 279 fra cui si registrano 231 casi di permanenza a domicilio e 48 casi di istituzionalizzazione.

Le variabili esplicative impiegate possono essere raggruppate in relazione al soggetto rispetto al quale vengono rilevate. Vi sono innanzitutto una serie di variabili riferite al NA, che forniscono indicazioni in merito alla natura della disabilità. In particolare si conoscono età, sesso, data di inizio della disabilità (*LTC spell*), e la condizione abitativa della persona prima di diventare disabile (*Lived alone*). Si dispone inoltre di informazioni sul grado di autonomia nello svolgere sei attività fondamentali della vita quotidiana (ADL) e tre attività strumentali della vita quotidiana (IADL).¹¹ Partendo da queste informazioni è stato creato un indicatore che riporta il numero di ADL o IADL che ciascun NA non è «per nulla in grado di svolgere autonomamente», e la variabile discreta così costruita è stata utilizzata nelle regressioni quale *proxy* della gravità (*Num ADL*). E' stata inoltre inserita la variabile relativa alla capacità del NA di prepararsi da mangiare in modo autonomo (*IADL 9*).

Un secondo gruppo di regressori è rappresentato da variabili relative alla struttura demografica della famiglia. In particolare si è cercato di inserire indicatori che fossero espressione del potenziale di assistenza informale proprio della famiglia. Il primo di questi è il numero di componenti della famiglia (*DIM_FAM*) e, in linea con la letteratura prevalente sulle scelte di *living arrangement*, è stato utilizzato anche un identificatore

¹¹ Gli ADL, che rappresentano gli indicatori tipicamente utilizzati per misurare la gravità dello stato di disabilità includono in questo caso: mangiare; alzarsi e mettersi a letto; camminare e salire le scale; vestirsi; utilizzare i servizi igienici e lavarsi. Gli IADL, che colgono aspetti di minore gravità ma che richiedono comunque un'attività di supporto, sono qui rappresentati da: fare la spesa; usare il telefono, e prepararsi da mangiare.

aggiuntivo quando è presente una casalinga, figura predisposta in modo particolare ad assumere il ruolo di *caregiver*, che dovrebbe rendere relativamente più probabile un orientamento per la soluzione domiciliare.

Un terzo gruppo di variabili è quello relativo alle attitudini familiari che comprendono opinioni del rispondente in merito a qualità dei servizi sociali e sanitari, alle priorità di spesa per il settore pubblico, ma anche le motivazioni principali che hanno guidato la famiglia in scelte quali il luogo di residenza.

Sono stati poi presi in considerazione indicatori della condizione socioeconomica della famiglia di riferimento, utilizzando a questo scopo il reddito familiare (capofamiglia più coniuge, quando presente) e il fatto di vivere in casa di proprietà. Inoltre, si è cercato di controllare per la disponibilità di forme di aiuto di natura pubblica. Sfruttando la variabilità territoriale nella fornitura di servizi sono stati costruiti indici su base comunale per l'offerta di posti letto in RSA e sulla base della ASL di appartenenza dell'intervistato per l'offerta di servizi ADI. Entrambi gli indicatori, per la costruzioni dei quali si è fatto ricorso a banche dati della regione Emilia Romagna per l'anno 2002, sono stati standardizzati in relazione alla popolazione ultra 75enne. Infine, sono state inserite delle *dummies* di tipo spaziale per evidenziare la presenza di una possibile variabilità nei comportamenti delle famiglie intervistate, a seconda delle caratteristiche del comune di residenza.

La tabella 2 in appendice presenta specificazioni via via più complete del modello (6). Ciò consente di valutare la robustezza dei coefficienti all'introduzione di regressori che spostano progressivamente l'oggetto di osservazione dal non autosufficiente, alla sua famiglia fino ai livelli di assistenza pubblica erogati nelle diverse aree del territorio regionale. Tale valutazione è utile in considerazione anche del fatto che l'aggiunta di gruppi successivi di variabili, in particolare di quelle di natura economica, riduce in modo non marginale la numerosità del campione a causa di dati mancanti, senza però modificare in questo caso la sostanza dei risultati.

