

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 BRENNI, 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

Chi si occuperà degli anziani nel «vecchio continente»: il profilo *dell'informal caregiver* secondo il gradiente Nord-Sud

Cinzia Di Novi, Anna Marenzi

1. Introduzione

Il «vecchio continente» continua ad invecchiare: la caduta del tasso di fertilità, cui si è accompagnata una crescente longevità, hanno fatto sì che anno dopo anno, le nascite in Europa siano sempre meno dei decessi. L'Europa è diventata il continente con la maggiore percentuale di over 65 anni (circa il 18% della popolazione totale). Anche i «grandi anziani», ovvero gli ultra 80enni, hanno incrementato il loro peso percentuale passando, in un solo decennio, dal 3,5% al 4,9% della popolazione totale e manifestando una crescita ad un ritmo più veloce di qualsiasi altro segmento della popolazione; contestualmente la quota di giovani europei di età inferiore a 14 anni si è ridotta dal 17% del 2001 al 15,8% del 2012. Oggi in Europa si contano 126 anziani ogni 100 giovani fino a 14 anni.

L'analisi territoriale mostra che il processo di invecchiamento interessa tutti i paesi europei anche se con punti di partenza diversi. Italia e Germania, seguiti da Grecia e Portogallo, guidano la classifica dei paesi più vecchi, mentre nei paesi dell'est Europa, ad esclusione delle Repubbliche baltiche (Estonia, Lettonia e Lituania), il peso degli individui con oltre 65 anni è in proporzione ancora inferiore ai giovani al di sotto dei 14 anni. Le differenze tra i paesi oggi più vecchi e quelli più giovani sono tuttavia destinate a riassorbirsi nell'arco di qualche decennio principalmente come conseguenza di un processo di omogeneizzazione dei comportamenti demografici dei paesi dell'Europa centro-orientale, in particolare relativamente alle scelte di natalità.

Le previsioni EUROSTAT indicano che la popolazione europea invecchierà ulteriormente nei prossimi decenni e che entro il 2060 l'indice di dipendenza degli anziani, cioè il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età lavorativa (15-64 anni), pari al 26,8% nel 2012, è destinato a crescere fino ad un livello del 52,5%.

La trasformazione della struttura per età della popolazione modifica

i rapporti intergenerazionali. Il declino della fertilità unito all'aumento della longevità ha prodotto il fenomeno demografico del *grandparent boom* che ridisegna una struttura familiare in cui i fratelli e le sorelle sono sostituiti dai nonni e, spesso, anche dai bis-nonni. Diventerà sempre più comune che le persone della generazione «di mezzo», i cinquantenni e sessantenni, si troveranno nel duplice ruolo di genitori e figli, anche quando diventano nonni, così che alle responsabilità di cura nei confronti dei figli o dei nipoti si aggiungeranno quelle verso i genitori/suoceri anziani. Una quantificazione della potenziale domanda di cura che la generazione dei grandi anziani rivolge ai propri figli è desumibile dal valore del rapporto tra il numero delle persone con più di 84 anni e il numero di individui nella fascia di età dai 50 ai 64 anni (*parent support ratio*). Nel 2010 il valore medio europeo di tale rapporto è pari all'11%, con Italia e Francia che si distinguono per un valore notevolmente superiore alla media dell'Europa a 27 (EUROSTAT 2011).

Il problema è destinato ad aggravarsi quando la generazione del *baby boomer* transiterà nella fase dei grandi anziani con un aumento di domanda di cura rivolto alle generazioni successive, decisamente meno consistenti e sempre meno idonee, perché maggiormente e più a lungo coinvolte nel mercato del lavoro, a fornire il sostegno necessario. Gli effetti saranno più marcati in quei paesi, come ad esempio l'Italia, in cui prevale un modello di *welfare* familiare, basato cioè su un patto di solidarietà intergenerazionale per cui i genitori si impegnano ad aiutare i figli anche quando essi hanno formato una famiglia indipendente, ricevendone in cambio assistenza e cura quando diventeranno non autosufficienti (MARENZI, PAGANI 2005).

