



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**  
**DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI**  
**"M. FANNO"**

**CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA**

**PROVA FINALE**

**"DIVORZIO: SALUTE E DETERMINANTI SOCIO-ECONOMICHE"**

**RELATORE:**

**CH.MO PROF. MARCO BERTONI**

**LAUREANDO: MICHELE GRANZIOL**

**MATRICOLA N. 2002482**

**ANNO ACCADEMICO 2022 – 2023**

Dichiaro di aver preso visione del “Regolamento antiplagio” approvato dal Consiglio del Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali e, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, dichiaro che il presente lavoro non è già stato sottoposto, in tutto o in parte, per il conseguimento di un titolo accademico in altre Università italiane o straniere. Dichiaro inoltre che tutte le fonti utilizzate per la realizzazione del presente lavoro, inclusi i materiali digitali, sono state correttamente citate nel corpo del testo e nella sezione ‘Riferimenti bibliografici’.

*I hereby declare that I have read and understood the “Anti-plagiarism rules and regulations” approved by the Council of the Department of Economics and Management and I am aware of the consequences of making false statements. I declare that this piece of work has not been previously submitted – either fully or partially – for fulfilling the requirements of an academic degree, whether in Italy or abroad. Furthermore, I declare that the references used for this work – including the digital materials – have been appropriately cited and acknowledged in the text and in the section ‘References’.*

Firma (signature) *Michelle Francis*



## INDICE:

- INTRODUZIONE ..... 5
- IL MATRIMONIO E GLI SHOCK ..... 6
- IL RUOLO CHIAVE DELLA SALUTE ..... 9
- L'INFLUENZA AMBIENTALE ..... 16
- IL RUOLO DEL SESSO E DELL'ETA' ..... 19
- CONCLUSIONE ..... 28
- BIBLIOGRAFIA ..... 31

## INTRODUZIONE

Il matrimonio è da sempre considerato uno step importante nella vita umana. Esso permette ai singoli individui di migliorare la propria condizione importando nella vita di tutti i giorni nuove ricchezze, date dal reddito percepito dal partner, e nuovo sostegno umano dato dal fatto che il singolo può contare sul sostegno affettivo del coniuge. Nel complesso, quindi, tale evento migliora il benessere totale dell'individuo. Tale benessere, tuttavia, può essere eroso da shock negativi quali l'ammalarsi cronico di uno dei due sposi e ciò condiziona la stabilità matrimoniale creatasi in quanto genera il dubbio, nel coniuge sano, se il matrimonio sia ancora conveniente alla sua persona.

Nel seguente elaborato abbiamo analizzato, mediante fonti pregresse, gli effetti di tali avvenimenti. È risultato come l'aggravarsi delle condizioni di salute generi una perdita del reddito percepito, fino al 24% per l'uomo e fino al 7.3% per la donna, tanto da determinare un tasso complessivo di divorzio del 6%. Nonostante la perdita di ricchezza sia maggiore quando è l'uomo a contrarre una malattia, è emerso come sia più probabile che il marito lasci la moglie quando quest'ultima si ammala (aumento del rischio di divorzio dai 2 ai 3 punti percentuali), rispetto al caso contrario (risultati non statisticamente significativi).

Abbiamo notato inoltre come la decisione finale del coniuge sano spesso è influenzata dal contesto sociale ove la coppia risiede, tale influenza generalmente è talmente incisiva che spinge il sano a rimanere ugualmente nel rapporto matrimoniale nonostante la perdita di benessere che subirebbe.

Si sono infine analizzati quali siano le ragioni che contribuiscono a generare una differenza nel rischio di divorziare in base al sesso del malato. Per far ciò ci siamo serviti di due risultati: innanzitutto come vi sia una tendenza delle donne a sposare un uomo più anziano, ciò comporta un aumento del 6% del rischio di divorzio. Il secondo corrisponde al fatto che le donne hanno una maggiore predisposizione a prendersi cura di chi ne ha bisogno (57% contro il 42.7% degli uomini). Quest'ultimo dato in particolare ha fatto emergere ulteriormente come il costrutto sociale influenzi le decisioni matrimoniali della coppia (si è analizzata la differenza tra le coppie caratterizzate da una vita agricola, contro le coppie abitanti in un ambiente cittadino).

## IL MATRIMONIO E GLI SHOCK

Il concetto del matrimonio al giorno d'oggi si è fatto sempre più fragile e i molteplici studi (uno di essi quello assoggettabile a Kneip e Bauer 2009) che hanno come focus tale argomento lo dimostrano: il tasso di divorzio è visibilmente aumentato nel corso degli ultimi decenni. Ciò può derivare, in linea molto generale, semplicemente dalla diversa percezione che le persone hanno del concetto di matrimonio stesso, concetto che, essendo appunto tale, cambia di generazione in generazione venendo alterato dalla politica e dalla società in cui un individuo entra gradualmente nel corso della sua vita come parte integrante di esse stesse. In aggiunta, tale concetto è influenzato indubbiamente anche dal contesto privato in cui l'individuo nasce e si sviluppa: ogni ambiente personale è diverso e influenza le persone che ci vivono in maniera differente le une dalle altre.

Certamente ci sono cause più "concrete e tangibili" di altre, come l'introduzione negli anni '70 delle leggi sul divorzio unilaterale, la quale si è via via diffusa e radicata sempre più nei vari paesi del mondo considerati maggiormente sviluppati. Ciò nonostante, dopo il "boom" iniziale dell'incremento di scioglimenti matrimoniali derivante dalla novità della loro introduzione, uno studio condotto da Kneip e Bauer (2009) ha dimostrato che le seguenti leggi nel lungo termine non hanno impattato in modo significativo sul tasso di divorzio, il quale si è gradualmente riassetato ai suoi valori originari. Una possibile spiegazione dipende dal fatto che sia cambiata al contempo l'accettabilità della convivenza, e quindi la propensione stessa a legarsi in matrimonio, così che solo le relazioni già originariamente più stabili sono state trasformate in matrimonio.

In questo elaborato, tuttavia, ci concentreremo sull'analisi dell'incidenza della salute psico-fisica sulla stabilità del matrimonio. Ritengo opportuno sottolineare che tale soggetto di analisi è una delle molteplici cause di divorzio che sono fortemente influenzate (come detto in precedenza) dal contesto ambientale e personale in cui gli individui nascono, si sviluppano, e infine si stabilizzano (Charles, Stephens 2004). Questo per dire che i risultati non devono essere interpretati e associati meramente ai singoli individui, in quanto le eccezioni sono la norma; le analisi sono state condotte infatti su un insieme di singoli (campione), considerati come rappresentanti della totalità della popolazione e, perciò, solamente in questa ottica i dati assumono un valore di senso compiuto.

Per iniziare, mettiamo a fuoco il nostro argomento principe. La salute, mentale e fisica, di una persona è uno dei cardini della vita dell'individuo. Nella teoria del capitale umano, ad esempio,

la salute è inclusa all'interno delle competenze e caratteristiche che permettono agli agenti economici di avere successo nel mercato del lavoro e nella vita in generale (Grossman 1972). Essa si pone alla pari, per esempio, della ricchezza e dell'educazione, etc. le quali sono tutte determinanti non trascurabili che influenzano, appunto, l'individuo su quali scelte prendere riguardanti la sua vita. Nella nostra ottica di analisi, tra tali scelte ricadono anche quelle relative alla vita sentimentale e, più nel dettaglio, relative al matrimonio e alla vita matrimoniale che ne consegue.

Dal punto di vista popolare il matrimonio nasce appunto per causa sentimentale, tuttavia, guardando tale evento con occhi darwiniani, possiamo dire che l'atto dell'unione coniugale nasce dal desiderio di un singolo soggetto di migliorare la propria condizione (sociale ed economica). È stato infatti constatato che il matrimonio porti un miglioramento generale nella vita dell'individuo rispetto alla condizione di solitudine precedente al matrimonio stesso (Killewald, Lee, England 2023). Esso comporta infatti benefici ai singoli coniugi, migliora la condizione di ciascuno di essi, li fa "saltare" ad una curva di indifferenza maggiore. Nel concreto significa che il matrimonio porta nuove risorse (economiche ma non solo) ai singoli in quanto questi ultimi hanno ora un'ulteriore persona su cui fare affidamento.

