

politiche
sociali
studi e ricerche

Analisi e strumenti di politica sociale

a cura di
Dino Rizzi, Francesca Zantomio



Edizioni
Ca' Foscari

politiche
sociali
studi e ricerche

Politiche sociali: studi e ricerche

Collana scientifica del Centro di Ricerca sulle Politiche Sociali (CPS)
Dipartimento di Economia
Università Ca' Foscari Venezia

Direttore
STEFANO CAMPOSTRINI

Comitato Scientifico
LUIGI BENVENUTI
GIOVANNI BERTIN
SILVIO GIOVE
FABRIZIO PANOZZO
DINO RIZZI
GAETANO ZILIOGRANDI
ALEX ROBERTSON, Edinburgh University, Scotland
DAVID MCQUEEN, Emory University, Atlanta, USA

Volume 3. Analisi e strumenti di politica sociale

Autori
GIOVANNI BERTIN, Università Ca' Foscari Venezia
ELENKA BRENNNA, Università Cattolica del Sacro Cuore
AGAR BRUGIUVINI, Università Ca' Foscari Venezia
LUDOVICO CARRINO, Università Ca' Foscari Venezia
ENRICA CRODA, Università Ca' Foscari Venezia
CINZIA DI NOVI, Università Ca' Foscari Venezia
ANNA MARENZI, Università Ca' Foscari Venezia
DAVIDE MINNITI, Direzione Sanitaria OO.RR. di Rivoli, ASL TO3, Torino
ANDREA PASTORE, Università Ca' Foscari Venezia
NOEMI PACE, Università Ca' Foscari Venezia
VINCENZO REBBA, Università degli Studi di Padova
DINO RIZZI, Università Ca' Foscari Venezia
STEFANO FEDERICO TONELLATO, Università Ca' Foscari Venezia
MARIA GABRIELLA ZAMPIROLO, Azienda Ospedaliera-Universitaria
San Giovanni Battista, Torino
FRANCESCA ZANTOMIO, Università Ca' Foscari Venezia

Analisi e strumenti di politica sociale

a cura di
Dino Rizzi e Francesca Zantomio



Edizioni
Ca' Foscari

© 2013 Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing

Università Ca' Foscari Venezia
Dorsoduro 1686
30123 Venezia

edizionicafoscari.unive.it

ISBN 978-88-97735-46-5

7	Presentazione
9	Introduzione
15	Politiche sociali e sviluppo locale: il ruolo del capitale sociale GIOVANNI BERTIN
45	L'esclusione sociale in Italia: approcci alternativi per un'indagine regionale LUDOVICO CARRINO
107	Un'analisi del <i>welfare</i> regionale italiano mediante metodi di classificazione basati su modelli statistici ANDREA PASTORE, STEFANO FEDERICO TONELLATO
135	Crisi economica e riduzione del reddito: effetti sullo stato di salute ENRICA CRODA, NOEMI PACE
151	Riforme nel settore sanitario in Cina: rassegna degli effetti sulla domanda di cure sanitarie, spese <i>out-of-pocket</i> e risparmio familiare NOEMI PACE
176	Ticket o franchigia? Considerazioni per una riforma delle compartecipazioni alla spesa sanitaria VINCENZO REBBA, DINO RIZZI
211	Trattamento del tumore della prostata con tecnologie avanzate: la salute percepita dai pazienti CINZIA DI NOVI, DAVIDE MINNITI, MARIA GABRIELLA ZAMPIROLO

L'influenza dell' *informal care* sulla salute psichica delle donne over-50: evidenze basate sulla scala di depressione EURO-D ¹

Elenka Brenna, Cinzia Di Novi

1. Introduzione

L'Europa nel corso degli ultimi decenni ha sperimentato una caduta nel tasso di fertilità, cui si è accompagnata una crescente longevità, due fattori demografici che indicano il progressivo invecchiamento della sua popolazione. Il calo delle nascite ha ridotto la consistenza delle coorti di giovani generazioni, mentre l'allungamento della speranza di vita ha posticipato il momento del decesso. La percentuale di anziani over-65 su tutta la popolazione è più alta in Europa che in qualsiasi altro continente ed il fenomeno dell'invecchiamento è un problema che si imporrà per tutto il secolo. Le previsioni per il 2060 sulla dinamica demografica europea sono preoccupanti (si veda la Figura 1): circa metà della popolazione dei paesi EU-27 sarà ultracinquantenne e gli over-65 aumenteranno dall'attuale 17,4% (dati 2010) al 30% (EUROSTAT, 2010).

1. Si ringrazia la Fondazione Farmafactoring che ha finanziato la ricerca. Si ringraziano, inoltre, Vincenzo Carrieri, Giacomo Pasini e Francesca Zantomio per gli utili commenti e suggerimenti ricevuti.

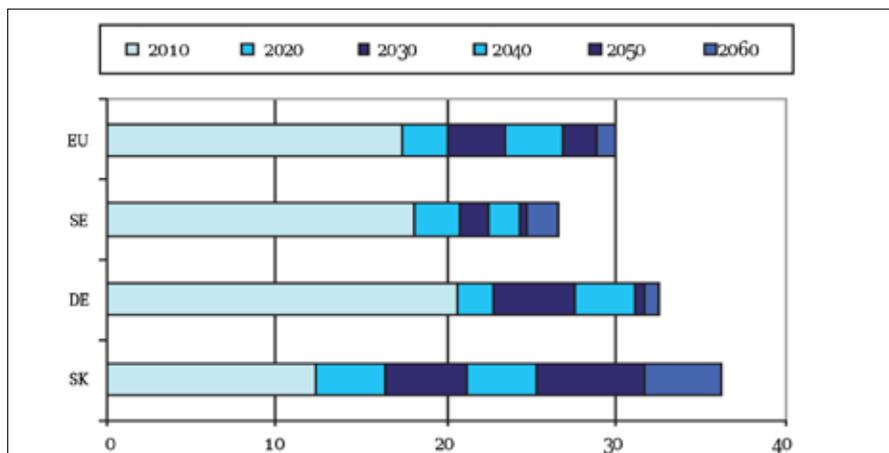


Figura 1. Popolazione over-65 in UE, Svezia, Germania e Slovacchia, 2010-2060 (%)
Fonte: EUROSTAT 2010.