Il sostegno che l'attuale generazione di uomini e donne *over-50* assicura ai figli/neo-genitori, in modo da garantirgli di rimanere sul mercato del lavoro, e ai genitori anziani, in caso di non autosufficienza, è stato fino ad oggi assicurato dal fatto che gli attuali genitori/figli sono ancora giovani, sono usciti relativamente presto dal mercato del lavoro, data la bassa età di pensionamento, e le madri/figlie appartengono a generazioni che raramente hanno lavorato per il mercato. Queste condizioni sono destinate a modificarsi almeno per tre ragioni. Da una parte le riforme pensionistiche, che interessano la maggior parte dei paesi europei, non solo aumentano l'età di permanenza nel mercato del lavoro, ma né renderanno sempre meno conveniente l'uscita anticipata. Dall'altra, l'aumento della scolarizzazione femminile si è tradotto in un aumento della preferenza delle donne per il lavoro sul mercato rendendo più difficile conciliare i tempi di cura della famiglia e i tempi di lavoro. Infine, i futuri *caregiver* avranno meno reti parentali con cui condividere l'assistenza verso gli anziani parenti e un maggior numero di individui bisognosi

d'aiuto per un periodo di tempo più lungo. L'innalzamento dell'età media della popolazione è infatti associato ad un progressivo deterioramento dello stato di salute degli anziani, che nei prossimi anni determinerà una maggiore domanda di cura e di prestazioni per lunghi periodi. È verosimile che tra i bisogni sanitari degli anziani siano prevalenti patologie di tipo cronico-degenerativo, legate all'età e associate solitamente alla disabilità, rispetto a patologie acute, queste ultime più costose, ma di durata limitata nel tempo. Inoltre, esiste una categoria di bisogni specifici, non tanto legati alle patologie quanto alla non autosufficienza che tende a comparire dopo una certa età.

La dinamica demografica sembra quindi metter in discussione il modello di assistenza informale, con esiti, tuttavia, che potrebbero essere molto diversi tra i paesi, in ragione del diverso coinvolgimento della famiglia, dello stato e del mercato nel fornire risposte ai bisogni degli anziani non autosufficienti.

A tale riguardo, a partire dal contributo di ANTTONEN, SIPILÄ (1996), la recente letteratura sugli studi comparati di *welfare state* (si veda, tra gli altri, NALDINI 2002; BETTIO, PLANTENGA 2004; GIBSON ET AL. 2003) ha proposto una classificazione dei modelli di cura europei secondo il peso delle attività di cura che ricade sulle famiglie. In estrema sintesi, i paesi dell'area mediterranea appartengono al c.d. modello *family centred*, in cui, a fronte di una limitata offerta di servizi formali, il lavoro di cura è di fatto organizzato all'interno della famiglia e affidato prevalentemente alla componente femminile della rete parentale. TRIFILETTI (2007) e BETTIO, SOLINAS (2009) sottolineano come il tratto distintivo di questo modello si riflette oggi nella maggiore opportunità di occupazione nell'attività di cura, a servizio delle famiglie, che le donne immigrate trovano in questi paesi. È interessante notare che il modello mediterraneo di cura si riscontra anche in alcuni paesi dell'Est Europa, ad esempio in Polonia e nelle Repubbliche baltiche, dove le politiche pubbliche di assistenza a lungo termine sono ancora in una fase embrionale e i modelli culturali e familiari prevalenti suggeriscono una gestione privata delle esigenze di cura (GOLINOWSKA 2010).

L'impegno morale a sostenere i membri deboli della famiglia e la regola della reciprocità tra genitori e figli si attenua passando dai paesi del Sud Europa e quelli del Nord Europa (KOHLE ET AL. 2005). In questi ultimi paesi 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 formali e in via residuale, attraverso il supporto finanziario all'attività dei *care-giver* informali. Infine, 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. Un esempio di tali politiche sono i voucher introdotti nel 2005 in Francia e l'assicurazione obbligatoria per assistenza a lungo termine in Austria e Germania (ALBERTINI 2008); questi ultimi, in particolare, evidenziano il carattere mutualistico del modello di cura continentale.

L'obiettivo principale di questo lavoro è quello di delineare il profilo dell'*informal caregiver* europeo e di verificare l'eventuale sussistenza di una relazione tra le caratteristiche del *caregiver*, le variabili che influenzano la scelta di fornire cure e l'area geografica di residenza. A tale scopo utilizzando la banca dati SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) prenderemo in considerazione un campione di uomini e donne di età compresa tra i 50 e i 65 anni residenti in 13 paesi europei raggruppati in quattro macro-aree europee: Nord Europa (Danimarca, Svezia e Olanda), Europa Centrale (Austria, Francia, Germania, Svizzera e Belgio), Europa del Sud (Spagna, Grecia e Italia) e Europa dell'Est (Polonia e Repubblica Ceca). La suddivisione in macro-aree così delineata rispecchia due elementi: i) le politiche di sostegno e le risorse destinate alla famiglia nella cura degli anziani; ii) il modello di cura informale che caratterizza i singoli Paesi.