Una grande, ma allo stesso corretta generalizzazione è la seguente: il coniuge sposato subisce automaticamente due miglioramenti della sua personale condizione: il primo è un aumento della disponibilità di risorse economiche. Ciò deriva dal fatto che ora vi è l'apporto di ricchezza anche del partner nella vita di tutti i giorni. Il secondo invece riguarda il miglioramento della personale condizione sociale, questo accade in quanto il coniuge sposato può (tipicamente) fare affidamento sul sostegno sociale (sentimentale e mentale) del partner nei momenti di difficoltà che caratterizzano la vita quotidiana (Killewald, Lee, England 2023).

Il concetto di matrimonio affrontato come fino ad ora può, e deve, essere considerato un evento prettamente positivo a cui tutti gli uomini dovrebbero accingersi. Questa visione, però, può essere considerata solamente la fotografia degli effetti matrimoniali subito dopo la realizzazione di essi stessi. Mi spiego meglio: la scelta di sposarsi permette all'individuo di aumentare la propria curva di indifferenza e, quindi, di aumentare il proprio benessere. Tuttavia, è bene sottolineare come tale aumento sia solo la diretta conseguenza della scelta di maritarsi o meno, non vi è quindi la certezza che esso si protragga per l'intera durata della vita coniugale. Possono, infatti, manifestarsi nel periodo matrimoniale degli eventi (come riduzione della componente affettiva tra i coniugi, lunghe assenze del partner per motivi di lavoro o migrazioni della coppia legate allo stesso motivo) che, modificando le outside option dell'individuo, portano quest'ultimo a mettere in discussione la scelta di rimanere nell'unione coniugale in quanto

divenuta meno conveniente per la sua persona. Bisogna, inoltre, tenere conto del fatto che la vita umana è sempre più longeva e ciò comporta una probabilità sempre più elevata che nel corso della vita matrimoniale gli sposi possano incontrare delle difficoltà (dette shock). Tali difficoltà possono incidere in modo più o meno imponente sulla stabilità del matrimonio stesso.

Gli shock sono, quindi, di fondamentale rilevanza di analisi in quanto alterano, senza possibile preavviso, la fotografia iniziale descritta in precedenza. Modificandola possono far sì che il matrimonio per i singoli coniugi sia un incremento di benessere ulteriore (shock positivo), questo può essere il caso di una inaspettata promozione nell'ambito lavorativo con un conseguente aumento di entrate per la famiglia. Tuttavia, gli shock possono anche, come precedentemente anticipato, ridurre il benessere intrinseco del matrimonio (shock negativo), fino al livello critico nel quale un coniuge ottiene un beneficio minore nel mantenere la relazione coniugale rispetto a se vivesse singolarmente. Questo può essere il caso di una malattia fisica o mentale cronica di uno dei due sposi. Esistono infine degli avvenimenti che non alternano in modo significativo il benessere iniziale della coppia, (possono) causare delle piccole oscillazioni dello stato iniziale, ma di fatto la situazione di partenza rimane costante. Un esempio possono essere i lutti familiari (al di fuori del nucleo soggetto a studio). Quest'ultima casistica, tuttavia, non può essere definita come "shock" in quanto un evento per essere definito tale deve essere caratterizzato dall'imprevedibilità e avere conseguenze rilevanti.



## IL RUOLO CHIAVE DELLA SALUTE

Dopo aver definito gli shock possiamo ora facilmente intuire come il nostro argomento di studio (la salute dei coniugi) sia di notevole importanza sulla stabilità e sulla longevità di una vita di coppia. Questo perché il benessere psico-fisico viene considerato come una caratteristica basilare che il partner deve possedere: sempre in un'ottica darwiniana possiamo affermare che una persona ricerca il partner il più possibile adatto (Charles, Stephens 2004) al proprio modo di vivere in modo tale da avere quel salto di qualità di vita di cui abbiamo discusso in precedenza. Viene quindi naturale pensare che, affinché un individuo possa incrementare il surplus di un altro individuo, tale persona debba essere sana dal punto di vista fisico-mentale. È noto, quindi, come la caratteristica dell'essere in salute sia in principio una determinante che influenza la probabilità di intraprendere una vita coniugale o meno.

Tuttavia, cosa accade se durante la vita matrimoniale tale standard viene a meno? In tale caso possiamo ipoteticamente distinguere due casistiche. La prima, la salute di un coniuge regredisce costantemente al trascorrere del tempo. Quando ciò accade è importante porre il focus sulla (possibile) lenta e progressiva degenerazione della salute dell'individuo, tale decadimento essendo "spalmato" nel tempo consente (generalmente) un continuo adattamento del coniuge sano alla situazione che si sta affermando e sviluppando nella vita di coppia. Se questi piccoli e progressivi peggioramenti di salute sono spalmati nella linea temporale, forse non acquisiranno sufficiente importanza agli occhi del consorte in buona salute, che potrebbe non avvertire con eccessiva rilevanza la perdita di benessere nel mantenere il rapporto matrimoniale, derivante dalla malattia del compagno, non prendendo in considerazione la scelta della separazione. Al contrario, potrebbe essere invece portato ad accompagnare gradualmente il partner attraverso il percorso obbligatogli dalla malattia.

La situazione cambia totalmente ottica se il decadimento ipotizzato appena sopra si manifesta in un breve arco temporale (in modo improvviso e repentino). In questa seconda casistica abbiamo l'elemento chiave dell'imprevedibilità, tipico degli shock, che il fatto potesse manifestarsi. In questa situazione non vi è un arco di tempo sufficientemente ampio per permettere l'adattamento del coniuge sano alla nuova situazione creatasi nella famiglia. Abbiamo quindi, a differenza del primo caso, il partner in salute che è totalmente conscio del repentino deterioramento delle condizioni sanitarie del coniuge: dunque l'individuo è consapevole della perdita di benessere che subirebbe se rimanesse nella relazione matrimoniale.

È di facile intuizione come la tendenza sia quella di interrompere quest'ultima e optare per il divorzio.

Possiamo notare come i due casi appena citati abbiano esiti totalmente opposti nonostante la situazione finale sia la medesima (partner gravemente malato): il primo si esaurisce con la decisione di sostenere la coppia e il partner malato; il secondo ha un finale più macabro dal punto di vista sociale, ma decisamente pragmatico e concreto nell'ottica che ogni individuo "prende le sue decisioni esclusivamente per massimizzare la propria utilità", ovvero quella di divorziare. Due risultati opposti derivati da un singolo ingrediente: l'arco di tempo nel quale le due vicende si svolgono. La prima spalmata nel tempo; la seconda ipoteticamente degenerata in un arco temporale molto breve. Questo serve a sottolineare ulteriormente come l'elemento dell'imprevedibilità (degli shock) sia alla base delle decisioni dei singoli individui sul futuro della vita matrimoniale.

È chiaro quindi come un'improvvisa malattia potrebbe portare stress alla vita coniugale e spingere il coniuge sano alla separazione in modo tale da ottenere il massimo benessere possibile dalla situazione generatasi. Questo però è solo supposizione, ovvero la conclusione logica di una serie di ragionamenti, nel concreto quindi, le persone come reagiscono? Analizziamo, in serie, quali conseguenze comporta il sopraggiungere di una malattia mentale e di una malattia fisica.

Uno studio di Butterworth e Rodgers (2008) ci suggerisce la prima conferma concreta, ovvero che il sopraggiungere di una malattia mentale in uno dei coniugi comporta un aumento del tasso di divorzio. Il loro studio si basa sull'osservazione dei dati HILDA (Household, Income and Labour Dynamics in Australia) - un'indagine annuale su un campione di famiglie residenti nel territorio australiano. Gli autori hanno dovuto integrare i dati HILDA con i dati MHI (Mental Health Inventory), in quanto i primi non forniscono un resoconto della condizione mentale dei soggetti presi in causa. Mediante questa base di dati si è condotto uno studio della durata di 3 anni durante i quali è stato osservato un campione di 3866 coppie giuridicamente sposate o "conviventi di fatto" col fine di verificare se il sopraggiungere di una malattia mentale in un coniuge (od in entrambi) abbia impattato sulla vita coniugale. Butterworth e Rodgers (2008) hanno dimostrato (risultati sintetizzati in tabella 1) come l'avvenimento di un malessere psichico (in particolare di depressione, ansia, mancanza di controllo comportamentale/emotivo e carenza di benessere psicologico) aumenti la probabilità che la relazione coniugale si esaurisca mediante la separazione nel corso dei 3 anni considerati, e che l'effetto sia più forte quando il malato è il maschio (aumento del 2.57% contro il 2.16% della donna). Non è emerso invece un sostanziale aumento extra derivante dal fatto che entrambi i coniugi siano malati (l'effetto è prossimo alla somma dei due effetti - si veda tabella 1).