All'interno del gruppo over-50 la generazione sandwich, vale a dire la generazione di individui impegnati simultaneamente sul duplice fronte delle responsabilità di cura verso i figli giovani e i genitori anziani, giocherà un ruolo fondamentale nel fornire assistenza informale alla fascia di anziani più fragili (SPILLMAN, PEZZIN 2000). Il termine anglosassone è *caregiver*. Tradotto, donatore di cura. Si potrebbe parlare di donatrice di cure visto che in molti casi (2/3 secondo i dati dell'OCSE) sono le donne a prendersi cura dei familiari non autosufficienti: maggiormente flessibili sul fronte del lavoro, le donne sono ritenute dalla collettività più adeguate a prendersi carico degli impegni domestici e familiari (OCSE 2011). Ciò è particolarmente valido per i Paesi dell'area Mediterranea, caratterizzati da un modello di cura «*family centred*» e da un patto di reciprocità tra generazioni. Seppure con differenze tra i Paesi, i *caregiver* nel Sud dell'Europa presentano diverse caratteristiche in comune: si tratta per lo più di donne, in gran parte sposate, con un livello di istruzione basso o medio basso, non occupate o con una occupazione meno impegnativa in termini di ore.

L'impegno richiesto dalle prestazioni di *care* è in genere significativo, ma, mentre nei Paesi del Nord il *caregiver* può contare su strumenti di tutela che riconoscono il valore di questo impegno, nei Paesi Mediterranei è il legame «figlia-genitore anziano» che tende a sopperire le carenze del sistema di assistenza a lungo termine e rischia di richiedere rinunce considerevoli sia sul piano professionale che personale (CRESPO, MIRA 2010). La letteratura empirica che considera l'impatto delle cure

agli anziani sullo stato di salute delle donne *caregiver*, mette in rilievo soprattutto il cosiddetto «*caregiver burdern*» ossia il peso che chi fornisce cure agli anziani sopporta in termini di rinunce che mettono in gioco salute fisica e psicologica (BOOKWALA 2009, SILVERSTEIN ET AL. 2006).

La relazione fra il ruolo di *caregiver* e gli effetti sulla salute fisica e psicologica trova ampio spazio in letteratura (SHULZ, SHERWOOD 2008, VITALIANO 2003, SHULZ, BEACH 1999). La cura costante dei genitori anziani si associa nel lungo periodo ad un elevato grado di incertezza che coinvolge inevitabilmente e negativamente la sfera lavorativa e sociale comportando un livello di stress fisico ed emotivo difficilmente sopportabile (PAVALCO, ARTIS 1997). In via generale emerge che lo status di *caregiver* nei confronti di un familiare anziano aumenta la probabilità di soffrire di episodi depressivi (AMIRKHANYAN, WOLF 2006, COE, VAN HOUTVEN 2009), soprattutto se il legame genitore-figlio non è particolarmente solido (LIN ET AL. 2012). Per avere un parametro quantitativo, uno studio effettuato all'interno dei Paesi OCSE, stima che i *caregiver* ultracinquantenni che dedicano più di venti ore a settimana per la cura dei propri familiari anziani, hanno in media il 20% di probabilità in più rispetto ai *non caregiver* di soffrire di disturbi mentali, con un effetto più marcato per i *provider* di cure residenti nel Sud Europa. Viceversa, occuparsi di familiari anziani con una minore intensità (meno di dieci ore settimanali o in un *range* compreso fra le dieci e le venti ore) non comporta una maggiore probabilità di sviluppare disturbi mentali (OCSE 2011).

Questo lavoro intende stimare l'impatto sulla salute mentale delle donne ultracinquantenni residenti in alcuni Paesi Europei, causato dalla cura costante dei genitori o suoceri anziani.² I dati utilizzati provengono dall'indagine SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) e l'indice di depressione impiegato è l'EURO-D. L'elemento di novità riguarda la suddivisione per macro-aree geografiche, rispettivamente Nord, Centro e Sud Europa, che è congruente con due fattori ritenuti significativi ai fini della ricerca: i) la tipologia di sistema di *welfare*, e in particolare di Long Term Care, maggiormente sviluppata al Nord, con un progressivo decremento man mano che ci si sposta verso il Sud Europa; ii) il contesto sociale e culturale condizionante i legami familiari all'interno delle tre zone europee (REHER 1998).

Nei paesi del Nord il sistema di *welfare* prevalente è quello del modello della de-familiarizzazione nel quale le risposte ai bisogni di cura vengono dal settore pubblico, principalmente attraverso la fornitura di servizi e in via residuale attraverso il supporto finanziario all'attività dei

2. Per semplicità, d'ora in poi, con l'accezione «genitori anziani» si intendono sia i genitori naturali, sia quelli acquisiti.

caregiver informali. I paesi dell'Europa continentale si collocano in una posizione intermedia in cui le politiche di cura coprono una porzione limitata della popolazione anziana e l'aiuto alle famiglie, per far fronte alle responsabilità di cura ed economiche, avviene attraverso trasferimenti monetari. In Germania per esempio il ruolo del *caregiver* è previsto dalla legge, altri Paesi del Nord Europa, come la Finlandia e la Svezia hanno introdotto schemi assicurativi che compensano i *caregiver* per il lavoro che svolgono, ponendo di fatto le cure informali sullo stesso piano di un lavoro. L'Italia, come altri paesi dell'Europa Mediterranea, presenta ancora un modello di *welfare* per la cura degli anziani che poggia fundamentalmente sulle spalle della famiglia e in particolare su quelle delle figlie, con una scarsa offerta pubblica di servizi di supporto specifico per i *caregiver*. Nel Sud dell'Europa la forma di assistenza più ampia, che resta appunto quella non istituzionale, non riceve un sostegno adeguato e le donne sono esposte più facilmente al rischio di isolamento sociale e di *burn out*. Per questo motivo ci aspettiamo che la macro area geografica di residenza possa influenzare lo stato di salute mentale delle donne *caregiver*.

Il lavoro è organizzato come segue. La sezione 2 presenta i dati, la sezione 3 descrive il modello empirico, i risultati sono mostrati e discussi nella sezione 4. La sezione 5 conclude il lavoro.

2. Dati

Fra gli studi sull'invecchiamento condotti in Europa, indubbiamente quello più completo ed ampio è il progetto SHARE, coordinato dal Mannheim *Research Institute for the Economics of Aging* (MEA). SHARE è la prima banca dati Europea che contiene informazioni dettagliate sullo stato di salute, sulle caratteristiche socio-economiche, sulle relazioni familiari degli ultracinquantenni in Europa (BUBER 2007). Il disegno su cui si fonda è riconducibile a quello dello studio americano *Health and Retirement Study* (HRS) e allo studio inglese *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA). L'indagine è stata condotta attraverso interviste personali assistite da computer (CAPI), accompagnate da questionari cartacei in auto compilazione. Le interviste hanno avuto come unità di osservazione le famiglie e gli individui. In particolare sono state intervistate «l'insieme delle famiglie con almeno una persona nata prima del 1954, che parla la lingua ufficiale del Paese e che non vive, durante il periodo di indagine, all'estero o in un'istituzione come una prigione» e «l'insieme degli individui nati prima del 1954 che parlano la lingua ufficiale del Paese e che non vivono, durante il periodo di indagine, all'estero o in un'istituzione

come una prigioniera, e le loro spose/partner indipendentemente dall'età».