2. Il campione e la metodologia utilizzata

2.1. La selezione del campione

L'analisi delle caratteristiche del *caregiver* europeo è condotta utilizzando i dati provenienti dalla seconda indagine SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*)¹ versione 2.5.0 le cui interviste sono state realizzate tra il 2006 e il 2007. Come noto, SHARE è la prima banca dati europea che fornisce informazioni dettagliate sullo stato di salute, sulle caratteristiche socio-economiche e sulle relazioni familiari degli ultracinquantenni in diversi paesi europei. Il nostro studio ha incluso 13 stati europei: Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Italia, Olanda, Polonia, Repubblica Ceca, Spagna, Svezia e Svizzera.

1. Il progetto SHARE, coordinato dal Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA) è, tra gli studi sull'invecchiamento in Europa, quello più completo e quello che fornisce una gamma estremamente articolata di informazioni sullo standard di vita degli ultra 50enni in molti paesi europei. Le interviste sono condotte a livello familiare ed individuale, selezionando famiglie e individui sulla base della presenza di almeno un componente nato prima del 1954. Per una introduzione al data set e alle questioni metodologiche, si veda BÖRSCH-SUPAN, JÜRGES (2005).

La popolazione target è costituita da uomini e donne di età compresa tra i 50 e i 65 anni, la c.d. generazione dei *baby boomer*, con almeno un genitore in vita al momento dell'indagine. Grazie alle informazioni rilevate da SHARE è possibile individuare la frequenza (giornaliera, settimanale, mensile o occasionale) con cui le figlie/i figli adulti svolgono attività di cura informale verso i genitori, la presenza di eventuali reti parentali con cui condividere tale attività, oltre ad una serie di caratteristiche demografiche, socio-economiche e sullo stato di salute sia dei *caregiver* che dei *care receiver*.

Poiché l'obiettivo del nostro lavoro è quello di delineare il profilo del potenziale *caregiver* secondo l'area geografica di residenza, abbiamo riclassificato i paesi adottando un criterio *care regime cluster* che si colloca a metà strada tra il tradizionale approccio alla ESPING-ANDERSEN (1990) ed il criterio di classificazione in macro aree dei Paesi Europei di BETTIO, PLANTENGA (2004). La riclassificazione si basa sul peso che gli *informal care giver* assumono nella cura degli anziani, sulle diverse *care policy* assunte nei paesi Europei, e sulla quantità di risorse che ogni Stato destina alla spesa pubblica per assistenza a lungo termine.

Il primo *cluster* si riferisce ai paesi del Nord Europa, comunemente definiti *weak family-ties countries*, in cui il ruolo del *caregiver* è piuttosto modesto. Qui le cure degli anziani sono principalmente delegate al settore pubblico. I dati riportati nella Tabella 1 evidenziano che i residenti nei paesi del Nord Europa, dove le reti di solidarietà familiare sono più deboli, possono contare tuttavia su maggiori risorse dedicate alla LTC rispetto ai residenti del resto dell'Europa, in particolare rispetto ai paesi del Sud. Danimarca, Svezia e Paesi Bassi ricadono nel gruppo Scandinavo/Nord Europeo poiché è il settore pubblico ad avere la principale responsabilità degli anziani che necessitano di cure a lungo termine. Come è possibile notare dal Tabella 1, che mostra le risorse destinate alla LTC rispetto al Prodotto Interno Lordo, tra i Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), sono i Paesi Scandinavi ad avere un sistema più generoso che destina in media circa il 3% del PIL alle cure degli anziani.

Il secondo *cluster* è rappresentato dai paesi del Sud Europa, i cosiddetti *strong family-ties countries*. I Paesi Mediterranei sono caratterizzati da un alto indice di cure informali: il modello di cura degli anziani poggia fondamentalmente sulle spalle della famiglia a cui è riservato un ruolo fondamentale nella produzione di *welfare* informale ed è caratterizzato da una scarsa offerta pubblica di servizi formali di supporto specifico per *caregivers* (cfr., tra gli altri, NALDINI 2006). Il gruppo include la Spagna (che presenta uno dei livelli più bassi di spesa tra i paesi dell'OCSE che si assesta intorno allo 0,6% del PIL), l'Italia e la Grecia.

Tra i due gruppi estremi del Nord e del Sud dell'Europa, si colloca un terzo *cluster*, l'Europa Continentale, che nel nostro campione è rappresentata da Austria, Francia, Germania, Svizzera, Belgio. I paesi del terzo *care regime cluster* sono caratterizzati da una posizione intermedia sia per quanto riguarda il ruolo dei *caregiver* sia per quanto riguarda la spesa in LTC in rapporto al PIL che si aggira intorno al 2%.