<b>Model</b>	<b>OR</b>	<b>95% CI</b>
Men only with mental health problems	2.57	1.68–3.93
Women only with mental health problems	2.16	1.44–3.23
Both spouses with mental health problems	4.71	2.31–9.61

Tabella 1 (Butterworth, Rodgers 2008)

Per quanto riguarda l'analisi dell'impatto di una malattia fisica sul tasso di divorzio di una coppia, facciamo riferimento ad uno studio di Karraker e Latham (2015). Tali autori hanno basato il loro operato sui dati dell'HRS (Health and Retirement Study) analizzando un campione di 2701 coppie in modo tale da trovare una corrispondenza pratica di come una malattia fisica alteri il rapporto coniugale, portando stress e instabilità in esso. Lo studio è focalizzato sugli effetti delle seguenti malattie: cancro, problemi cardiaci e polmonari ed ictus. È emerso come anche le malattie fisiche aumentino il tasso di divorzio, confermando quindi la nostra ipotesi iniziale. Nel concreto, i risultati ci dicono come nel nostro campione di 2701 relazioni, il 6% ha come epilogo finale lo scenario del divorzio (vedi tabella 2).

Tuttavia, si deve tenere conto di una cruciale differenza presente tra queste patologie fisiche e quelle mentali citate in precedenza (differenza rientrante prettamente nel campo medico): non tutti i malesseri hanno le medesime conseguenze sul coniuge malato e quindi per deduzione sul coniuge sano e sulla stabilità matrimoniale. Mi spiego meglio, lo studio condotto da Karraker e Latham (2015) ha rilevato come le patologie cardiache impattano sul tasso di divorzio in maniera decisamente inferiore rispetto agli altri malesseri considerati. Ciò accade per il semplice motivo che i problemi al cuore sono caratterizzati da un elevato tasso di mortalità, portando di conseguenza un aumento della risoluzione coniugale per causa della vedovanza e non per separazione. Al polo opposto dei problemi al cuore abbiamo invece, tra le malattie considerate, le patologie polmonari. Quest'ultime, avendo la tendenza a protrarsi nel lungo periodo, portano uno stress maggiore alla coppia, e in particolare allo sposo sano, il quale dovrebbe prendersi cura del compagno per un periodo di tempo decisamente superiore rispetto al caso dei problemi cardiaci citato in precedenza.

Delle coppie formanti il nostro campione di popolazione preso come riferimento abbiamo quindi che ben il 24% di esse si esaurisce per causa della morte del coniuge malato (vedi tabella 2). Questo nuovo dato permette al risultato osservato in precedenza (il 6% delle coppie si

esaurisce con il divorzio) di apparire ai nostri occhi non più come “scarso” e discostante dalle nostre previsioni iniziali in quanto la vita del partner malato non è sufficientemente longeva per permettere al rapporto matrimoniale di esaurirsi con la risoluzione di esso stesso mediante la separazione coniugale.

	Mean/Proportion
<i>Marriage status at final interview</i>	
Remaining married	.36
Divorced	.06
Widowed	.24
Attrition of one or both spouses	.35

Tabella 2 (Karraker, Latham 2015)

Lo studio di Karraker e Latham (2015) ha posto successivamente il focus su quanto fosse rilevante l’impatto sul divorzio delle 4 patologie (cancro, problemi cardiaci, polmonari e ictus) considerate però ora singolarmente. La tabella 3 mostra come patologie quali cancro (entrambi), cardiache (uomo), polmonari (entrambi) e ictus (uomo) non possono essere associate come causa diretta della risoluzione matrimoniale tramite il divorzio. Tuttavia, per quanto riguarda le malattie cardiache che colpiscono la donna, esse sono caratterizzate da una probabilità del 2% più elevata di avere come conseguenza la separazione coniugale rispetto alla decisione del partner sano di rimanere all’interno del rapporto matrimoniale. Si ottiene il medesimo risultato per i disturbi alimentari (donna): si registra un incremento di 3 punti percentuali del rischio di separazione.

Tale analisi delle singole malattie (tabella 3) ci mostra inoltre un’ulteriore conferma della tendenza osservata, ovvero che una malattia grave e improvvisa influenzi la sopravvivenza del partner malato più che il divorzio. Karraker e Latham (2015) infatti hanno ottenuto come epilogo che malattie quali il cancro (per entrambi i sessi), problemi di cuore (marito) e ictus (moglie) non impattano in modo significativo il rischio di vedovanza. Ancora una volta però giocano un ruolo di spicco le patologie cardiache che colpiscono la moglie, esse infatti alzano del 6% il rischio di risoluzione del matrimonio per morte di ella. Proseguendo abbiamo che le malattie polmonari (marito) accrescono il medesimo rischio appena citato dell’8%, mentre se tali patologie colpiscono la moglie il dato è del 7%. Infine, per quanto riguarda gli effetti di

ictus che colpiscono il marito si ha un incremento marginale del 5% che il matrimonio si concluda con la morte di egli.

	Divorced			Widowed		
	Coefficient	SE	Marginal Effects	Coefficient	SE	Marginal Effects
<b>Disease</b>						
Husband cancer onset	-.05	.56	.00	.12	.18	.02
Wife cancer onset	-.45	.55	-.01	.13	.24	.02
Husband heart problems onset	-.30	.35	-.01	.27	.16	.04
Wife heart problems onset	.97**	.37	.02	.46*	.21	.06
Husband lung disease onset	.35	.49	.01	.64**	.23	.08
Wife lung disease onset	.41	.48	.01	.54†	.32	.07
Husband stroke onset	.78	.55	.02	.44†	.26	.05
Wife stroke onset	1.43**	.46	.03	-.08	.39	-.02

†p < .10, \*p < .05, \*\*p < .01

Tabella 3 (Karraker, Latham 2015)

Abbiamo osservato quindi come il verificarsi di una malattia psico-fisica incida notevolmente nella stabilità della coppia, indebolendo quest'ultima. Ciò accade verosimilmente perché il coniuge sano vede la malattia come una minaccia del proprio benessere personale in quanto essa erode la “ricchezza” iniziale ottenuta col matrimonio. Difatti, la patologia toglie sia disponibilità economiche alla coppia sia quella “tranquillità emotiva” al partner sano, in quanto quest'ultimo dovrebbe prendersi cura del coniuge anche dal punto di vista umano.

Ricerche, quali Charles, Stephens (2004), hanno ampiamente dimostrato come sia infatti ingente la perdita economica derivante da una disabilità psico-fisica. I motivi spaziano dal campo lavorativo, quale una possibile perdita (anche momentanea) del lavoro, al campo sanitario (le spese sostenute per le cure mediche). I risultati ottenuti, osservabili in tabella 4, mostrano come una decadenza della salute fisica del marito (al momento t) porti ad una perdita di reddito pari al 10.6% nello stesso periodo in cui la patologia insorge. Questa tendenza segue una linea pressoché crescente, tanto che a distanza di 5 anni da quando lo shock negativo si è manifestato il marito arriva a perdere fino il 24% del reddito percepito pre-patologia. Per quanto riguarda i dati ottenuti nel caso sia la moglie a subire il decadimento di salute riscontriamo una perdita dell'1,1% del rispettivo reddito e, tale percentuale, dopo una tendenza più altalenante

rispetto a quello descritto precedentemente del marito, a distanza di 5 anni cresce fino ad avere una perdita del 7.3%.