La nostra analisi è basata principalmente sulla versione 2.5.0 della seconda indagine SHARE avvenuta tra il 2006 e il 2007 e sfrutta alcune informazioni provenienti dalla prima indagine realizzata nel 2004. Le interviste sono avvenute in 11 stati Europei nel 2004 e in 14 nel 2006. Gli Stati appartengono a tre macro aree: Nord Europa (Danimarca e Svezia), Europa Centrale (Austria, Francia, Germania, Svizzera, Belgio e Paesi Bassi), Europa del Sud (Spagna, Grecia e Italia) a cui si sono aggiunti, a partire dal 2006, due Paesi dell'area Est-Europa (Polonia e Repubblica Ceca). Volendo sfruttare la dimensione longitudinale di alcune informazioni, queste ultime due nazioni non sono state incluse nell'analisi, poiché presenti solo a partire dalla seconda indagine.

La popolazione target di questo studio è costituita da donne di età compresa tra i 50 e i 65 anni con almeno un genitore in vita al momento della prima intervista. Seguendo RUBIN e WHITE-MEAN (2009), definiamo *caregiver* le figlie che forniscono assistenza non professionale a favore dei genitori anziani. Per assistenza non professionale (*informal care* in inglese) intendiamo cure e lavoro domestico, comprese le mansioni amministrativo-burocratiche, svolte presso il domicilio degli anziani.³ Nella definizione di *caregiver* utilizziamo inoltre una soglia. SHARE permette di distinguere tra le donne che forniscono assistenza ai genitori anziani conviventi (1,24% del campione), per le quali si suppone che la cura avvenga giornalmente, e le donne che forniscono assistenza agli anziani al di fuori delle proprie mura domestiche. Per queste ultime, SHARE fornisce informazioni sulla frequenza con cui l'assistenza viene fornita: giornalmente, ogni settimana, almeno tutti i mesi, e saltuariamente. Per evitare di includere l'assistenza occasionale, abbiamo escluso dal campione le donne che non forniscono aiuti almeno su base settimanale. SHARE fornisce, inoltre, informazioni sulla salute dei genitori assistiti. Sono le figlie stesse a valutare lo stato di salute dei genitori, che è stato inferito impiegando un indicatore di benessere/malessere psicofisico misurato su una scala ordinale da 1 a 5, dove 1 indica lo stato di salute migliore. Data l'assenza di equidistanza tra le 5 posizioni (O'DONNELL ET AL. 2008), è stata costruita una variabile binaria «*healthy/non-healthy*» con valore 0 se la figlia ha dichiarato durante la *survey* che l'anziano genitore gode di salute «ottima, molto buona o buona» e valore 1 se lo stato di salute del genitore è «cattivo o molto cattivo». Seguendo BOLIN ET AL. (2008) in caso di decesso del genitore abbiamo assegnato valore 1

3. Gli anziani ricoverati in istituti di cura sono esclusi dal campione originario di SHARE per la quasi totalità dei Paesi, perciò le cure non professionali sono riferite ad anziani assistiti a domicilio.

all'indicatore di salute dei genitori, usando la morte durante la seconda intervista come *proxy* di cattivo stato di salute. Tale *proxy* ci ha consentito di evitare il problema conosciuto in letteratura come *attrition* di cui spesso soffrono le indagini panel - ovvero la perdita progressiva e non casuale di unità del campione nel corso del tempo che potrebbe generare serie distorsioni. Abbiamo infine selezionato nel campione solo le donne i cui genitori soffrono di cattiva salute o che sono morti durante la seconda intervista.

Per tenere in considerazione il gradiente geografico abbiamo costruito tre diversi sotto-campioni, basandoci sulla classificazione geografica di SHARE e rispettando il criterio del contesto sociale e della quantità di risorse destinate da ogni Paese alla Long Term Care (si veda la Figura 2). Con riferimento alla classificazione iniziale, l'Olanda, che investe circa il 3,8% di PIL in LTC si avvicina maggiormente alla Svezia (3,7% di PIL) rispetto ai Paesi dell'Europa Continentale (questi ultimi con una spesa media per LTC pari a 1,2% del PIL), pertanto è stata inclusa nei Paesi del Nord. Il fanalino di coda è rappresentato dai Paesi del Sud, che si assestano intorno allo 0,5% di PIL per la LTC (OCSE 2011). Ancora più significativo è il dato procapite: Olanda e Svezia spendono annualmente per la LTC rispettivamente 1.431 \$ (PPP)⁴ e 1.333 \$ (PPP), Francia e Germania rispettivamente 564 e 470 \$, e la Spagna 271 \$ (OCSE 2011). La composizione finale delle macro-aree europee è la seguente: Nord Europa (Danimarca, Svezia e Olanda), Europa Centrale (Austria, Francia, Germania, Svizzera e Belgio) ed Europa del Sud (Grecia, Italia e Spagna). Ogni area europea presenta caratteristiche omogenee circa il contesto sociale e culturale condizionante i legami familiari e la struttura e la distribuzione di cure formali, caratteristiche principalmente riconducibili alle politiche di LTC intraprese da ciascun Paese (CRESPO, MIRA 2010).

4. Dollari a parità di potere d'acquisto. Il dato si riferisce alla spesa procapite per la Long Term Care. Si tenga comunque presente che i paragoni su dati internazionali possono risentire di differenze riguardanti le definizioni di spesa per LTC. Alcuni Paesi si riferiscono alla sola spesa sanitaria, altri includono la componente sociale.

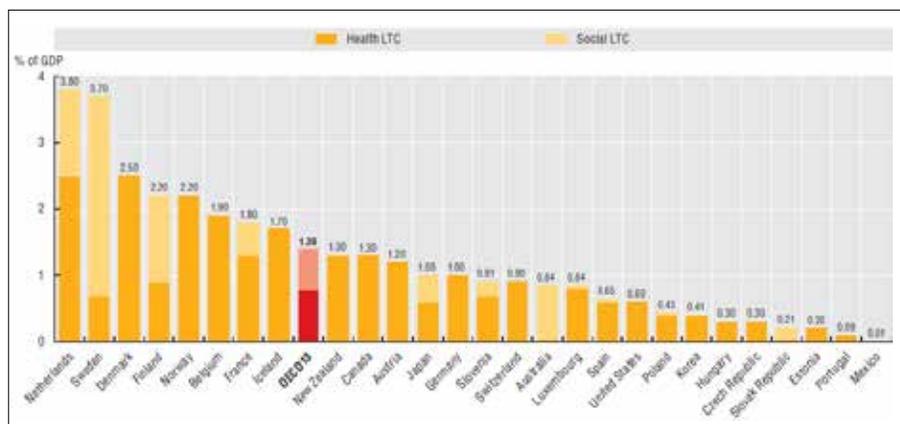


Figura 2. Spesa in LTC nei Paesi dell’ocse (% del PIL), dati 2009 o ultimo anno disponibile
Fonte: OECD 2011

Tornando al campione finale, questo, corretto per i valori *missing*, risulta essere composto alla seconda indagine da 1.785 donne (465 appartenenti al Nord Europa, 620 all’Europa Continentale, 700 all’Europa del Sud).