La specificazione A include le variabili associate al NA e le variabili relative alla struttura demografica della famiglia nonché opinioni e attitudini del rispondente. In termini generali, si evidenzia l'importanza della disabilità nell'influenzare la scelta della modalità di cura, mentre le variabili scelte per esprimere la potenzialità delle famiglie di erogare assistenza informale non producono alcun impatto. Le variabili che catturano il grado di dipendenza del NA sono in larga parte significative e il segno rispecchia sempre le aspettative a priori. Più in dettaglio, si può notare che età e durata della disabilità rendono più probabile il ricovero in struttura e lo stesso accade al crescere del numero di ADL che il NA non è in grado di svolgere. Gli indicatori che misurano su diverse dimensioni la gravità dello stato di dipendenza segnalano quindi in maniera coerente come questa spinga verso la scelta di ricovero. Un altro elemento importante, che conferma un'indicazione spesso riscontrata in letteratura, è che se la persona non autosufficiente abitava sola al momento in cui è intervenuta la condizione di dipendenza, è relativamente più probabile che si opti per il ricovero. Ciò evidenzia la rilevanza dei costi di transazione che la famiglia deve sostenere per la propria riorganizzazione quando si verifica una condizione di dipendenza per uno dei suoi membri. Tali costi sono evidentemente più elevati se il non autosufficiente viveva da solo tanto per le maggiori difficoltà di prestare assistenza a una persona che non coabita con i familiari che si assumono l'onere dell'assistenza, quanto per i problemi organizzativi da superare nel caso in cui si decida di accogliere NA all'interno di un nucleo preesistente e ciò finisce per ridurre la probabilità di domiciliarizzazione.

Molto meno influenti rispetto a quanto suggerito dalla letteratura statunitense sono le variabili che riflettono la struttura demografica familiare. Né il numero di componenti, né la presenza di una casalinga come potenziale *caregiver* primario mostrano un impatto significativo, così come non significative sono le altre variabili familiari provate in altre specificazioni del modello (ad esempio, il numero di figli, la presenza di figli fuori casa, ecc.). Un'interpretazione preliminare di questo risultato è la persistenza di modelli comportamentali delle famiglie italiane che - a differenza di quanto accade negli Stati Uniti - tendono ancora a considerare il ricovero dell'anziano in istituto come un'azione socialmente stigmatizzante e quindi la struttura familiare risulta ancora poco determinante nell'influenzare le soluzioni abitative prescelte per l'anziano, mentre decisamente molto rilevanti sono le variabili legate alla gravità del suo stato di salute. La variabile *NA_dist* non ha una interpretazione in termini del modello strutturale ed è stata inserita per via del modo con cui sono stati raccolti i dati. Essa è finalizzata a controllare per la diversa «vicinanza» fra la persona NA e il rispondente, rispetto al quale vengono raccolte le informazioni di opinione e di carattere familiare. E' infatti ragionevole prevedere che tali informazioni siano tanto più influenti sulle decisioni di ricovero quanto più stretto è il rapporto fra NA e rispondente.

Un aspetto di particolare interesse nella nostra analisi è il ruolo assunto delle variabili di opinione. Nonostante sia spesso riconosciuto in letteratura che tanto i giudizi sulla qualità dei servizi che le propensioni familiari possono in concreto esercitare un'importante influenza sulle scelte di *living arrangement*, la disponibilità di variabili che permettano di controllare, seppure in modo parziale, per questi effetti è relativamente poco frequente. Dal nostro campione emerge che le variabili di opinione svolgono un ruolo di rilievo. In particolare, si può verificare che un giudizio prevalentemente negativo sulla qualità dei servizi di assistenza ai non autosufficienti erogati dal settore pubblico rende più probabile la scelta di assistere a casa il familiare. Le famiglie meno soddisfatte si orientano quindi verso soluzioni che prevedono una gestione diretta dell'assistito, o attraverso forme di assistenza informale o attraverso l'acquisizione dei servizi sul mercato delle badanti, dove il rapporto fra caregiver e assistito è governato attraverso relazioni personali e dirette. E' interessante notare come si verifichi la tendenza opposta in presenza di un giudizio negativo sulla qualità del SSN. Tale risultato è attribuibile presumibilmente al desiderio di affidare il familiare ad una struttura che assicuri una forma di assistenza che copra le esigenze complessive della persona dipendente in modo più ampio di quanto sia possibile fare a casa, proprio perché interventi di sostegno in caso di necessità, come ad esempio le visite mediche vengono giudicati in generale di qualità inadeguata, o per l'efficacia attesa degli stessi o eventualmente per difficoltà di accesso. Un indicatore che produce un impatto rilevante è la *dummy* relativa alle priorità per nuove spese pubbliche. Le famiglie che indicano la sanità fra le prime tre priorità per nuove spese sono anche relativamente più orientate verso la soluzione domiciliare. Ciò conferma che chi percepisce con maggior forza l'esigenza di investire nel miglioramento del SSN finisce, in questo caso, per assistere prevalentemente a casa i propri familiari. E' stato infine inserito un controllo per le motivazioni che hanno determinato la scelta della residenza da parte della famiglia. Coerentemente con le aspettative, il gruppo di coloro che hanno condizionato la propria scelta abitativa in ragione di condizioni di salute di alcuni componenti o delle volontà di stare vicino ai familiari si rivelano come relativamente più orientati alla domiciliarizzazione. Questo può dipendere dal fatto che la variabile individua famiglie in cui i legami interpersonali hanno un peso particolarmente forte, oppure che le scelte residenziali hanno ex-post ridotto i costi di transazione indotti dalla scelta di assistenza domiciliare.