<i>N</i> = number of observations	Time	Earnings	Absolute Earnings Change	% Earnings Change
Husband's disability:				
662	$t^*$	28,391.7	-3,353.6	-10.6
622	$t^* + 1$	27,598.4	-4,147.0	-13.1
571	$t^* + 2$	27,756.0	-3,989.3	-12.6
527	$t^* + 3$	27,807.4	-3,938.0	-12.4
472	$t^* + 4$	26,770.2	-4,975.1	-15.7
433	$t^* + 5$	24,122.2	-7,623.1	-24.0
Wife's disability:				
641	$t^*$	9,159.1	-101.4	-1.1
596	$t^* + 1$	8,439.6	-820.9	-8.9
549	$t^* + 2$	8,992.6	-267.9	-2.9
490	$t^* + 3$	8,614.7	-645.8	-7.0
436	$t^* + 4$	8,657.7	-602.8	-6.5
370	$t^* + 5$	8,582.1	-678.4	-7.3

Tabella 4 (Charles, Stephens 2004)

Tale studio quindi ci conferma la nostra ipotesi iniziale: nel momento in cui la stabilità del matrimonio viene alterata da un improvviso shock negativo, quale il manifestarsi di una patologia in uno dei coniugi, il partner sano arriva alla conclusione che la scelta ottimale per la sua persona non è più quella di rimanere nel vincolo matrimoniale, ma è quella di uscirne. Questo perché la decadenza di salute porta una perdita di reddito (e quindi di benessere), in primis alla coppia e conseguentemente anche ad egli stesso, sufficientemente elevata da rendere la vita coniugale non più conveniente. È ancora più cristallino ora, come sia forte il legame che stringe i tre concetti alla base di questo elaborato, ovvero salute dei coniugi, benessere/ricchezza

degli individui e matrimonio tra gli sposi, tanto che tali argomenti esistono si singolarmente, ma nel preciso istante in cui se ne analizza uno, è come se si considerassero tutti e tre contemporaneamente.

## L'INFLUENZA AMBIENTALE

Possiamo ora coniugare i risultati ottenuti finora con quanto detto in precedenza: il ruolo plasmante dell'ambiente privato e pubblico in cui una persona cresce e vive. Ritorniamo su tale concetto in quanto studi condotti in merito (Karraker, Latham 2015 e Charles, Stephens 2004) hanno dimostrato come le conseguenze sociali delle decisioni finali prese dai singoli individui spesso sono sufficienti per alterare, in parte o totalmente, le decisioni originarie stesse. Ai fini della nostra analisi quanto appena espresso ha il significato seguente: l'individuo sano della coppia ritiene che la scelta migliore per la sua persona sia quella di uscire dal vincolo matrimoniale; tuttavia, egli non applica tale decisione in quanto divorziare dal partner malato gli procurerebbe una perdita di benessere dal punto di vista sociale che supererebbe il guadagno di benessere che avrebbe con la scelta originale d'interrompere il matrimonio. Questo accade in quanto (generalmente) le persone hanno la tendenza di volere apparire conformi alle norme sociali attuali del periodo in cui vivono. Di conseguenza, non siamo più in presenza dell'individuo che prende le sue decisioni con il mero obiettivo di massimizzare il proprio benessere, in quanto stiamo studiando un soggetto con un fine differente: il fine ultimo del singolo si è evoluto in quanto non si parla più della classica "massimizzazione di benessere", ma della più complessa ricerca di equilibrio tra il massimizzare il proprio benessere e l'apparire nel modo più corretto possibile rispetto alle concezioni sociali in vigore. Una visione semplificata potrebbe essere la seguente: l'individuo non cerca più il proprio paniere ottimale inteso solamente come elemento puramente economico, ma ricerca ora il paniere ottimale che comprende sia la caratteristica economica sia quella sociale. Muta quindi la visione (data in origine) che il singolo ha del concetto di "massimizzazione del proprio benessere".

Ora che abbiamo inquadrato tale nuovo concetto, riprendiamo brevemente le due casistiche teoriche analizzate in precedenza con la differenza che ora terremo conto anche del ruolo giocato dall'ambiente esterno caratterizzante la coppia. Sappiamo che il primo caso prevede una lenta e progressiva degenerazione della salute di uno dei due coniugi, ciò tendenzialmente abbiamo detto che porta il coniuge sano a supportare il partner nel percorso di guarigione in quanto egli non si rende conto della progressiva perdita di benessere subita dallo stare nella relazione. È, quindi, di facile intuizione, come la scelta ultima del coniuge sano non venga alterata, ma anzi confermata, dal proprio contesto sociale in quanto tale decisione massimizza già di suo il proprio "paniere ottimale" (ovviamente inteso con la nuova definizione precedentemente data: comprendente sia la caratteristica economica sia quella sociale). Merita



invece un'analisi più approfondita la seconda casistica. Siamo in presenza di una rapida e improvvisa decadenza delle condizioni di salute di uno dei due sposi e ciò comporta, a differenza del caso precedente, la tendenza del coniuge sano ad allontanarsi dal partner in quanto egli ritiene che interrompere la vita coniugale sia la scelta che massimizzi il proprio benessere. Tale scelta, in ottica prettamente economica, è corretta. Tuttavia, abbiamo detto appena sopra che l'individuo, vivendo in società, ha una pressione sociale da sostenere e quindi deve rettificare le decisioni personali in modo da renderle nuovamente ottimali nella nuova ottica di "benessere personale".

Concretamente quindi, come si comporta l'individuo? Attraverso un'analisi (Charles, Stephens 2004) dei dati del PSID (Panel Study of Income Dynamics), il quale corrisponde ad un campione di famiglie a livello nazionale, è stata osservata la probabilità che l'incombenza improvvisa di una disabilità di un membro della coppia possa influire sulla possibilità che il rapporto matrimoniale si esaurisca con la risoluzione di esso stesso. In particolare (vedi tabella 5) si è scelto di studiare la portata dell'incombenza di un tale shock negativo in tre precisi periodi temporali: il primo nel periodo immediatamente successivo all'avvenimento del fatto stesso, precisamente si parla tra gli 1 e i 3 anni successivi al nostro "punto zero" (che corrisponde al momento in cui si manifesta la malattia). Il secondo periodo corrisponde tra 4 e i 5 anni successivi al "punto zero" e infine l'ultimo periodo considerato è quello successivo ai 5 anni. È emerso come, in riferimento agli archi temporali scelti, la manifestazione di una disabilità fisica o mentale in uno degli sposi non impatti sul rischio di divorzio.

Variable	Disability	
	Estimate	SE
Disability:		
Husband disabled:		
1-3 years ago	.083	.101
4-5 years ago	-.112	.170
More than 5 years ago	.041	.093
Wife disabled:		
1-3 years ago	-.003	.084
4-5 years ago	-.001	.118
More than 5 years ago	-.081	.123

Tabella 5 (Charles, Stephens 2004)

Grazie ai dati presenti in tabella 5 è possibile, infatti, calcolare per ogni arco temporale la cosiddetta “statistica test” (Estimate/SE), il quale valore, cadendo ogni volta all’interno dell’intervallo di confidenza fissato al livello di significatività scelto da Charles e Stephens (2004) (tipicamente pari a 0.01, 0.05 o 0.1), non risulta appunto significativo ai fini statistici. Tali dati quindi, non potendo essere considerati significativi, ai fini di un’indagine statistica perdono totalmente valore, ecco perché possiamo sostenere che qualsiasi sia il coniuge colpito da una disabilità, quest’ultima non produrrà alcun effetto sul rischio che il divorzio si manifesti.

Tale studio ci mostra quindi come il coniuge sano opti per rimanere, nonostante la conscia perdita ingente di benessere (vedi tabella 4), nella relazione matrimoniale. In conclusione, è stato quindi possibile osservare come la perdita prettamente economica derivante da una disabilità psico-fisica non implica come diretta conseguenza l’aumento della probabilità di divorzio di una coppia, in quanto risulta altrettanto importante e non trascurabile l’influenza che ha l’ambiente esterno, in cui la coppia vive, sulla coppia stessa. Esso, difatti, ha la tendenza a modificare la scelta originale del coniuge sano (di uscire dal vincolo matrimoniale per ricercare una condizione economica più favorevole alla sua persona) portando quest’ultimo a prendere la decisione di rimanere come supporto al proprio partner malato.

## **IL RUOLO DEL SESSO E DELL'ETA'**

Sino a qui è stato trattato come gli individui tendono a comportarsi, consideratisi i vari elementi di analisi, in caso di sopraggiunta malattia del partner. È stato affrontato l'argomento di come una malattia improvvisa può portare al divorzio per lo stress che essa stessa esercita sul matrimonio, quale il crescere degli incarichi del coniuge sano e la riduzione delle risorse economiche. Inoltre, è stato analizzato come la pressione sociale può contribuire ad abbassare il tasso di divorzio modificando le scelte originali del partner in salute.