Il quarto e ultimo *cluster* è rappresentato dai Paesi dell'Est (nel nostro campione Polonia e Repubblica Ceca) in cui, così come per l'Europa Mediterranea, l'assistenza agli anziani è quasi esclusivamente a carico delle famiglie, e la spesa in LTC è la meno generosa rispetto agli altri paesi considerati (tra lo 0,3 e lo 0,4% del PIL).

La composizione delle macro-aree europee è la seguente: Nord Europa (Danimarca, Svezia e Olanda²), Europa Centrale (Austria, Francia, Germania, Svizzera e Belgio), Europa del Sud (Grecia, Italia e Spagna) e Europa dell'Est (Repubblica Ceca e Polonia). Il campione finale, corretto per i valori *missing*, risulta essere composto da 9.470 individui (55,9% donne e 44,1% uomini), di cui 1.525 appartenenti al Nord Europa, 3.570 all'Europa Continentale, 2.225 all'Europa del Sud e 2.150 all'Europa dell'Est.

2. L'Olanda è stata inclusa nei Paesi del Nord Europa in quanto il suo investimento in LTC, nettamente superiore a quello dei paesi dell'Europa continentale, si avvicina maggiormente a quello della Svezia e della Danimarca.

Tabella 1. Spesa in assistenza a lungo termine (LTC) in proporzione al PIL, 2009³

	Health LTC	Social LTC	Total
Netherlands	2,5	1,3	3,8
Sweden	0,7	3,0	3,7
Denmark	2,5		2,5
Belgium	1,9		1,9
France	1,3	0,5	1,8
OECD (13)	0,8	0,6	1,4
Austria	1,2		1,2
Germany	1,0		1,0
Switzerland	0,9		0,9
Spain	0,6	0,0	0,6
Poland	0,4	0,0	0,4
Czech Republic	0,3		0,3

Fonte: OECD, *Health Data* 2011.

2.2. Il modello strutturale ad albero

Al fine di evidenziare le caratteristiche delle donne e degli uomini impegnati nell'attività di cura e assistenza verso gli anziani genitori e di catturare le eventuali differenze di profilo legate all'area geografica di residenza, abbiamo utilizzato la procedura statistica non parametrica CART (*Classification And Regression Trees*).⁴ Tale metodo consente di trattare strutture di dati molto complesse e presenta i risultati sotto forma di alberi di decisione facilmente interpretabili. Infatti, l'albero finale include solo le variabili indipendenti che risultano essere predittive della variabile dipendente, nel nostro caso lo status di *caregiver*, mentre sono escluse quelle variabili che non influenzano la scelta di prestare aiuto informale ai propri genitori non autosufficienti.

Il *classification tree* CART si struttura in nodi non terminali (*parent node*), i quali hanno due soli discendenti diretti (*child node*), ed i nodi terminali che non subiscono ulteriori bipartizioni (*terminal node*). Il

3. L'OCSE definisce la LTC come «ogni forma di cura fornita a persone non autosufficienti, lungo un periodo di tempo esteso, senza data di termine predefinita». La definizione di spesa pubblica per LTC, comprende due componenti di spesa: i) la componente sanitaria ossia l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a persone non autosufficienti che necessitano di assistenza continuata; ii) la spesa sociale che include indennità di accompagnamento (prestazioni monetarie assistenziali erogate a favore di invalidi civili, ciechi civili e sordomuti) e un insieme di prestazioni eterogenee, prevalentemente in natura, erogate a livello locale per finalità socioassistenziale rivolte ai disabili e agli anziani non autosufficienti.

4. Si veda BREIMAN ET AL. 1984 per una descrizione dettagliata della procedura CART.

primo nodo radice (*root node*) contiene tutte le osservazioni. Dal nodo radice discendono due *child node*. Ogni *child node*, che indichiamo con la lettera *t* contiene un sottocampione del campione originale, in cui i membri condividono le stesse caratteristiche, che influenzano la variabile dipendente di interesse. Ogni *t*, a sua volta, costituisce un potenziale *parent node* che può essere ancora suddiviso in due *child node*. Il processo continua fino a che l'albero non termina la sua crescita. I nodi terminali sono i nodi finali dell'albero decisionale e contengono insiemi di osservazioni che vanno a formare classi molto omogenee al loro interno e il più possibile eterogenee tra loro. Il metodo è binario e ricorsivo: binario poiché ogni *parent node* si divide in due discendenti diretti e ricorsivo poiché i nodi (non terminali) nati dalla suddivisione del *parent node* in due discendenti diretti possono diventare, a loro volta, *parent node* e suddivisi in due nodi successivi.