Nel modello B, alle variabili esaminate in precedenza, si aggiungono le due variabili relative alle condizioni socioeconomiche della famiglia dell'intervistato. A causa della particolare sensibilità dell'informazione, non è stato possibile ottenere il dato del reddito per un certo numero di famiglie, così che il numero di osservazioni utilizzate è sceso a 251. Tanto i valori dei coefficienti quanto la loro significatività appaiono però robusti nel passaggio da una specificazione all'altra. Il reddito ha un impatto significativo e emerge che le famiglie più ricche tendono ad orientarsi relativamente di più verso la soluzione residenziale. Il risultato è in buona parte atteso per la realtà istituzionale italiana in quanto i costi *out-of-pocket* che gravano sulle famiglie in caso di ricovero sono in generale rilevanti, anche se di segno contrario rispetto a risultati spesso evidenziati nella letteratura empirica statunitense. Elevati costi di ricovero riducono di fatto le possibilità di accesso alle strutture per le famiglie meno abbienti che si rivelano più propense a farsi carico in modo diretto dell'onere dell'assistenza. Una possibile spiegazione complementare rispetto a quella delle elevate spese di ricovero, è che per le famiglie a più alto reddito il costo opportunità del tempo sia più elevato e quindi queste trovino meno impegnativo delegare a una struttura esterna l'assistenza piuttosto che ricorrere a soluzioni domiciliari.

Nel modello C vengono aggiunte le variabili spaziali, relativamente all'offerta pubblica di servizi residenziali e domiciliari e alle caratteristiche dei comuni di residenza dell'intervistato. Nessuna delle due variabili riferite alla disponibilità territoriale dei servizi mostra un impatto significativo, in questo caso probabilmente a causa della limitata variabilità a livello territoriale e del ridotto numero di osservazioni per ciascun comune di riferimento. Sorprendentemente, risulta invece avere un impatto significativo sulla probabilità di domiciliarizzazione la residenza in comuni con popolazione superiore ai 25000 abitanti, rispetto ai piccoli comuni e ai centri più grandi con caratteristica di capoluogo di provincia.

6. Osservazioni conclusive

L'evoluzione della composizione demografica della popolazione in atto nei principali paesi sviluppati unita alla modificazione delle dinamiche sociali che determina una minore disponibilità alla cura familiare informale evidenzia la necessità di profondi interventi per ridisegnare l'assetto dei servizi sociosanitari e socioassistenziali rivolti agli anziani non autosufficienti. I fenomeni sopra descritti coinvolgono in modo accentuato anche l'Italia, che presenta un profilo demografico particolarmente sbilanciato verso le classi di età anziana e dove, almeno fino ad oggi, la famiglia ha di fatto garantito la massima parte dell'attività di sostegno alle condizioni di fragilità.

I principali sistemi di intervento adottati nel corso degli ultimi anni dalle regioni italiane sono riferibili ai modelli di concorrenza amministrata del tipo sponsor o terzo pagatore. Entrambi a livello programmatico enfatizzano l'importanza di favorire la domiciliarizzazione ma soffrono di comuni difficoltà date dalla presenza di stringenti vincoli di bilancio e di un mercato irregolare dell'assistenza familiare in continua espansione. Inoltre, l'efficacia delle politiche di intervento finalizzate a ridurre l'istituzionalizzazione è in gran parte ancora tutta da valutare empiricamente.