Cerchiamo ora di capire quali siano i motivi che stanno alla base dei diversi risultati ottenuti rispetto ai casi in cui la coppia vede l'ammalarsi o del marito o della moglie, ovvero quali sono le ragioni che portano l'uomo (la donna) ad avere una tendenza maggiore (minore) alla scelta del divorzio. A tal proposito è stato dimostrato (Karraker, Latham 2015) come in giovane età il rischio di divorzio aumenta significativamente se il soggetto ammalato è la moglie; tale comportamento trova riscontro anche in età più avanzata seppure con un presente affievolimento. Il risultato è diverso in età avanzata, in quanto la malattia della sposa non porta all'interruzione del rapporto matrimoniale per la medesima causa di divorzio voluto da parte del marito, ma avviene per conseguenza della vedovanza. Ciò (generalmente) accade per il comune motivo che gli uomini tendono ad intraprendere la vita coniugale con una donna relativamente più giovane rispetto a loro stessi; questo comporta la possibilità che nella tarda età il marito sia meno resiliente a shock di salute. Tuttavia, tale determinante appena analizzata (differenza di età tra i coniugi) è una delle principali cause di influenza sulla decisione di separazione anche in età più giovani. Abbiamo detto infatti che gli uomini tendono a sposare una partner anagraficamente più giovane, questa scelta rende per definizione l'insieme delle possibili candidate al ruolo di moglie sempre più elevato all'avanzare della loro età (Karraker, Latham 2015). Ciò prevede che una coppia di età media, la quale senza preavviso deve affrontare una malattia della sposa, sia caratterizzata dall'uomo che interrompe la relazione in quanto ha un'elevata probabilità di risposarsi con una donna più giovane e in salute. Per analogia si può ora compiere il ragionamento opposto prendendo la moglie come focus: ella, avendo la tendenza di sposarsi con uomini più maturi, in caso di malattia del partner giunge alla decisione di sostenere il marito malato e mantenere il rapporto matrimoniale nonostante tale decisione comporti una perdita di benessere per la moglie stessa. Questo perché, con l'avanzare dell'età, la donna è caratterizzata da un bacino dei possibili mariti sempre più ristretto.

	Mean/Proportion	SE
<i>Spousal age difference</i>		
Wife 11 years older or more	.01	.00
Wife 5 to 10 years older	.04	.00
Wife 3 or 4 years older	.03	.00
Husband and wife within 2 years of one another	.33	.01
Husband 3 or 4 years older	.20	.01
Husband 5 to 10 years older	.29	.01
Husband 11 years older or more	.10	.01

Tabella 6 (Karraker, Latham 2015)

La tabella 6 appena sopra ci mostra quando appena spiegato, ovvero che la tendenza al giorno d'oggi è quella di una coppia composta da un marito più anziano rispetto alla moglie. Lo studio di Karraker e Latham (2015) ha come risultato il seguente: una donna tende a sposare un uomo dai 3 ai 4 anni di età maggiore per il 20% delle volte; dai 5 ai 10 anni per il 29% delle volte e infine dagli 11+ anni il 10% delle volte (si ricorda che tali dati sono calcolati facendo riferimento al campione di 2701 coppie analizzate dagli ultimi citati autori). Abbiamo ovviamente anche la conferma opposta: è decisamente raro che si verifichi la probabilità che un uomo sposi una donna più anziana. Seguendo la medesima sequenza usata in precedenza per esporre le probabilità che l'uomo sia il più anziano nella coppia, abbiamo i seguenti risultati: 3%, 4% e 1%. La tabella 6 mostra inoltre il fatto che il restante 33% delle coppie, costituenti il campione di riferimento, abbiano i coniugi con una lieve differenza di età (fino a 2 anni di differenza).

Nella tabella 7, invece, viene mostrato come tali probabilità appena descritte di sposare un coniuge più avanzato d'età, impattino sulla possibilità che il matrimonio si risolva mediante divorzio o attraverso la morte di uno dei coniugi.

	Divorced			Widowed		
	Coefficient	SE	Marginal Effects	Coefficient	SE	Marginal Effects
<i>Age difference between spouses</i>						
Wife 11 years older or more	-1.60	1.30	-.01	.30	.89	.05
Wife 5 to 10 years older	.92	.67	.01	1.05**	.40	.18
Wife 3 to 4 years older	.60	.83	.01	.26	.37	.04
Husband and wife within 2 years (reference)	—	—		—	—	
Husband 3 to 4 years older	.48	.38	.01	.02	.18	.00
Husband 5 to 10 years older	.60	.44	.01	-.19	.25	-.03
Husband 11 years older or more	1.59*	.80	.06	-.05	.47	-.01

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Tabella 7 (Karraker, Latham 2015)

Si può osservare come lo sposare un uomo più anziano di 11+ anni aumenti il rischio di divorziare in seguito del 6%, gli altri risultati invece associati ad un gap d'età minore non hanno un esito statisticamente rilevante. Il medesimo epilogo si ha per tutte le casistiche presentanti una moglie più anziana: nessun dato è statisticamente significativo alla nostra analisi e per tale motivo può essere ignorato. È particolarmente facile notare come ciò sia la conferma di quanto espresso in precedenza: gli uomini hanno la tendenza a sposare una partner anagraficamente più piccola di loro stessi, questa scelta rende per definizione l'insieme delle possibili candidate al ruolo di moglie sempre più elevato all'avanzare della propria età. Ecco il motivo per cui quando vi è una differenza di età tra i coniugi (marito più anziano) si nota un aumento del rischio di divorziare. Per logica, invece, nel caso opposto abbiamo che, con l'avanzare dell'età, la donna è caratterizzata da un bacino dei possibili mariti sempre più ristretto. Ecco il motivo per cui tutti i dati, relativi ai casi di un matrimonio ove vi sia la moglie più anziana del marito, sono risultati irrilevanti.

In tabella 7 è possibile, inoltre, osservare come l'unica differenza di età tra i coniugi che aumenti significativamente il rischio di risoluzione del matrimonio per morte sia quella corrispondente alla moglie più anziana dai 5 ai 10 anni d'età. Tale gap biologico aumenta il tasso di vedovanza del 18%. Ogni altro dato osservabile nella medesima tabella è risultato non significativo ai fini statistici. I risultati appena rilevati non coincidono esattamente con la nostra ipotesi iniziale: essendo la tendenza quella di avere una coppia composta da un marito più anziano della consorte, con il sopraggiungere dell'età avanzata dei coniugi vi è la possibilità che il marito

deceda per primo e, in alcuni casi, anche con “largo anticipo” rispetto alla sposa. Ciò comporta, come già detto, che nel caso dell’infermità improvvisa della sposa in età avanzata la coppia può cessare di esistere sia per la decisione del marito di divorziare, sia per la morte della moglie malata, ma anche per il decesso del marito per anzianità. Tuttavia, otteniamo dei risultati non statisticamente significativi rispetto a tale ipotesi. Una possibile spiegazione può essere il fatto che, essendo certo che la probabilità che una coppia sia formata da un marito più anziano sia superiore all’evento opposto, l’indice medio della possibilità che un coniuge rimanga vedovo possiede intrinsecamente tale informazione. Ecco il motivo per cui il crescere della differenza d’età dell’uomo rispetto alla donna non produce alcun effetto significativo sul tasso di vedovanza. I dati ottenuti, invece, dalle casistiche caratterizzate dalla moglie più anziana del marito sono inclini alla nostra ipotesi: è vero che, in età avanzata, una coppia, caratterizzata da un uomo più anziano, abbia un’alta probabilità che la moglie rimanga vedova. Ma è altrettanto vero che una coppia, composta da una donna più anziana, alza altrettanto la possibilità che il marito diventi vedovo in età avanzata (ecco spiegato il dato del 18% in tabella 7). Possono essere considerati corretti anche i risultati ottenuti per gli altri due gruppi analizzati (donna più anziana dai 3 ai 4 anni e dagli 11+ anni): la ragione per cui essi sono stati identificati come non significativi (e quindi trascurabili) può risiedere nel fatto che l’aspettativa di vita media della donna sia maggiore rispetto a quella dell’uomo (secondo i dati Istat rispettivamente 84 e 78,5 anni), tale dato quindi mitigherebbe l’influenza che i suddetti gap biologici esercitano sul tasso di risoluzione matrimoniale per mortalità.