Seguendo BREIMAN ET AL. (2004) vi sono alcuni *step* importanti da seguire quando si costruisce un albero decisionale con la procedura CART. Gli *step* includono: adottare un criterio di bontà della tecnica con i cui i nodi vengono suddivisi da *parent node* a *child node* (*split criterion*); stabilire una regola di arresto di crescita dell'albero (*stopping rule*) e infine individuare un metodo di validazione della procedura. Una volta che un nodo viene riconosciuto come terminale, è necessario fissare una regola che permetta di stabilire come classificare i casi che in esso sono contenuti. Il processo inizia con una domanda binaria che stabilisce se l'osservazione si collocherà nel nodo di destra t_r , o di sinistra t_l ,⁵ in ragione del fatto che soddisfi (destra) o non soddisfi (sinistra) il criterio di classificazione, e continua fino al raggiungimento dei nodi terminali.⁶

In questo lavoro si è adottato:

- come criterio di suddivisione (*split criterion*) la funzione di diversità di Gini che individua le suddivisioni che minimizzano l'eterogeneità dei nodi figlio rispetto al valore della variabile dipendente.⁷

Una volta individuata la suddivisione migliore per il nodo radice, il

5. La regola di bipartizione dipende dalle caratteristiche della variabile indipendente X. Se X è una variabile continua la suddivisione in due nodi avrà la forma $X \leq s$ o $X > s$ dove s è una costante e rappresenta la soglia per la bipartizione. Se X è una variabile categorica, allora la suddivisione assumerà la forma $X \in S$ oppure forma $X \notin S$ dove S è un sottoinsieme non vuoto di X.

6. Il criterio con i cui i nodi vengono suddivisi da *parent node* a *child nodes* sarà tanto più efficace quando più alto è il grado di omogeneità in ogni nodo figlio ovvero quanto minore è il grado di «impurità» di ciascun nodo.

7. Il metodo di Gini si basa sulle probabilità quadratiche di appartenenza per ciascuna categoria della variabile dipendente. Questo valore raggiunge il minimo (zero) quando tutti i casi di un nodo rientrano in un'unica categoria.

- CART ripete il processo di ricerca per ogni nodo figlio continuando a bipartire finché non è più possibile alcuna suddivisione. Il processo di bipartizione è impossibile quando un nodo è costituito da un solo caso oppure quando tutti i casi che compongono un nodo appartengono alla stessa classe;
- l'albero decisionale potrebbe crescere, in assenza di criteri di arresto (*stopping rule*), fino a quando ogni nodo contenga osservazioni identiche, in termini di modalità della variabile dipendente. Ciò potrebbe non costituire una segmentazione ottimale. Sono necessari pertanto dei criteri di arresto, da applicarsi a seguito di ogni suddivisione, che possano determinare l'interruzione della crescita di un albero decisionale. I metodi di segmentazione più diffusi solitamente utilizzano regole di arresto basate su soglie minime di numerosità dei nodi terminali. La regola di *default* contenuta nell'algoritmo CART prevede una soglia di 50 osservazioni. Abbiamo lasciato invariata la regola di arresto di default;
 - come metodo di validazione la «validazione incrociata» (*cross validation*) utilizzando tre sottocampioni *random* che contengono all'incirca lo stesso numero di osservazioni. La convalida incrociata, infatti, divide l'intero campione in diversi sottocampioni. I modelli ad albero vengono quindi generati escludendo di volta in volta i dati da ciascun sottocampione: il primo albero si basa su tutti i casi eccetto quelli contenuti nel primo sottocampione, il secondo albero si basa su tutti i casi eccetto quelli contenuti nel secondo sottocampione e così via. Infine, è possibile lasciare che l'albero decisionale cresca senza limite, oppure deciderne, come nel presente lavoro, l'estensione attraverso una regola di arresto.

3. I fattori che determinano lo status di informal caregiver

Nel nostro modello la variabile dipendente è una variabile binaria che assume valore 1 se l'intervistata/o fornisce assistenza ad almeno un genitore o suocero anziano e 0 se non fornisce assistenza. In particolare, seguendo RUBIN, WHITE-MEAN (2009), abbiamo definito *informal caregiver* le donne e gli uomini che offrono attività di cura, compagnia, lavoro domestico e mansioni amministrativo-burocratiche a favore dei genitori/parenti anziani. Quando il *caregiver* è co-residente con i genitori anziani (pari a circa l'1,44% del campione) abbiamo ipotizzato che la cura avvenga con una frequenza giornaliera; per gli *informal caregiver* che svolgono assistenza ai parenti anziani al di fuori delle mura domestiche, SHARE rileva la frequenza con cui tale attività viene fornita (giornal-

mente, ogni settimana, almeno tutti i mesi, e saltuariamente). Per evitare di includere l'assistenza occasionale, abbiamo escluso dal campione uomini e donne che non forniscono aiuti almeno su base settimanale.