3. Variabili e Metodologia

La salute mentale delle donne è misurata attraverso la EURO-D scale. Si tratta di una scala di valutazione della depressione sviluppata e validata dallo EURODEP *Concerted Action Programme*. La scala comprende 12 elementi collegati alla salute psicologica: depressione, pessimismo, desiderio di morire, senso di colpa, disturbi nel sonno, mancanza di interessi, irritabilità, mancanza di appetito, stato di affaticamento, mancanza di concentrazione, assenza di divertimento, propensione al pianto. Gli *item* hanno lo stesso peso e sono indicati con 0 per l’assenza del sintomo e 1 per la sua presenza. Il punteggio totale va pertanto da 0 a 12. Ad un punteggio più elevato corrisponde un livello di depressione maggiore (PRINCE ET AL.1999). Un possibile problema di uno studio che intende esplorare gli effetti sulla salute psicologica dei *caregiver* che assistono i genitori anziani è costituito dalla possibilità che alcuni individui non siano selezionati tra i *caregiver* a causa di pre-esistenti problemi di salute/depressione. L’eventualità è stata affrontata nella ricerca tramite il metodo del *matching* statistico. La tecnica del *propensity score matching*, formalizzata da ROSENBAUM E RUBIN (1983), consente di otte-

neri due gruppi bilanciati, uno di *caregiver* e l'altro di *non caregiver*: lo *score* si sostituisce ad una collezione di variabili confondenti con un'unica covariata, funzione di tutte le variabili. Riassumendo le caratteristiche intrinseche che potrebbero generare distorsione, il *propensity score* consente di comparare attraverso una procedura di abbinamento (*matching*) i soggetti trattati ed i controlli.

Il metodo prevede prima di tutto di calcolare la probabilità di prestare assistenza informale. Le stime dei parametri della probabilità di prestare assistenza informale, calcolate con un modello *probit*, vengono trasformate in un punteggio (*score*) che riassume le caratteristiche osservabili (età, area geografica e Paese di residenza, composizione familiare, stato civile, ecc.). Tali caratteristiche differenziano i *caregiver* da coloro che non forniscono assistenza e sono associate alle condizioni *caregiver* e allo stato di salute psicologica individuale.

Lo *score* consente di selezionare, tra coloro che non forniscono cure agli anziani, un individuo «gemello» per ogni *caregiver*, così da minimizzare tutte le differenze sistematiche che possono influire sulla salute psicologica delle donne intervistate. I «gemelli» che non forniscono cure informali sono coloro che presentano un punteggio il più vicino possibile all'individuo di riferimento che fornisce assistenza agli anziani.

Infine, l'effetto medio dell'assistenza agli anziani (*Average treatment effect on the treated*, ATT) è misurato dalla differenza nell'indicatore di depressione: l'ipotesi è che, dati due individui il più possibile simili in termini di caratteristiche osservabili, eventuali differenze nello stato di salute psicologico siano imputabili all'effetto dell'assistenza agli anziani.

Innanzitutto, è stato stimato il modello *probit* su cui si basa lo *score*: la variabile dipendente nel modello *probit* è una variabile binaria che assume valore 1 se l'intervistata fornisce assistenza ad almeno un genitore o anziano e 0 se non fornisce assistenza. Le variabili di controllo nel modello *probit* sono età, età al quadrato, area geografica e Paese di residenza, composizione familiare, stato civile, livello di istruzione, reddito familiare, occupazione, attitudine a prendersi cura dei familiari. Inoltre, sono state inserite nel modello stato di salute psicologica e status di *care provider* nell'indagine precedente e una variabile che cattura il decesso di almeno uno dei genitori.

L'età è stata modellata come variabile continua. È stata inserita una variabile dicotomica che cattura le caratteristiche dell'area di residenza dell'intervistata: tale indicatore assume valore 1 se l'intervistata risiede in un'area rurale ed è utilizzato come *proxy* delle difficoltà ad accedere ai servizi di LTC formale. Inoltre, sono state inserite *dummy* di Paese all'interno di ogni macro-area per catturare le differenze a livello di singola Nazione. Per quanto riguarda la composizione familiare, sono

stati inseriti tra i regressori: numero di sorelle e/o fratelli (per catturare il possibile aiuto da parte di altri familiari nell'assistenza dei genitori anziani), numero di figli, un indicatore binario che assume valore 1 se almeno uno dei figli del care provider vive ancora in casa, e un indicatore binario che assume valore 1 se il *caregiver* ha nipoti (queste ultime due variabili per catturare la possibilità che il *caregiver* abbia altre responsabilità oltre all'assistenza dei genitori anziani). Lo stato maritale è catturato da una variabile binaria con valore 1 se l'intervistata è sposata o convive e 0 se è single. Come indicatore del livello di istruzione è stata impiegata la variabile «anni di istruzione» basata sul sistema ISCED97. Il reddito familiare è stato log-normalizzato e rapportato alla dimensione della famiglia. Come indicatore di occupazione abbiamo impiegato una variabile dicotomica che assume valore 1 se l'intervistata lavorava nella precedente intervista. Non è stato utilizzato lo stato occupazionale corrente per evitare problemi di endogeneità con la variabile dipendente.

Dalla prima indagine, è stata inserita inoltre una variabile contenuta nel questionario *drop-off* di SHARE, che misura l'attitudine a prendersi cura degli anziani con la domanda: «Secondo Lei chi, la famiglia o lo Stato, dovrebbe assumersi la responsabilità di ciascuna delle seguenti forme di assistenza?». La risposta vede la contrapposizione su una scala da 1 a 5 tra la famiglia e lo Stato come illustrato nella Tabella 1.

Tabella 1. Attitudine a prendersi cura degli anziani

	Solo la famiglia	Soprattutto la famiglia	Entrambi nella medesima misura	Soprattutto lo Stato	Solo lo Stato
Aiuto con i lavori domestici, come fare le pulizie o il bucato, per gli anziani bisognosi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Cura personale, lavarsi o vestirsi e/o assistenza socio-sanitaria per gli anziani bisognosi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sulla base della domanda contenuta nel questionario *drop-off* sono state costruite tre variabili binarie, la prima con valore 1 se l'intervistata ha risposto che aiuto domestico e cura personale sono di responsabilità solo della famiglia o soprattutto della famiglia, la seconda che assume valore 1 se l'intervistata ha risposto che la responsabilità dell'assistenza agli anziani debba essere suddivisa in egual misura tra Stato e famiglia, la terza che assume valore 1 se l'intervistata ritiene che tale responsabilità debba ricadere principalmente sullo Stato.