Possiamo notare quindi come il tipico costrutto sociale, caratterizzato da un marito più anziano della moglie, entri ancora in gioco e sia determinante nella scelta finale che l’individuo sano decide di attuare riguardo al destino del suo matrimonio (in particolar con l’avanzare dell’età). In tale ottica di caratterizzazione sociale in base al sesso, quando si tratta il concetto di longevità matrimoniale altro elemento che non si può elidere è il ruolo “umano” tipico della donna. Con tale termine si intende evidenziare tutti quei comportamenti di curanza, nei confronti di persone e oggetti, i quali sono (generalmente) più sviluppati e caratteristici delle donne (Karraker, Latham 2015). Questo concetto, collegato al nostro argomento principe, ci fornisce un’altra motivazione per cui le donne, in caso di malattia del marito, sono maggiormente predisposte a sopportare l’aggravamento della situazione coniugale sostenendo il partner nel percorso di guarigione; atteggiamenti che l’uomo (tipicamente), per natura, non è apprestato a compiere.

	<b>Spouse</b>	
<b>Caregiver Characteristics</b>	<b>1989</b>	<b>1999</b>
Gender (%)		
Male	40.6	42.7
Female	59.4	57.0

Tabella 8 (Wolff, Kasper 2006)

Nello specifico Wolff e Kasper (2006) hanno condotto uno studio decennale incrociando i dati provenienti da due indagini nazionali USA, quali la NLTC (National Long-Term Care Survey) e la ICS (Informal Caregiver Survey). La prima ha permesso agli autori di individuare quel bacino di persone affette da una disabilità, la quale rendesse loro stessi non più autosufficienti e, quindi, bisognosi di un supporto esterno. La seconda invece si concentra sul raggruppare tutte quelle persone che offrono la propria disponibilità alla cura dei primi individui. Ai nostri fini, ci è utile il risultato proveniente dalla seconda indagine, quest'ultima evidenzia come, all'interno del matrimonio, è di tendenza che sia la donna a farsi carico delle esigenze della coppia stessa e del partner (59.4% contro 40.6% per gli uomini). È emerso tuttavia come nel corso di un decennio (dal 1989 al 1999) l'ampiezza di questa differenza si sia ridotta di circa 2 punti percentuali: il dato relativo alle mogli è pari al 57% mentre quello dei mariti del 42.7%. Tale avvenimento può essere inteso come un possibile cambio di tendenza dovuto all'evoluzione del costruito sociale col passare del tempo. Ad esempio al giorno d'oggi la donna, essendosi integrata maggiormente nel mercato del lavoro, non possiede più la medesima disponibilità di tempo per curare l'ambiente familiare come in passato; altro motivo può essere l'insorgenza che si ha avuto nel recente periodo di tutte quelle correnti comunemente indeterminate come "nuovo femminismo", ciò dovrebbe avere come conseguenza un'equità maggiore dell'allocazione degli adempimenti sociali dell'uomo e della donna.

L'insieme di quanto detto finora, ovvero la differenza d'età nel matrimonio tra uomo e donna (Karraker, Latham 2015) e la differente capacità di prendersi cura del coniuge e degli adempimenti privi di realizzazione economica (es. cura della casa) tra uomo e donna (Wolff, Kasper 2006), diventano di nuova particolare rilevanza nell'età avanzata della coppia: più

precisamente nel periodo del matrimonio in cui lo sposo entra nell'età pensionistica mentre la sposa è ancora in età lavorativa. È chiaro come la prima differenza citata sia la semplice causa del fatto che l'uomo raggiunge l'età pensionistica prima della donna, ma è la seconda differenza che gioca un ruolo chiave nel periodo della coppia presa in analisi. Nel momento in cui lo sposo raggiunge la pensione, egli si ritrova (generalizzando il concetto) senza nessun compito durante la giornata; la donna, al contrario, ha i medesimi doveri di sempre, quali lavoro e gestione della casa. Ella quindi, vedendo il marito senza nessuna fatica, desidererebbe che quest'ultimo contribuisse almeno nelle faccende casalinghe: ciò che la moglie ha sempre svolto diventa, quindi, improvvisamente di un carico eccessivo per il fatto che il marito ha terminato i suoi incarichi lavorativi. Questa situazione ora può risolversi in due epiloghi differenti: il primo corrisponde all'uomo che gradualmente si fa carico parziale delle attività di gestione della casa; in tale caso la moglie si vede alleggerita dai propri incarichi tipici riscontrando, quindi, un miglioramento della vita coniugale e del benessere che quest'ultima apporta ad ella. Il secondo finale prevede il rifiuto di tale desiderio della moglie da parte del marito in quanto egli, non essendosene mai occupato, ritiene che tali adempimenti siano esclusivamente a carico della consorte. Quest'ultima casistica porta quindi la moglie a preferire l'interruzione del rapporto matrimoniale in quanto ai suoi occhi il marito è diventato solamente un peso per la sua persona (Stancanelli 2014): egli non è più adatto a lei (Charles, Stephens 2004).

Uno studio condotto da Stancanelli (2014) ha tuttavia evidenziato come tale situazione sia decisamente spiccata in quelle coppie caratterizzate da un ambiente conservativo caratteristico del passato (associato al giorno d'oggi alla vita campagnola). Questo perché i membri della famiglia sono nati e cresciuti in un contesto nel quale la suddivisione dei ruoli, in base al sesso di appartenenza, è considerata una peculiarità intrinseca dell'ambiente stesso. I risultati del suddetto studio sono stati ottenuti mediante l'analisi dei dati provenienti dall'Indagine Francese sulla Forza Lavoro e sono sintetizzati nella tabella 9 appena sotto.



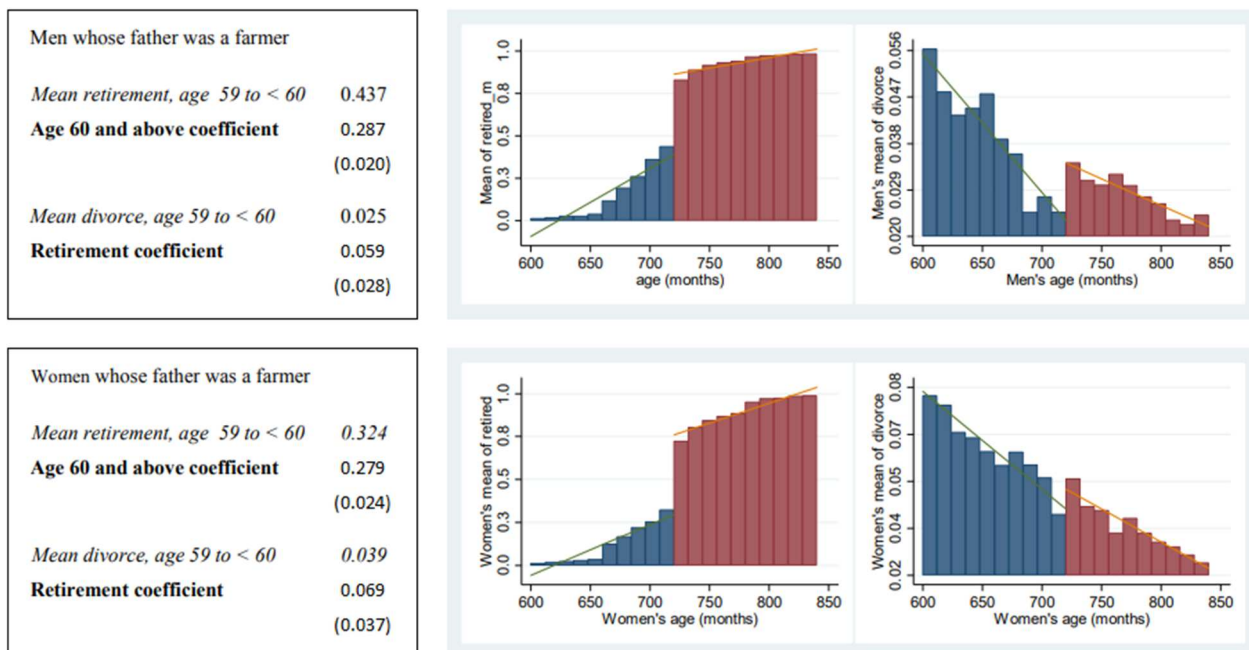


Tabella 9 (Stancanelli 2014)

Si può notare come la probabilità della conclusione della vita lavorativa, una volta compiuti i 60 anni di età, aumenti drasticamente sia per l'uomo che per la donna crescendo rispettivamente di una media del 28.7% e del 27.9%. Il dato cruciale presente nella tabella 9, tuttavia, è l'influenza del ritiro dalla vita lavorativa sulla probabilità che i coniugi divorzino raggiunto tale momento. In tale ottica abbiamo come al pensionamento del marito corrisponda un aumento del 5.9 %, mentre per la moglie il risultato è pari ad un aumento del 6.9%. Il fatto, che l'impatto del ritiro dalla vita lavorativa sulla percentuale del rischio di divorzio sia maggiore per la donna, evidenzia quanto detto in precedenza: nel momento in cui il marito entra in pensione, la moglie non ha ancora raggiunto il medesimo traguardo per via della differenza di età. Il carico di lavoro di quest'ultima non è cambiato (lavoro e cura dell'ambiente familiare), tuttavia, vedendo il marito nullafacente, la donna desidererebbe che egli la sollevasse parzialmente da alcuni adempimenti riguardanti il mantenimento della casa. Nonostante ciò, non sempre il marito è propenso ad accettare questo cambiamento di allocazione dei doveri coniugali. Può derivare di conseguenza un'insoddisfazione della donna tanto da far aumentare il rischio dello scioglimento coniugale.