Dai dati SHARE risulta che gli *informal caregiver* sono circa il 19,85% del campione e, come atteso, nella catena di solidarietà sono coinvolte in primo luogo le donne, in questo caso nel duplice ruolo di figlie e nuore (66,6% donne vs 33,4% uomini). L'analisi comparativa delle quattro macro-aree geografiche mostra che la percentuale più elevata di *caregiver* risiede nel Centro Europa con il 21,3% segue il Sud con il 19,8%, l'Est Europa con il 18,8% e il Nord Europa con il 18%. Se suddividiamo il campione per genere emerge un forte gradiente Nord-Sud: la percentuale di donne che forniscono cure agli anziani sale da Sud a Nord con l'Est Europa che presenta percentuali simili al Sud Europa (61,8% donne vs 38,2% uomini al Nord; 62,5% donne vs 37,5% uomini al Centro; 71,6% donne vs 28,4% uomini Sud e 72,8% donne vs 27,2% uomini nell'Est Europa).

Le variabili indipendenti, che potenzialmente predicano lo status di care provider, sono possono essere suddivise in tre principali categorie:

- i) Caratteristiche demografiche e socio-economiche. Questo gruppo di variabili include l'età, il livello di istruzione, lo stato occupazionale e il reddito familiare dei *caregiver*. L'età degli uomini e donne del nostro campione è stata suddivisa in terzili (50-55, 55-60 e 60-65 anni) per meglio evidenziare la fascia di età su cui ricade maggiormente il peso delle responsabilità degli anziani genitori. Con riferimento all'istruzione si è adottato il sistema internazionale, International standard *classification of education* (ISCED), riclassificato in tre livelli di istruzione: 1) alto, corrispondente al diploma di scuola superiore, alla laurea ed eventuale istruzione post-laurea 2) medio-basso 3) basso o assente. Lavori precedenti hanno mostrato una correlazione negativa tra livello di istruzione e probabilità di diventare *caregiver* (CRESPO, MIRA, 2010). Il reddito familiare lordo è stato diviso in terzili (fino a 14.500 euro, da 14.500 a 37.000; da 37.000 a 59.000). Come indicatore di occupazione abbiamo creato quattro variabili dicotomiche: occupato/a, disoccupato/a, pensionato/a e casalingo/a.
- ii) Struttura familiare e reti parentali. Lo stato coniugale e la presenza di figli minorenni e di nipoti comportano da una parte l'insorgere di nuove responsabilità verso la propria famiglia che riducono il tempo a disposizione per la cura degli anziani genitori, dall'altra si possono tradurre in un aumento di individui anziani potenzialmente bisognosi d'aiuto, ai genitori si aggiungono infatti i suoceri. Per tali ragioni sono state inserite tra le variabili

del nostro modello tre indicatori che catturano, rispettivamente, lo stato coniugale (con valore 1 se l'intervistata/o è single e 0 se è sposata/o o convive), la presenza di figli minorenni (con valore 1 se almeno uno dei figli del potenziale *caregiver* ha meno di 18 anni e 0 in caso contrario) e la presenza di nipoti (con valore 1 se il potenziale *caregiver* è anche nonno e 0 in caso contrario). Diversi lavori empirici (si veda, tra gli altri, CRESPO, MIRA 2010; KNOEF, KOOREMAN 2012) hanno mostrato che la scelta di diventare un *caregiver* è condizionata dalla presenza di una rete parentale con cui condividere l'aiuto nell'assistenza dei genitori anziani, in particolare un ruolo cruciale è rappresentato dal comportamento cooperativo o non cooperativo dei fratelli e delle sorelle. Pertanto è stata inserita tra le esplicative una variabile che assume valore uno se l'intervistato è figlio unico e 0 se ha fratelli o sorelle. Inoltre abbiamo qualificato ulteriormente l'intervistato se, in presenza di fratelli o sorelle, è anche primogenito. Infine, sono stati inseriti degli indicatori binari che misurano la distanza chilometrica tra l'abitazione dell'intervistato/o e l'abitazione dei genitori (meno di un chilometro, tra un chilometro e 25 chilometri, oltre 25 chilometri) che potrebbe influenzare la probabilità di fornire cure.

- iii) Stato di salute del *caregiver* e del *care recipient* e accesso ai servizi di LTC. Lo stato di salute delle donne e uomini che potenzialmente possono svolgere attività di cura informale è catturato da una variabile che assume valore 1 se l'intervistata/o soffre di problemi fisici che ne impediscono la normale attività.