Sono stati inoltre inseriti tra i controlli un indicatore binario che assume valore 1 se l'intervistata soffre di depressione durante la prima indagine (ossia se presentava più di quattro dei sintomi descritti dalla scala EURO-D) e un indicatore binario che assume valore 1 se l'intervistata era *informal care provider* durante la prima indagine. E infine è stata inserita ancora una variabile binaria con valore uno se almeno un genitore in vita nella prima indagine è deceduto nella seconda.

Tabella 2. Descrizione delle variabili

Nome delle Variabili	Definizione delle Variabili
Variabili Dipendenti:	
EURO-D	scala di valutazione della depressione
Controlli:	
età	età in anni
area rurale	1 se vive in un'area rurale, o altrimenti
Istruzione:	
anni di istruzione	anni di istruzione sulla base del sistema ISCED-97
Composizione della Famiglia e Stato Maritale:	
figli in casa	1 valore uno se almeno uno dei figli vive ancora in casa, o altrimenti
numero di figli	numero di figli
nipoti	1 se ha nipoti, o altrimenti
num. sorelle e/o fratelli	numero di fratelli e/o sorelle
single	1 se single, o altrimenti
sposato o convive	1 se vive con marito o compagno, o altrimenti
Occupazione e reddito:	
occupato prima indagine	1 se occupato durante la prima intervista, o altrimenti
reddito	reddito annuale familiare (in euro)
Attitudine a prendersi cura dei familiari:	
responsabilità della famiglia	1 se ritiene che l'assistenza spetti principalmente alla responsabilità della famiglia, o altrimenti
responsabilità in equal misura Stato-famiglia	1 se ritiene che l'assistenza spetti in equal misura a Stato e famiglia, o altrimenti
responsabilità dello Stato	1 se ritiene che l'assistenza spetti principalmente alla responsabilità dello Stato, o altrimenti
Depressione durante prima Indagine:	
depressione prima indagine	1 se depresso durante la prima indagine, o altrimenti
Informal Care Status - prima Indagine	
informal caregiver prima indagine	1 se caregiver durante la prima indagine, o altrimenti
Informazione sui genitori	
morte del genitore	1 se almeno un genitore vivo nella prima indagine è deceduto nella seconda, o altrimenti

Si è poi proceduto all'abbinamento statistico che ha formato «gemelli statistici» diversi solo per la condizione di *caregiver* e non per le altre caratteristiche osservate. Il *matching* statistico è stato realizzato con due procedure di abbinamento *Radius* (con *caliper* 0.5) e *Kernel Matching*.

4. Risultati

Dalle statistiche descrittive contenute nelle Tabella 3, 4, e 5 emerge che le donne che forniscono cura agli anziani genitori tendono ad essere meno giovani (in media 58 anni vs. 57 delle non *caregiver*), sono ancora impiegate (circa l'80% lavorava al momento della prima intervista anche se esiste un fattore geografico: sono meno le donne che lavoravano nel Sud Europa). Ancora, disaggregando per area geografica, le donne *caregiver* hanno reddito e un numero di anni di istruzione più elevato al Nord, meno elevato al Centro e al Sud. In generale le donne che forniscono assistenza ai genitori tendono ad avere un migliore livello di salute psicologica (lo *score* EURO-D risulta inferiore); ma la salute mostra livelli decisamente migliori al Nord dell'Europa rispetto al Sud. Le donne al Nord e al Centro in età compresa tra 50 e 65 anni sono più spesso nonne mentre al Sud sono più spesso solo «mamme» ma con figli a carico. È noto che da qualche decennio l'età media in cui si generano figli è maggiore al Sud rispetto all'Europa settentrionale e continentale (BILLARI, KOHLER 2004). Per questo motivo la percentuale di donne che si occupa contemporaneamente di figli e genitori è più elevata al Sud.⁵

5. Si aggiunga inoltre che questa fascia di età è attualmente particolarmente consistente perché si riferisce agli ex *baby boomer*.

Tabella 3. Statistiche descrittive per il Nord Europa

Nome Variabile	Campione Totale		<i>Informal Care</i>		<i>No Informal Care</i>	
	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.
Variabile Dipendente						
euro-d	1,839	1,841	1,133	1,180	2,175	2,000
Controlli						
depressione I indagine	0,314	0,465	0,033	0,180	0,206	0,405
<i>informal care</i> I indagine	0,333	0,418	0,767	0,424	0,111	0,315
morte del genitore	0,419	0,493	0,4	0,491	0,428	0,485
età	57,333	3,818	58,133	3,716	56,952	3,813
area rurale	0,183	0,387	0,200	0,401	0,175	0,380
figli in casa	0,161	0,368	0,033	0,180	0,222	0,416
numero di figli	2,151	1,532	2,100	0,981	2,175	1,735
nipoti	0,490	0,500	0,580	0,495	0,448	0,498
num. sorelle e/o fratelli	2,247	1,523	2,100	1,801	2,317	1,369
single	0,194	0,396	0,100	0,301	0,238	0,427
sposato o convivente	0,806	0,396	0,900	0,301	0,762	0,427
lavorava I indagine	0,817	0,387	0,800	0,401	0,825	0,380
anni di scuola	12,651	3,476	12,083	3,993	12,921	3,173
reddito	43912,9	29312,9	52360,9	39086,7	39890,1	22235,6
Danimarca	0,183	0,387	0,300	0,460	0,127	0,333
Paesi Bassi	0,323	0,468	0,333	0,473	0,317	0,466
Svezia	0,495	0,501	0,367	0,484	0,556	0,498
N	465		150		315	