A proposito di insoddisfazione della moglie, si possono integrare i risultati appena ottenuti con alcuni dati relativi allo studio di Karraker e Latham (2015).

	Divorced			Widowed		
	Coefficient	SE	Marginal Effects	Coefficient	SE	Marginal Effects
<i>Wife's report of marital satisfaction</i>						
Very dissatisfied	2.49***	.55	.19	.05	.78	-.02
Somewhat dissatisfied	2.70***	.61	.20	.80	.53	.07
About evenly satisfied and dissatisfied	.26	.60	.01	.24	.33	.03
Somewhat satisfied	.18	.30	.00	.04	.17	.00
Very satisfied (reference)	—	—		—	—	

\*\*\*p < .001.

Tabella 10 (Karraker, Latham 2015)

Essi hanno riscontrato come l'insoddisfazione matrimoniale della moglie impatti decisamente sul rischio della risoluzione matrimoniale tramite il divorzio: usando i parametri “molto soddisfatta”, “in qualche modo sodisfatta”, “parimenti soddisfatta e insoddisfatta”, “in qualche modo insoddisfatta” e “molto insoddisfatta”, si è osservato come maggiore sia il livello di insoddisfazione della moglie, maggiore sia il rateo di divorzio. In particolare, gli ultimi due parametri citati aumentano il rischio, rispettivamente, di 20 e di 19 punti percentuali. È bene sottolineare come lo studio di Stancanelli (2014) e quello di Karraker e Latham (2015) abbiano scopi differenti, tuttavia, entrambi hanno considerato un campione di popolazione caratterizzato dall'età media di 60 anni (per esser precisi l'età media delle coppie del secondo studio citato corrisponde a 56.73 anni per gli uomini ed a 52.78 anni per le donne).

Abbiamo visto, quindi, come le coppie cresciute in un contesto sociale agricolo abbiano un elevato rischio di entrare in crisi nel periodo del pensionamento (in particolare per decisione della moglie). Tuttavia, tale tendenza risulta indebolita, se non annullata, quando si studiano le coppie abitanti in un ambiente più “moderno” (identificabile con la vita cittadina). I risultati della suddetta parte dello studio di Stancanelli (2014) vengono sintetizzati in tabella 11.

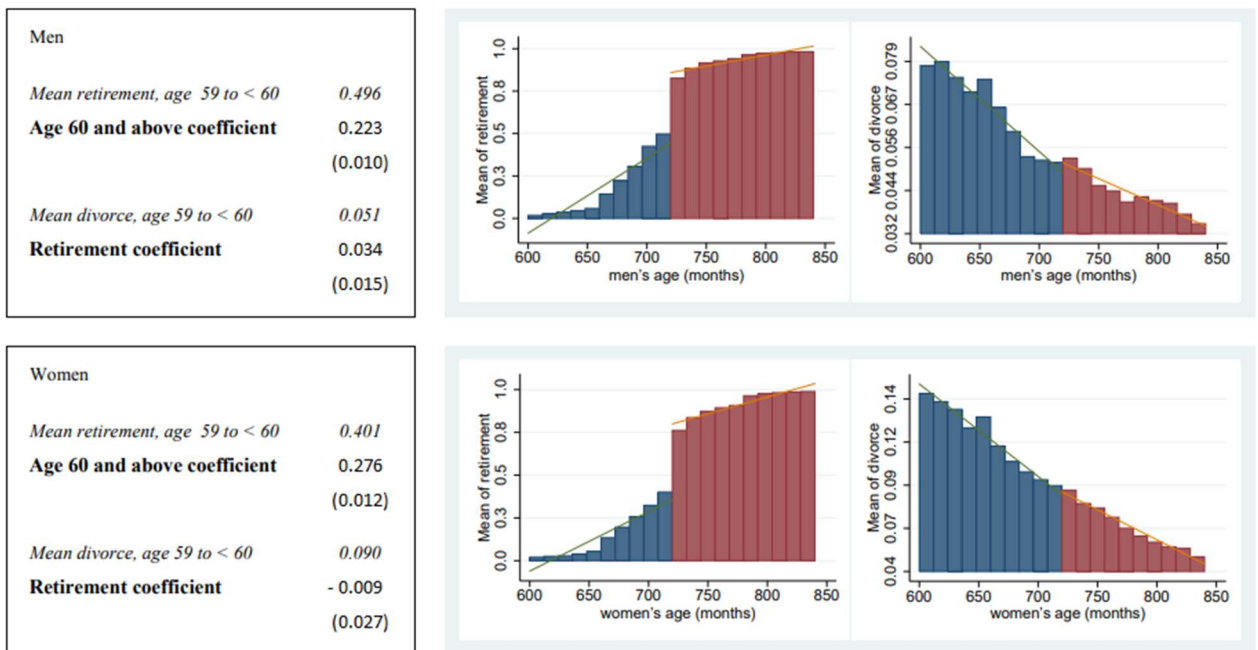


Tabella 11 (Stancanelli 2014)

Si può notare come le coppie che vivono in un ambiente cittadino abbiano sempre un importante incremento della probabilità che compiuti i 60 anni terminino la vita lavorativa. Il dato cruciale in tabella 11, tuttavia, è l'influenza che ha il pensionamento sulla probabilità che i coniugi divorzino raggiunto tale momento: per il marito vi è un aumento del 3.4%, mentre per la moglie il dato risulta statisticamente non significativo e, perciò, insignificante ai fini della nostra analisi. È, quindi, lampante come vi sia una differenza tra i risultati ottenuti analizzando le famiglie cresciute in un contesto agricolo (vedi tabella 9) e quelli ottenuti analizzando le famiglie cresciute in un contesto più urbano (vedi tabella 11). Nel primo, la donna è causa principale della separazione dei coniugi una volta raggiunta l'età pensionistica; nel secondo, ella non impatta minimamente sulla probabilità di tale rischio. Tale cambio di tendenza si spiega per il fatto che, nella società cittadina, la separazione tra gli sposi degli adempimenti quotidiani in base al sesso è meno rigida (caratteristica opposta della società agricola). Questo porta la donna a non sentire l'insoddisfazione descritta in precedenza (tabella 10) nel momento in cui il marito termina la vita lavorativa, in quanto la loro vita di coppia è sempre stata caratterizzata da una distribuzione dei compiti più equa rispetto a quella caratteristica di un ambiente campagnolo. Per tale motivo non vi è la possibilità che il rischio di divorzio aumenti a causa della donna, in quanto il matrimonio si conferma ancora la scelta che massimizza il suo benessere.

## CONCLUSIONE

In questo elaborato è stato esposto come l'elemento della salute dei coniugi (intesa come benessere fisico e mentale) sia strettamente legato al concetto di matrimonio. Vi è connesso perché influenza, in primis, la possibilità di entrare nella vita matrimoniale in quanto l'individuo è alla ricerca del partner più ottimale alla sua persona (Charles, Stephens 2004). Una volta trovato il partner ideale e culminato a nozze, abbiamo spiegato come la salute degli sposi continui a giocare un ruolo determinate in quanto, in caso di improvvisa venuta meno dello standard sanitario, il coniuge sano incomberebbe in una perdita di benessere significativa se continuasse la relazione di coppia (Butterworth, Rodgers 2008 e Karraker, Latham 2015). Egli si dovrebbe, da un giorno all'altro, far carico anche degli impieghi del partner malato avendo a disposizione meno risorse economiche (Charles, Stephens 2004). Tutto ciò porta inevitabilmente ad un conseguente accrescimento dello stress, il quale innalza il rischio che si concluda l'unione matrimoniale.