La letteratura teorica ed empirica che si occupa di *aging* si è concentrata in modo crescente sul tema delle scelte abitative dei non autosufficienti. I modelli teorici hanno approfondito in particolare lo studio della struttura familiare e il ruolo delle relazioni fra i singoli componenti nel determinare la scelta della modalità di assistenza. La letteratura empirica che da essa scaturisce conferma la complessità delle interazioni esistenti fra le

potenziali determinanti delle decisioni familiari in questo ambito. Pur fra una ampia gamma di modelli proposti è possibile individuare alcune regolarità empiriche che forniscono indicazioni significative per l'interpretazione dei processi decisionali. Appare innanzitutto evidente che la gravità della dipendenza influisce tanto sull'ammontare di cure informali assicurate al non autosufficiente quanto sulla probabilità di istituzionalizzazione. Accanto ad essa un ruolo importante lo assume la composizione familiare, con i soggetti che godono di limitato supporto informale in quanto vivono soli o in nuclei di dimensioni ridotte, che finiscono per optare con maggiore probabilità per l'istituzionalizzazione. L'analisi empirica riferita al contesto statunitense evidenzia anche come, al crescere del reddito familiare, aumenti tendenzialmente la probabilità per l'anziano di vivere in modo autonomo e con maggiore ricorso alle cure a pagamento.

Due aspetti emergono poi in relazione alla forma assunta dall'intervento pubblico che, soprattutto in presenza di sussidi per le spese di *nursing home* finisce per influenzare significativamente la probabilità di ricovero, mentre forme di supporto all'assistenza domiciliare sembrano spiazzare le cure informali piuttosto che ridurre il rischio di istituzionalizzazione. Si evidenzia inoltre come, le diverse politiche di intervento possano produrre effetti diversi in relazione alla natura dei legami familiari, e in particolare al grado di responsabilità che viene percepito nei rapporti fra generazioni. Tutto ciò rende particolarmente problematico trasferire alla realtà italiana risultati ottenuti in contesti socio economici molto diversi.

Il presente lavoro costituisce un primo tentativo di colmare questa lacuna attraverso un'analisi empirica delle scelte abitative dei non autosufficienti su un campione di famiglie dell'Emilia Romagna. Attraverso la stima di un modello a scelta discreta, si studiano le principali determinanti della scelta di domiciliarizzazione e istituzionalizzazione. Coerentemente con larga parte dell'evidenza empirica internazionale, un aumento della gravità delle condizioni di salute tende a favorire il ricovero in residenza. Avere difficoltà in un elevato numero di ADL, il crescere dell'età e la durata del periodo di disabilità aumentano la probabilità di istituzionalizzazione. Non si registra invece alcuna forma di *gender gap* a svantaggio delle donne. In letteratura questo viene spesso giustificato sulla base della maggiore aspettativa di vita delle donne che le espone al rischio di dover affrontare da sole, in quanto già vedove, l'insorgere di una condizione di dipendenza. Il risultato appare coerente con il fatto che, a differenza dei risultati della letteratura internazionale, la struttura familiare non pare influenzare la scelta abitativa, probabilmente per effetto della persistenza di modelli comportamentali che tendono ancora a farsi carico il più a lungo possibile dell'assistenza degli anziani non autosufficienti.

I dati disponibili confermano inoltre la possibile presenza di effetti di spiazzamento. Le famiglie che danno giudizi negativi sulla qualità dei servizi pubblici di LTC - interpretabili soprattutto come interventi a supporto dell'istituzionalizzazione data la diffusione ancora limitata dell'assistenza domiciliare - tendono a curare a casa i propri familiari. In questo contesto, un miglioramento della qualità dei servizi pubblici di tipo residenziale potrebbe spostare le scelte familiari verso l'istituzionalizzazione, nei confronti della quale al momento sembra ancora permanere un grado non trascurabile di stigma sociale.