Tabella 4. Statistiche descrittive per il Centro Europa

Nome Variabile	Campione Totale		<i>Informal Care</i>		<i>No Informal Care</i>	
	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.
Variabile Dipendente						
EURO-D	2,113	1,928	1,949	1,872	2,188	1,952
Controlli						
depressione I wave	0,177	0,382	0,231	0,422	0,153	0,360
<i>Informal Care</i> I wave	0,323	0,468	0,744	0,438	0,129	0,336
età	56,927	3,502	57,897	3,281	56,482	3,514
area rurale	0,274	0,446	0,205	0,405	0,306	0,461
figli in casa	0,218	0,413	0,231	0,422	0,212	0,409
numero di figli	1,766	1,033	1,821	0,986	1,741	1,055
nipoti	0,513	0,500	0,431	0,496	0,551	0,498
num. sorelle e/o fratelli	2,040	2,027	1,282	1,539	2,388	2,129
single	0,113	0,317	0,179	0,385	0,082	0,275
sposato o convive	0,887	0,317	0,821	0,385	0,918	0,275
lavorava I wave	0,637	0,481	0,615	0,488	0,647	0,478
anni di scuola	11,185	3,803	11,256	3,694	11,153	3,856
reddito	42433,9	36883,8	35938,3	37354,6	45414,3	36322,5
Austria	0,242	0,429	0,179	0,385	0,271	0,445
Belgio	0,339	0,474	0,462	0,500	0,282	0,451
Francia	0,065	0,246	0,051	0,221	0,071	0,256
Germania	0,226	0,418	0,205	0,405	0,235	0,425
Svizzera	0,129	0,336	0,103	0,304	0,141	0,349
N	620		195		425	

Tabella 5. Statistiche descrittive per il Sud Europa

Nome Variabile	Campione Totale		<i>Informal Care</i>		No <i>Informal Care</i>	
	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.
Variabile Dipendente						
euro-d	2,193	2,247	2,545	1,866	2,084	2,343
Controlli						
depressione I wave	0,314	0,46 5	0,273	0,447	0,327	0,470
<i>Informal Care</i> I wave	0,221	0,416	0,545	0,499	0,121	0,327
età	56,779	4,007	56,424	3,544	56,888	4,136
area rurale	0,164	0,371	0,212	0,410	0,150	0,357
figli in casa	0,429	0,495	0,515	0,501	0,402	0,491
numero di figli	2,207	1,132	2,000	0,819	2,271	1,205
nipoti	0,349	0,477	0,285	0,453	0,368	0,483
num. sorelle e/o fratelli	2,486	2,073	2,667	2,415	2,430	1,955
single	0,164	0,371	0,212	0,410	0,150	0,357
sposato o convivente	0,836	0,371	0,788	0,410	0,850	0,357
lavorava I wave	0,343	0,475	0,333	0,473	0,346	0,476
anni di scuola	9,200	4,051	10,394	4,665	8,832	3,771
reddito	22530,2	25067,4	21094,3	12804,3	22973,0	27773,2
Grecia	0,543	0,499	0,394	0,490	0,589	0,493
Italia	0,186	0,389	0,303	0,461	0,150	0,357
Spagna	0,271	0,445	0,303	0,461	0,262	0,440
N	700		165		535	

Dalla Tabella 6 emerge la presenza di un forte gradiente Nord-Sud nella contrapposizione Stato-famiglia per quanto riguarda la responsabilità di assistenza nei lavori domestici e di cura nei confronti degli anziani e il gradiente è più forte se ci si focalizza sul lavoro di cura: come era facile aspettarsi è al Sud dell'Europa che un maggior numero di intervistate (circa il 50%) ritengono che sia compito della famiglia assistere con lavoro di cura i genitori anziani (contro circa il 22% del Centro e il 5 % del Nord).

La Tabella 6 mostra che in due delle tre macro-aree vi è una correlazione negativa tra l'affermazione di una prevalente responsabilità della famiglia nella cura degli anziani e lo status di *informal caregiver*: mentre al Nord, tra coloro che nella prima indagine avevano dichiarato che la famiglia dovesse avere un ruolo predominante nell'assistenza dei familiari anziani rispetto allo Stato, il 7% risulta effettivamente *caregiver* durante la seconda indagine, contro il 5% che non fornisce cure, una correlazione negativa si registra in Europa Continentale: tra coloro che nella prima indagine si erano dichiarati a favore di un sistema di assistenza che privilegia il ruolo della famiglia, il 24% circa non fornisce cure agli anziani contro il 18% che invece si occupa di dare assistenza. Per il Sud Europa accade lo stesso: fra coloro che nella prima indagine privilegiano il ruolo della famiglia, nel periodo successivo il 53% non si occupa dei familiari anziani contro il 42% di *informal caregiver*.

Tabella 6. Statistiche Descrittive Stato vs Famiglia (Nord, Centro, Sud Europa)

i) Lavori domestici

Nord	Campione Totale		<i>Informal Caregivers</i>		<i>No Informal Care</i>	
lavori domestici						
	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.
principalmente famiglia	0,097	0,296	0,100	0,301	0,095	0,294
stato e famiglia	0,247	0,432	0,233	0,424	0,254	0,436
principalmente stato	0,656	0,476	0,667	0,473	0,651	0,477

Centro	Campione Totale		<i>Informal Caregivers</i>		<i>No Informal Care</i>	
lavori domestici						
	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.
principalmente famiglia	0,274	0,446	0,231	0,422	0,294	0,456
stato e famiglia	0,484	0,500	0,462	0,500	0,494	0,501
principalmente stato	0,242	0,429	0,308	0,463	0,212	0,409

Sud	Campione Totale		<i>Informal Caregivers</i>		<i>No Informal Care</i>	
lavori domestici						
	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.
principalmente famiglia	0,464	0,499	0,333	0,473	0,505	0,500
stato e famiglia	0,414	0,493	0,576	0,496	0,364	0,482
principalmente stato	0,121	0,327	0,091	0,288	0,131	0,338

ii) Cure

Nord	Campione Totale		<i>Informal Caregivers</i>		<i>No Informal Care</i>	
cure						
	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.
principalmente famiglia	0,054	0,226	0,067	0,250	0,048	0,213
stato e famiglia	0,204	0,404	0,133	0,341	0,238	0,427
principalmente stato	0,742	0,438	0,800	0,401	0,714	0,452

Centro	Campione Totale		<i>Informal Caregivers</i>		<i>No Informal Care</i>	
cure						
	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.
principalmente famiglia	0,218	0,413	0,179	0,385	0,235	0,425
stato e famiglia	0,468	0,499	0,436	0,497	0,482	0,500
principalmente stato	0,315	0,465	0,385	0,488	0,282	0,451

Sud	Campione Totale		<i>Informal Caregivers</i>		<i>No Informal Care</i>	
cure						
	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.
principalmente famiglia	0,507	0,500	0,424	0,496	0,533	0,499
stato e famiglia	0,379	0,485	0,485	0,501	0,346	0,476
principalmente stato	0,114	0,318	0,091	0,288	0,121	0,327

Fonte: elaborazione dati SHARE.