Con riferimento al *care recipient*, è noto che il deterioramento dello stato di salute dell'anziano genitore è uno dei maggiori predittori di cure non solo formali ma informali (BOLIN ET AL. 2008). SHARE fornisce informazioni sulla salute dei genitori assistiti. Sono i figli stessi a valutare lo stato di salute dei genitori, attraverso 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'DONNEL ET AL. 2008), è stata costruita una variabile binaria con valore 1 se l'intervistato/a ha dichiarato durante l'indagine campionaria che i genitori godono di salute «ottima, molto buona o buona» e valore 0 se i genitori soffrono di uno stato di salute cattivo o molto cattivo.

È stata infine costruita una variabile dicotomica che coglie le caratteristiche dell'area di residenza dell'intervistata/o: tale indicatore assume valore 1 se l'intervistata/o risiede in un'area rurale ed è utilizzato come *proxy* delle difficoltà ad accedere ai servizi di LTC formale.

Le statistiche descrittive delle variabili indipendenti suddivise per le quattro macro-aree sono riportate nelle Tabelle 2-5.

Tabella 2. Statistiche descrittive per il Nord Europa

Variabile	Intero campione		Non <i>Informal Caregiver</i>		<i>Informal Caregiver</i>	
	Media	Dev. Standard	Media	Dev. Standard	Media	Dev. Standard
donna	0,58	0,49	0,57	0,50	0,62	0,49
età	55,03	3,66	54,82	3,61	56,02	3,74
reddito (in euro)	55.975,14	50.475,49	57.289,44	54.040,06	50.001,05	28.550,50
pensionato	0,09	0,29	0,08	0,27	0,15	0,35
occupato	0,81	0,39	0,82	0,38	0,78	0,41
disoccupato	0,04	0,19	0,04	0,20	0,04	0,19
casalinga	0,06	0,23	0,06	0,24	0,04	0,19
istruzione bassa	0,06	0,24	0,07	0,25	0,02	0,13
istruzione media	0,53	0,50	0,51	0,50	0,60	0,49
istruzione alta	0,41	0,49	0,42	0,49	0,38	0,49
single	0,18	0,39	0,18	0,38	0,20	0,40
figlio unico	0,31	0,46	0,32	0,47	0,27	0,45
figli minorenni	0,21	0,41	0,22	0,42	0,15	0,35
nipoti	0,42	0,49	0,39	0,49	0,53	0,50
genitore vive entro 1 km	0,13	0,34	0,12	0,32	0,20	0,40
genitore vive entro 25 km	0,44	0,50	0,39	0,49	0,64	0,48
genitore vive oltre 25 km	0,47	0,50	0,52	0,50	0,22	0,41
salute dei genitori	0,55	0,50	0,57	0,50	0,47	0,50
vive in area rurale	0,21	0,41	0,21	0,41	0,24	0,43
limitazioni attività	0,28	0,45	0,30	0,46	0,20	0,40
N	1.525		1.250		275	

Fonte: nostre elaborazioni su dati SHARE.

Tabella 3. Statistiche descrittive per il Centro Europa

Variabile	Intero campione		Non <i>Informal Caregiver</i>		<i>Informal Caregiver</i>	
	Media	Dev. Standard	Media	Dev. Standard	Media	Dev. Standard
donna	0,55	0,50	0,52	0,50	0,63	0,48
età	55,23	3,78	55,19	3,82	55,39	3,65
reddito (in euro)	46.163,17	50.935,43	46.583,22	52.824,27	44.610,06	43.237,00
pensionato	0,16	0,36	0,14	0,34	0,23	0,42
occupato	0,68	0,47	0,69	0,46	0,61	0,49
disoccupato	0,08	0,27	0,07	0,26	0,10	0,30
casalinga	0,09	0,29	0,10	0,30	0,07	0,25
istruzione bassa	0,11	0,31	0,12	0,33	0,07	0,25
istruzione media	0,54	0,50	0,53	0,50	0,59	0,49
istruzione alta	0,35	0,48	0,35	0,48	0,34	0,48
single	0,26	0,44	0,25	0,44	0,29	0,45
figlio unico	0,50	0,50	0,49	0,50	0,57	0,50
figli minorenni	0,16	0,37	0,18	0,38	0,10	0,30
nipoti	0,48	0,50	0,48	0,50	0,49	0,50
genitore vive entro 1 km	0,16	0,37	0,12	0,33	0,29	0,45
genitore vive entro 25 km	0,44	0,50	0,41	0,49	0,56	0,50
genitore vive oltre 25 km	0,42	0,49	0,49	0,50	0,18	0,38
salute dei genitori	0,60	0,49	0,64	0,48	0,45	0,50
vive in area rurale	0,32	0,47	0,31	0,46	0,34	0,47
limitazioni attività	0,23	0,42	0,22	0,41	0,28	0,45
N	3.570		2.810		760	

Fonte: nostre elaborazioni su dati SHARE.