Riferimenti bibliografici

- Becker G. (1981), *A Treatise on the Family*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Beltrametti L. (2003), *Long term care: una prospettiva di politica economica*, in M.C. Guerra, A. Zanardi (a cura di), *La finanza pubblica italiana 2003*, Bologna, Il Mulino.
- Beltrametti L. (2004), *Vouchers. Presupposti, usi e abusi*, Bologna, Il Mulino.
- Bernheim B.D., Shleifer A., Summers L. (1985), *The Strategic Bequest Motive*, Journal of Political Economy, 1138-59.
- Boersch-Supan A. (1987), *Household Dissolution and the Choice of Alternative Living Arrangements Among Elderly Americans*, NBER Working Papers: 2338.
- Boersch-Supan A., Kotlikoff L. J., Morris J. N. (1988), *The dynamics of living arrangements of the elderly*, NBER Working Papers: 2787.
- Boersch-Supan A., Hajivassiliou V., Kotlikoff L. J., Morris J. N. (1990), *Health, children and elderly living arrangements: a multiperiod-multinomial probit model with unobserved heterogeneity and autocorrelated errors*, NBER, Working Paper: 3343.
- Brau R., Lippi Bruni M., Pinna A. (2003), *La domanda di copertura per il rischio di non autosufficienza: un'analisi empirica*, in G. Fiorentini (a cura di) *I servizi sanitari in Italia 2003*, Il Mulino, Bologna, 139-69.
- Brau, R., Fiorentini, G. Lippi Bruni, M., Pinna, A.M: (2004) *La disponibilità a pagare per la copertura del rischio di non autosufficienza: analisi econometrica e valutazioni di policy*, *Politica Economica*, 20, (3).
- Caputo R.K. (2002), *Adult Daughters as Parental Caregivers: Rational Actors versus Rational Agents*, Journal of Family and Economic Issues, 23, 1, 27-50.
- Cocchi, D., Fabrizi E., Trivisano, C. (2004), *The construction of sampling weights in a survey of public interest about a sensible subject*, lavoro presentato al 7th International Meeting: Quantitative Methods for applied sciences, Università di Siena, Settembre.
- Costa D.L. (1999), *A house of her own: old age assistance and the living arrangements of older nonmarried women*, Journal of Public Economics, 72, 39-59.
- Cutler D., Sheiner L. (1993), *Policy options for long-term care*, NBER, Working Paper: 4302.
- Da Roit B., Castegnaro C. (2004), *Chi cura gli anziani non autosufficienti? Famiglia, assistenza privata e rete dei servizi per anziani in Emilia Romagna*, Milano, Franco Angeli.
- Davey A., Patsios D. (1999), *Formal and Informal Community Care to Older Adults: Comparative Analysis of the United States and Great Britain*, Journal of Family and Economic Issues, 20, 3, 271-299.
- Dostie B., Léger P.T. (2003), *The Living Arrangement Dynamics of Sick, Elderly Individuals*, working paper, Institut d'économie appliquée, Montréal (Québec), Canada.
- Ellwood D.T., Kane T.J. (1989), *The American Way of Aging: An Event History Analysis*, NBER Working Papers: 2892.
- Engers M., Stern S. (2002), *Long term care and Family Bargaining*, International Economic Review, 43, 1, 73-114.