La correlazione negativa tra attitudine ad occuparsi dei familiari anziani dichiarata nella prima indagine e lo status di *caregiver* nella seconda indagine può sorprendere, ma esistono delle ragioni che possono spiegare questo fenomeno, soprattutto correlate al precario stato di salute del genitore durante la prima indagine. Emerge infatti che durante la prima indagine chi dichiarava una maggior propensione per la famiglia era prevalentemente *caregiver*. Di fatto, tra la prima e la seconda indagine, a causa della morte di almeno uno dei due genitori, nel Sud Europa abbandona questo ruolo circa il 44% dei *caregiver*, nel Centro Europa il 38%. Nello stesso periodo può essere accaduto che lo stato di salute del genitore sia peggiorato molto (informazione che non possiamo osservare), tanto da richiedere il ricovero, e per questo motivo chi era *caregiver* non lo è più.

La Tabella 7 mostra l'effetto medio dell'assistenza agli anziani (ATT)⁶ sulla scala di depressione EURO-D.⁷ Dai risultati emerge la presenza di un gradiente Nord-Sud: il lavoro di cura e di assistenza nei confronti dei genitori avrebbe un effetto negativo e significativo sul livello di depressione delle *caregiver* al Nord, un effetto non significativo nell'Europa Continentale, mentre aumenterebbe di quasi un punto lo score della scala di valutazione della depressione nei Paesi Mediterranei. In tutti i Paesi considerati la solidarietà intergenerazionale spinge le figlie adulte a svolgere gratuitamente il lavoro di cura dei genitori anziani. Tuttavia, mentre nei Paesi del Nord Europa, probabilmente grazie ad un sistema di LTC che tutela maggiormente il soggetto anziano, prevale l'effetto gratificazione, nei Paesi del Sud, dove l'assistenza agli anziani è quasi esclusivamente a carico delle famiglie, i *caregiver* si trovano gravati da una maggiore responsabilità e questo può avere effetti negativi sulla loro salute psicologica.

6. Gli ATT sono stati ottenuti usando le tecniche di *matching Kernel* e *Radius* (con *caliper* 0.05). È stata utilizzata la restrizione relativa al supporto comune eliminando le osservazioni trattate il cui *propensity score* risulta maggiore del massimo o minore del minimo *propensity score* dei controlli abbinati.

7. La specificazione del modello definito nella sezione 4 ha consentito di ottenere un *propensity score* stimato bilanciato. I risultati relativi al *propensity score* del modello probit non sono stati inclusi ma sono disponibili su richiesta presso gli autori.

Tabella 7. Effetto Medio dell'Assistenza agli Anziani
(Average treatment effect on the treated, ATT)

	Kernel Matching		Radius Matching	
	ATT	E.S.	ATT	E.S.
Nord	-0,974***	0,279	-0,972***	0,279
Centro	-0,4	0,261	-0,391	0,266
Sud	0,575**	0,594	0,499**	0,253

***, **, * indicano rispettivamente un livello di significatività all' 1, 5, e 10%.

L'invecchiamento dei genitori è spesso associato ad un progressivo deterioramento del loro stato di salute e altrettanto spesso caratterizzato da non autosufficienza e/o malattie cronico - degenerative. Le cure giornaliere e continuative potrebbero rappresentare un peso difficilmente gestibile per la donna che non si sente accompagnata dai servizi sociali e sanitari locali. Il fattore geografico gioca un ruolo importante, ed è supportato da diverse indagini in letteratura che studiano l'impatto occupazionale, economico e sociale esercitato sui *caregiver* a causa del tempo dedicato alla cura dei genitori anziani. In via generale risulta che i Paesi del Sud Europa sono penalizzati a causa di gravi carenze organizzative e strutturali nell'assistenza ai cittadini anziani non autosufficienti. Storicamente in questi Paesi è la famiglia a farsi carico degli anziani e le cose non sembrano destinate a cambiare nel breve periodo, vista l'esiguità delle risorse destinate alla LTC (si veda la Figura 2). Dal lato opposto, Nazioni come la Svezia e l'Olanda dedicano percentuali molto elevate di PIL per la cura degli anziani. Queste risorse non sono destinate esclusivamente al sistema sanitario, ma vanno a finanziare anche quello sociale, che si occupa ad esempio di fornire un adeguato *training* ai familiari che vogliono assistere i propri genitori, arrivando, in determinati casi - come l'isolamento geografico o una particolare fragilità del soggetto anziano - a remunerare i familiari che dedicano molto del loro tempo alle cure informali. In questi Paesi la scelta di prendersi cura dei genitori anziani potrebbe essere percepita come una scelta non necessariamente obbligata, ma principalmente dettata dalla gratificazione di assistere un familiare, limitatamente a determinate mansioni. Viceversa, nel Sud Europa emerge la difficoltà da parte dei *caregiver* di coordinare il percorso di cura dei parenti anziani, nella quasi totale assenza di indicazioni da parte delle strutture responsabili della LTC. Si

aggiunga che in questi ed in altri Paesi europei non esiste un confine preciso riguardo alla competenza dei servizi (se sociali o sanitari)⁸ per la presa in carico dei soggetti anziani, con conseguenti processi di deresponsabilizzazione a livello locale (EOP, 2010). Si può facilmente comprendere che una donna ultracinquantenne, senza alcun tipo di supporto dal sistema socio-sanitario locale, sia facilmente esposta ad un livello di stress emozionale eccessivo.

5. Conclusioni

L'analisi condotta ha lo scopo di verificare se le donne over-50 che prestano cure informali ai propri genitori possono presentare disturbi depressivi dovuti a questo tipo di mansione. Dai risultati emerge che l'impatto delle cure è positivo e significativo solo in quei Paesi (situati nel Sud Europa) dove le risorse destinate a finanziare la LTC sono estremamente esigue (in media lo 0,5 % del PIL) e il sistema locale di assistenza socio-sanitaria agli anziani non è strutturato per recepire la crescente domanda di cure. Nell'area mediterranea, storicamente, è la famiglia a farsi carico dei genitori anziani, sia dal punto di vista economico (per legge i familiari sono tenuti a fornire un reddito di sussistenza e una soluzione abitativa al genitore in difficoltà economica), che assistenziale. Parimenti, è sempre la famiglia che supporta economicamente le nuove generazioni in difficoltà economica a causa dello scarso livello occupazionale, anche dopo che queste hanno lasciato il nucleo familiare, in un patto di reciprocità che nasce dalla strutturale assenza di aiuti istituzionali.

Viceversa, i Paesi dell'Europa settentrionale, Svezia in testa, già da alcuni decenni hanno affrontato il problema dei soggetti più anziani in termini giuridici, tutelandoli attraverso diverse riforme.⁹ La cura e l'assistenza degli stessi è per legge a carico dello Stato e delle municipalità, perciò la scelta da parte delle figlie di assistere i propri genitori anziani sembra maggiormente dettata da aspetti affettivi-emozionali, che non da una reale necessità, e questo potrebbe spiegare la differenza negli *score* sulla depressione che emerge fra Nord e Sud Europa. Mentre la donna del Sud Europa è completamente lasciata a sé stessa nella presa

8. L'integrazione fra servizi sociali e sanitari stenta a decollare anche perché spesso i primi sono gestiti dalle municipalità e i secondi dallo Stato o dalle Regioni.