Tuttavia, abbiamo visto come la caratteristica della salute non opera da sola; essa è strettamente influenzata dal contesto sociale ove gli sposi, in primo luogo, crescono e, successivamente, dimorano. Ciò accade in quanto ogni ambiente esercita una pressione sociale, di varia intensità, sugli individui, i quali si vedono costretti a bilanciare le proprie scelte personali tra la ricerca del massimo benessere per loro stessi e un'adeguata accettazione sociale di tali scelte stesse. Abbiamo trovato riscontro di ciò: il partner sano, in caso di shock negativo, tenderebbe ad optare per il divorzio, tuttavia tale scelta alzerebbe la possibilità di un "abbandono sociale" nei suoi confronti. Abbandono sociale che (generalmente) sfocia in una perdita di benessere tipicamente emotivo, ma anche economico se si intende considerare anche l'ottica della riduzione della possibilità di risposarsi in quanto considerato socialmente non adatto come conseguenza delle azioni passate. Per tale motivo, quindi, il partner sano modifica la sua scelta iniziale, decidendo di sostenere il coniuge malato nel suo percorso sanitario (Charles, Stephens 2004 e Karraker, Latham 2015).

A seguire, abbiamo analizzato come un decadimento della salute di un partner impatti in modo differente sulla stabilità matrimoniale se tale partner sia uomo o donna. Come risultato si è ottenuto un costante aumento, direttamente proporzionale al crescere dell'età, del tasso di divorzio nel caso sia la donna ad ammalarsi, con un improvviso cambio di tendenza nell'età avanzata; viceversa l'epilogo nella casistica dell'uomo in stato di decadimento salutare è l'opposto: una costante diminuzione del tasso di divorzio, direttamente proporzionale all'aumento d'età. Abbiamo trovato riscontro di tali esiti nella (generale) convenzione sociale

che l'uomo tende a sposarsi con una donna più giovane, ciò dà quindi la possibilità al marito di aumentare il proprio bacino delle possibili mogli all'invecchiare (Karraker, Latham 2015). Tale fatto spiega anche il cambio di tendenza a mano a mano che si giunge alla vecchiaia: il matrimonio si esaurisce per la semplice morte del marito in quanto tipicamente più anziano della moglie. Di conseguente facile analisi l'effetto contrario per le mogli, le quali vedono la possibilità di risposarsi in diminuzione progressiva a mano a mano che l'età avanza.

Altro riscontro si ha avuto rispetto alla caratteristica intrinseca nelle donne della capacità di "prendersi cura" di tutti quegli adempimenti che non hanno per natura un compenso economico, ma prettamente sociale (Wolff, Kasper 2006). Tra questi rientra proprio l'accudimento del marito malato. Tale fatto ha la conseguenza di ridurre il rischio di divorzio in caso di malattia del marito, nonostante la moglie incombano in una palese perdita di benessere nel proseguire la relazione matrimoniale. All'opposto l'uomo, non essendone particolarmente dotato, è maggiormente incline alla scelta della separazione (Karraker, Latham 2015).

In questo elaborato è stato esposto come gli shock negativi di salute siano fattori cruciali che influenzano la stabilità matrimoniale, in quanto essi, aumentando la probabilità di divorzio, hanno come possibile epilogo l'abbandono del coniuge malato. Questo esito porta l'insorgere di domande spontanee scaturite dalla componente umana intrinseca in ognuno di noi. Cosa accade al malato? Si ha come conseguenza il cosiddetto "abbandono a sé stesso"? Non esistono risposte certe in quando stiamo entrando nei complessi argomenti della moralità, della prevenzione e cura sociale, i quali sono difficilmente analizzabili proprio per la loro caratteristica volubile.

Tuttavia, si possono individuare dei possibili esiti: generalmente il partner malato, in caso di separazione, diventa a carico alla propria famiglia di origine. Il problema sorge quando il divorzio accade in età più avanzata, in tale caso non è detto che la famiglia dell'individuo malato possa prendersi cura di lui (familiari anziani o deceduti per cause naturali, assenza di figli o non disponibili). Una possibile soluzione, a quanto appena esposto, potrebbe essere che se ne occupi direttamente lo Stato. Lo Stato ha due strumenti a propria disposizione: le campagne di prevenzione e le misure di sostegno. Le prime hanno lo scopo di risolvere il problema alla base, ovvero cercando di influenzare le scelte di risparmio individuali rendendo meno saliente questo rischio; le seconde, invece, servono a sostenere quei malati che non hanno nessuno che possa prendersi cura di loro. Un esempio sono le istituzioni di strutture (quali hospice, case di cura ed RSA) che hanno lo scopo di prendersi cura di pazienti rispettivamente inguaribili, anziani parzialmente autosufficienti e anziani non autosufficienti. Tuttavia, a questo punto sorge un ulteriore quesito (in particolar modo dopo aver osservato i risultati in tabella 4): come fa un

malato a potersi permettere tale sostegno dello Stato? Se è vero che lo Stato italiano offre un servizio sanitario nazionale pubblico, per quale motivo tale servizio offerto non è sempre sufficiente al malato? (Basti pensare che gli istituti citati in precedenza possono essere enti privati e quindi soggetti a spese extra). Studi futuri potrebbero approfondire tale problematica.

Proseguendo, avendo condotto in questo elaborato un'analisi prettamente economico-sociale, si potrebbe porre ora il focus su altre determinanti, in particolare sulla componente morale del coniuge sano. Questo perché, a mio parere, è riduttivo considerare l'individuo come una persona che agisce solamente col fine di massimizzare il proprio benessere personale quando si trattano concetti che implicano anche la sfera emotiva umana: ricordi, sentimenti e capacità empatica sono tutti fattori che entrano in gioco nei momenti di crisi di una coppia. Nonostante ciò, come già anticipato, sono conscio di come sia difficile l'ottenimento di tali risultati, in quanto si dovrebbe analizzare una caratteristica unica, ma differente, di ogni singolo individuo.

Infine, un'altra analisi, a mio parere, interessante sarebbe l'osservare le conseguenze sanitarie post-matrimoniali del divorzio sui partner (in particolare sul coniuge malato). Il divorzio ha come conseguenza un aggravamento delle condizioni di salute del malato? Un possibile rallentamento del processo di guarigione? O addirittura, un crollo mentale del paziente, il quale "smette di lottare" per tornare in salute? Tali dati aiuterebbero a creare un quadro più completo riguardo a come la salute degli individui sia una delle determinanti principali prima, durante e dopo il matrimonio.

## BIBLIOGRAFIA

- Butterworth, Rodgers (2008). Mental health problems and marital disruption: is it the combination of husbands and wives' mental health problems that predicts later divorce?, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (9), 758-763.
- Charles, Stephens (2004). Job Displacement, Disability, and Divorce, *Journal of Labor Economics*, 22 (2), 489-522.
- Grossman (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *Journal of Political Economy*, 80 (2), 223-255.
- Istat (2021). Le donne vivono più a lungo, Roma. Disponibile su: <[https://ssrn.com/abstract=2426871](https://www.istat.it/demografiadelleuropa/bloc-2c.html?lang=it#:~:text=Le%20donne%20vivono%20in%20media,differenza%20di%205%2C5%20anni.> https://www.istat.it/demografiadelleuropa/bloc-2c.html?lang=it#:~:text=Le%20donne%20vivono%20in%20media,differenza%20di%205%2C5%20anni.> [Data di accesso: 01/08/2023].</li><li>• Karraker, Latham (2015). In Sickness and in Health? Physical Illness as a Risk Factor for Marital Dissolution in Later Life, <i>Journal of Health and Social Behavior</i>, 56 (3), 420-435.</li><li>• Killewald, Lee, England (2023). Wealth and Divorce, <i>Demography</i>, 60 (1), 147-171.</li><li>• Kneip, Bauer (2009). Did Unilateral Divorce Law Raise Divorce in Western Europe?, <i>Journal of Marriage and Family</i>, 71 (3), 592-607.</li><li>• Stancanelli (2014). Divorcing Upon Retirement: A Regression Discontinuity Study, <i>IZA Documento di Discussione N. 8117</i> [online]. Disponibile su: <<a href=)> [Data di accesso: 01/08/2023].
- Wolff, Kasper (2006). Caregivers of Frail Elders: Updating a National Profile, *The Gerontologist*, 46 (3), 344-356.

Numero di parole utilizzate (frontespizio, indice e bibliografia esclusi): 8251