- Evandrou M., Falkingham J., Rake K., Scott A. (2004), *The dynamics of living arrangements in later life: preliminary findings*, SAGE Discussion Paper no.4, London School of Economics, London.
- Fiorentini G. (2004), *Dimensioni verticali e orizzontali dell'integrazione sociosanitaria: assetti istituzionali e organizzativi per l'assistenza agli anziani non autosufficienti*, in *I servizi sanitari in Italia 2004*, Bologna, Il Mulino.
- Gori C. (2000), *Comparare i servizi sociosanitari per gli anziani: i costi economici e sociali delle diverse alternative*, *Economia Pubblica*, 30, 1, 95-115.
- Heiss F., Hurd M., Boersch-Supan A. (2003), *Healthy, wealthy and knowing where to live: predicted trajectories of health, wealth and living arrangements among the oldest old*, NBER Working Papers: 9897.
- Hiedemann B., Stern S. (1999), *Strategic play among family members when making long-term decisions*, *Journal of Economic Behavior & Organisation*, 40, 29-57.
- Hoerger T.J., Picone G.A., Sloan F.A. (1996), *Public Subsidies, Private Provision of Care and Living Arrangements of the Elderly*, *Review of Economics and Statistics*, 78, 3, 428-40.
- Iacovou M. (2000), *Explaining the living arrangements of older European women*, EPAG working paper, Institute for Social and Economic Research, Essex University.
- Istat (2001), *Le condizioni di salute della popolazione*, Indagine Multiscopo sulle famiglie anni 1999-2000, Roma.
- Istat (2004), *Rapporto annuale. La situazione nel Paese nel 2003*, Roma.
- Kemper P. (1992), *The use of formal and informal home care by the disabled elderly*, *Health Services Research*, 27, 4, 421-51.
- Kotlikoff L., Morris J. (1988), *Why Don't the Elderly Live With Their Children?* NBER Working Papers: 2734.
- Nomisma-Criep (a cura di) (2003), *I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità italiana?*, Roma, Franco Angeli, Fondazione Pfizer.
- Pezzin L.E., Kemper P., Reschovsky J. (1996), *Does publicly provided home care substitute for family care? Experimental evidence with endogenous living arrangements*, *Journal of Human Resources*, 31, 3, 650-76.
- Pezzin L.E., Schone B.S. (1997), *The Allocation of Resources in Intergenerational Households: Adult Children and their Elderly Parents*, *The American Economic Review*, 87, 2, 460-64.
- Pezzin L.E., Schone B.S. (1999), *Intergenerational Household Formation, Female Labor Supply and Informal Caregiving: A Bargaining Approach*, *Journal of Human Resources*, 34(3): 475-503
- Rebba V. (2001), *La sanità territoriale: i servizi di assistenza domiciliare integrata*, in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia. 2001*, Il Mulino, Bologna.
- Regione Emilia Romagna, (2003), *Relazione sull'applicazione della DGR 1377/99 Assegno di cura anno 2002*, settembre.
- Regione Emilia Romagna, (2004), *Relazione sull'applicazione della DGR 1378/99 anno 2003*, gennaio.

- Sloan, F.A., Picone, F., Hoerger, T.J. (1997), *The supply of children's time to disabled elderly parents*, *Economic Inquiry*, 35, 295-308.
- Spillman B.C., Pezzin L.E. (2000), *Potential and active family caregivers: changing networks and the "sandwich generation"*, *Millbank Quarterly*, 78 (3), 339-47.
- Stern S. (1995), *Estimating Family Long-Term Care Decisions in the Presence of Endogenous Child Characteristics*, *The Journal of Human Resources*, 30, 3, 551-580.
- Stern S. (1996), *Measuring Child Work and Residence Adjustment to Parent's Long-Term Care Needs*, *The Gerontologist*, 36, 1, 76-87.
- Stoller E.P. (1989), *Formal services and informal helping: the myth of service substitution*, *Journal of Applied Gerontology*, 8, 37-52.
- Tomassini C., Wolf DA. (1999), *Stability and Change in the Living Arrangements of Older Italian Women, 1990-1995*, Aging Studies Program Paper no.19, Centre for Policy Research, Maxwell Centre for Demography and Economics of Aging, Syracuse University, New York.
- Van Houtven C.H., Norton E.C. (2004), *Informal care and health care use of older adults*, *Journal of Health Economics*, 23, 1159-80.
- Van Solinge H. (1994), *Living Arrangements of Non-Married Elderly People in the Netherlands in 1990*, *Ageing and Society*, 14, 219-36.
- Wiener J. (1996), *Can Medical Long-term Care Expenditures for the Elderly Be Reduced?*, *The Gerontologist*, 36, 6, 800-11.
- Wolf DA., Soldo B. (1988), *Household Composition Choices of Older Unmarried Women*, *Demography*, 25, 387-403.
- Wolf DA., Pinnelli A. (1989), *Living arrangements and social networks of older women in Italy*, *Research on Aging*, 11, 354-73.