9. In Svezia il Social Service Act, riformato recentemente, stabilisce la responsabilità economica delle istituzioni nella cura del soggetto anziano e riconosce l'importanza (tramite contributo finanziario) delle cure informali.

in carico del genitore anziano, la *caregiver* del Nord Europa può contare su un sistema di assistenza altamente efficiente, fatto che incide non poco sul livello di stress (incertezza per il futuro, incapacità di gestire il proprio tempo nell'assenza di risposte istituzionali) delle *caregiver*.

Le indicazioni in termini di *policy* propendono per un graduale allineamento dei sistemi di LTC da parte di tutti i Paesi europei, in presenza di un problema di invecchiamento delle popolazioni ormai pressante e destinato inevitabilmente ad accentuarsi in un prossimo futuro.

Bibliografia

- A. AMIRKHANYAN, D.A. WOLF, *Parent care and the stress process: Findings from panel data*, «The Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences», 61 (5), 2006, pp. 248-255.
- F.C. BILLARI, H.P. KHOLER, *Patterns of low and lowest fertility in Europe*. «Population Studies», 58 (2), 2004, pp. 161-176.
- K. BOLIN, B. LINDGREN, P. LUNDBORG, *Your next of kin or your own career?: Caring and working among the 50+ of EUROPE*, «Journal of Health Economics», 27, 2008, pp. 718-738.
- J. BOOKWALA, *The impact of parent care on marital quality and well-being in adult daughters and sons*, «The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences», 64B (3), 2009, pp. 339-347.
- I. BUBER, *Ageing in Austria: An overview of Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) with special focus on aspects of health*, Vienna, Yearbook of Population Research, 2007, pp. 309-326.
- N. COE, C.H. VAN HOUTVEN, *Caring for mom and neglecting yourself? The health effects of caring for an elderly parent*, «Health Economics», 18, 2009, pp. 991-1010.
- L. CRESPO, P. MIRA, *Caregiving to elderly parents and employment status of European mature women*, Working paper CEMFI, 2010, Madrid.
- EOP, European Overview Paper, *Informal care in the long-term care system*, 2010.
- EUROSTAT, *Demography report 2010*, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
- M. HUBER, R. RODRIGUES, F. HOFFMANN, F.K. GASIOR, B. MARIN, *Facts and Figures on Long-term Care - Europe and North America*, Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009.
- S. JIMÉNEZ-MARTÍN, C. VILAPLANA PRIET, *The trade-off between formal and informal care in Spain*, Working Paper, Universitat Pompeu Fabra and FEDEA, 2009, available on line: <http://www.fedea.es>
- W.F. LIN, L. H. CHEN, T. LI, *Adult Children's Caregiver Burden and Depression: The Moderating Roles of Parent-Child Relationship Satisfaction and Feedback from Others*, «Journal of Happiness Studies», May 2012.
- J. MORTENSEN, C.K. SPIESS, C. KATHARIN, T. SCHNEIDER, J. COSTA-FONT, P. CONCEPCIO, *Health care and female employment: a potential conflict*, European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI), Occasional Paper 6, April 2004.

- O. O'DONNELL, E. VAN DOORSLAER, A. WAGSTAFF, M. LINDELOW, *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data*, The World Bank, Washington DC, 2008.
- OCSE, 2011, *Help wanted? Providing and paying for Long term Care*, <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/47884865.pdf>
- E.K. PAVALCO, J. ARTIS, *Women's caregiving and paid work: causal relationships in late midlife*, «Journal of Gerontology: Social Science», 52B, 4, 1997, pp. 170-179.
- M.J. PRINCE, A.T. BEEKMAN, D.J. DEEG, R. FUHRER, S.L. KIVELA, B.A. LAWLOR, A. LOBO, H. MAGNUSSON, I. MELLER, H. VAN OYEN, F. REISCHIES, M. ROELANDS, I. SKOOG, C. TURRINA, J.R. COPELAND, *Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale: Effect of age, gender and marital status in 14 European centres*, «British Journal of Psychiatry», 174, 1999, pp. 339-345.
- D.S. REHER, *Family Ties in Western Europe*, «Population and Development Review», vol. 24, 2, 1998, pp. 203-234.
- P.R. ROSENBAUM, D.B. RUBIN, *The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects*, «Biometrika» 70, 1983, pp. 41-55.
- R.M. RUBIN, S.I. WHITE-MEAN, *Informal Caregiving: Dilemmas of Sandwiched Caregivers*, «Journal of Family Economic Issues», 30, 2009, pp. 252-267.
- M. SILVERSTEIN, D. GANS & F.M. YANG, *Intergenerational support to aging parents*, «Journal of Family Issues», 27 (8), 2006, pp. 1068-1084.
- R. SHULZ, S.R. BEACH, *Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effect study*, «Journal of the American Medical Association», 282 (23), 1999, pp. 2215-2219.
- R. SHULZ, P.R. SHERWOOD, *Physical and Mental effects of family caregiving*, «American Journal of Nursing», 9 Suppl., 2008, pp. 23-27.
- B.C. SPILLMAN, L.E. PEZZIN, *Potential and active family caregivers: changing networks and the «Sandwich Generation»*, «The Milbank Quarterly», 78, 3, 2000, pp. 347-374.
- PP. VITALIANO, J. ZHANG, J.M. SCANLAN, *Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis*, «Psychological Bulletin», 129 (6), 2003, pp. 946-973.
- A Short Guide to SHARE*, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), www.share-project.org

Abstract

In the ageing societies, caring for the elderly is becoming an issue for the possible adverse effects on their caregivers, who are typically women in their late midlife. The aim of this study is to estimate the impact of caring for an old parent (natural and in-law) on the mental health of mature women living in Europe.

The individual-level data employed in the analysis is drawn from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Specifically, we use data from Wave 1 and Wave 2, which was collected by personal interviews in 2004 and 2006/07 respectively. Information on caregivers' mental health status is provided by EURO-D depression scale developed and validated by the EURODEP Concerted Action Programme as standardized measure of depression across European countries. The analysis is particularly interesting as the sample has been subdivided geographically into three macro-regions, namely, Northern, Central and Southern Europe, which is consistent with two elements: i) the amount of resources devoted to Long Term Care (LTC) systems, and ii) the social and cultural context conditioning family ties in these three European regions.

Our results reveal the presence of a North-South gradient in the effect of caring on women's mental health. Policy implication suggest the need for a revision of the LTC systems in Southern Europe on the model of Northern ones, in order to alleviate the psychological burden carried by over-50 Mediterranean women.