Tabella 1. Variabili e statistiche descrittive

Variabile	Definizione	Media (fraz. di 1)	Dev Std
<i>Caratteristiche NA</i>			
Età_NA	Età di NA in anni	81,4	9,70
Sesso_NA	= 1 se NA è donna	(0,71)	0,45
Num ADL	Numero di ADL e IADL non svolte in modo autonomo	2,37	2,47
IADL 9	= 1 se NA non è in grado di prepararsi da mangiare	(0,70)	0,46
LTC spell	Durata della non autosufficienza in anni	7,35	11,5
Lived alone	= 1 se NA viveva da solo prima della non autosufficienza	(0,27)	0,44
<i>Caratteristiche familiari</i>			
Dim_FAM	Numero di componenti della famiglia di INT	2,93	1,16
Casalinga	= 1 se nella famiglia di INT è presente una casalinga	(0,22)	0,41
NA_dist	= 1 se NA non coabita e non è genitore di INT o del coniuge	(0,45)	0,50
<i>Opinioni familiari</i>			
Giud_SSN	= 1 se INT giudica negativamente la qualità del SSN	(0,33)	0,47
Giud_LTC	= 1 se INT giudica negativamente la qualità dei servizi LTC assicurati dal settore pubblico	(0,41)	0,49
Prior_sanità	= 1 se INT include la sanità fra le prime tre priorità per nuove spese pubbliche	(0,85)	0,36
Scelta abitativa	= 1 se la scelta della casa da parte di INT è dipesa dalla volontà di stare vicino ad altri familiari	(0,21)	0,40
<i>Caratteristiche economiche</i>			
CasaProp	= 1 la famiglia di INT vive in casa di proprietà	(0,81)	0,39
Reddito_Fam	Reddito familiare in euro (INT e suo coniuge, se presente)	2008,5	940,8
<i>Variabili spaziali</i>			
p.l. RSA	Posti letto in RSA per comune di residenza ponderato per la popolazione > 75 anni, anno 2002	0,34	0,02
ADI_ausl	Per Ausl tasso standardizzato pazienti in ADI * 1000 abitanti, anno 2002	15,9	4,31
Comuni > 25.000	= 1 se INT vive in un comune con più di 25.000 abitanti, non capoluogo di provincia	(0,10)	0,30

Tabella 2. Risultati della stima

	MODELLO A			MODELLO B			MODELLO C			
	Coeff.	Std. Err.	Signif.	Coeff.	Std. Err.	Signif.	Coeff.	Std. Err.	Signif.	Eff. Marg
Costante	3.790	(1.191)	***	3.989	(1.262)	***	3.929	(1.398)	***	
<i>Caratteristiche NA</i>										
Età_NA	-0.027	(0.014)	**	-0.028	(0.015)	**	-0.029	(0.015)	**	-0.00453
Sesso_NA	0.236	(0.240)	NS	0.157	(0.249)	NS	0.133	(0.251)	NS	0.02180
Num ADL	-0.098	(0.046)	**	-0.120	(0.050)	**	-0.125	(0.051)	***	-0.01977
IADL9	-0.977	(0.354)	***	-1.027	(0.375)	***	-1.044	(0.387)	***	-0.13104
LTC spell	-0.017	(0.008)	**	-0.017	(0.009)	*	-0.019	(0.009)	**	-0.00300
Lived alone	-0.550	(0.230)	**	-0.739	(0.262)	***	-0.729	(0.268)	***	-0.14456
<i>Caratteristiche familiari</i>										
Dim_FAM	0.009	(0.092)	NS	0.075	(0.110)	NS	0.074	(0.112)	NS	0.01169
Casalinga	0.019	(0.259)	NS	-0.122	(0.283)	NS	-0.110	(0.289)	NS	-0.01806
NA_dist	-0.474	(0.219)	**	-0.468	(0.230)	**	-0.465	(0.236)	**	-0.07471
<i>Opinioni familiari</i>										
Giud_SSN	-0.396	(0.236)	*	-0.471	(0.255)	*	-0.610	(0.279)	**	-0.11192
Giud_LTC	0.420	(0.229)	*	0.511	(0.250)	**	0.560	(0.256)	**	0.08352
Prior_sanità	0.888	(0.263)	***	0.940	(0.283)	***	0.896	(0.292)	***	0.20803
Scelta abitativa	0.659	(0.315)	**	0.808	(0.360)	**	0.851	(0.365)	**	0.09654
<i>Caratteristiche economiche</i>										
CasaProp				0.353	(0.277)	NS	0.373	(0.288)	NS	0.06869
Reddito_Fam				-0.001	(0.001)	*	-0.001	(0.001)	**	-0.00005
<i>Variabili spaziali</i>										
p.l. RSA							-1.458	(5.675)	NS	-0.23006
ADI_ausl							0.018	(0.030)	NS	0.00286
Comuni 25							1.276	(0.601)	**	0.10325
Num_Oss	279			251			251			
R ²	0.241			0.276			0.304			

*** significatività all'1%, ** significatività al 5%, * significatività al 10%