Tabella 4. Statistiche descrittive per il Sud Europa

Variabile	Intero campione		Non <i>Informal Caregiver</i>		<i>Informal Caregiver</i>	
	Media	Dev. Standard	Media	Dev. Standard	Media	Dev. Standard
donna	0,55	0,50	0,50	0,50	0,72	0,45
età	54,98	3,56	54,75	3,42	55,92	3,95
reddito (in euro)	26.824,44	23.354,95	27.054,01	24.257,81	25.893,09	19.259,31
pensionato	0,12	0,33	0,10	0,30	0,23	0,42
occupato	0,60	0,49	0,64	0,48	0,43	0,50
disoccupato	0,04	0,20	0,04	0,20	0,03	0,18
casalinga	0,24	0,43	0,22	0,42	0,31	0,46
istruzione bassa	0,26	0,44	0,24	0,43	0,30	0,46
istruzione media	0,50	0,50	0,51	0,50	0,46	0,50
istruzione alta	0,24	0,43	0,24	0,43	0,24	0,43
single	0,17	0,37	0,17	0,38	0,16	0,37
figlio unico	0,38	0,48	0,37	0,48	0,41	0,49
figli minorenni	0,16	0,37	0,17	0,38	0,14	0,34
nipoti	0,31	0,46	0,31	0,46	0,30	0,46
genitore vive entro 1 km	0,35	0,48	0,29	0,45	0,60	0,49
genitore vive entro 25 km	0,40	0,49	0,41	0,49	0,33	0,47
genitore vive oltre 25 km	0,26	0,44	0,31	0,46	0,09	0,29
salute dei genitori	0,56	0,50	0,61	0,49	0,40	0,49
vive in area rurale	0,17	0,38	0,16	0,37	0,22	0,41
limitazioni attività	0,15	0,36	0,14	0,35	0,19	0,40
N	2.225		1.785		440	

Fonte: nostre elaborazioni su dati SHARE.

Tabella 5. Statistiche descrittive per l'Est Europa

Variabile	Intero campione		Non Informal Caregiver		Informal Caregiver	
	Media	Dev. Standard	Media	Dev. Standard	Media	Dev. Standard
donna	0,58	0,49	0,55	0,50	0,73	0,45
età	55,52	3,87	55,48	3,89	55,70	3,79
reddito (in euro)	9.001,20	7.178,41	8.897,96	7.046,83	9.446,04	7.713,18
pensionato	0,29	0,46	0,29	0,45	0,32	0,47
occupato	0,57	0,50	0,59	0,49	0,48	0,50
disoccupato	0,09	0,29	0,08	0,27	0,14	0,34
casalinga	0,05	0,21	0,04	0,20	0,06	0,24
istruzione bassa	0,14	0,35	0,14	0,35	0,12	0,33
istruzione media	0,69	0,46	0,67	0,47	0,74	0,44
istruzione alta	0,17	0,38	0,18	0,39	0,14	0,34
single	0,25	0,44	0,25	0,43	0,27	0,45
figlio unico	0,10	0,30	0,11	0,31	0,09	0,28
figli minorenni	0,10	0,30	0,11	0,31	0,06	0,24
nipoti	0,60	0,49	0,59	0,49	0,64	0,48
genitore vive entro 1 km	0,26	0,44	0,19	0,40	0,53	0,50
genitore vive entro 25 km	0,48	0,50	0,50	0,50	0,41	0,49
genitore vive oltre 25 km	0,27	0,44	0,31	0,46	0,06	0,24
salute dei genitori	0,34	0,48	0,38	0,49	0,17	0,38
vive in area rurale	0,28	0,45	0,28	0,45	0,26	0,44
limitazioni attività	0,41	0,49	0,41	0,49	0,42	0,49
N	2.150		1.745		405	

Fonte: nostre elaborazione.

4. Profili di caregiver

Le variabili che, secondo l'algoritmo CART, risultano determinanti nel definire il profilo del *caregiver* europeo sono riportate nei Grafici 1-4 (rispettivamente per le quattro aree geografiche di residenza, Nord, Centro, Sud ed Est Europa).⁸

Prima di analizzare nel dettaglio i risultati relativi alle singole macroaree, ci sono almeno tre aspetti su cui vale la pena soffermarsi.

Anzitutto, dal Nord al Sud dell'Europa, il primo ramo dell'albero decisionale è sempre occupato dalla distanza chilometrica tra l'abitazione dell'intervistato e quella dei genitori che si posiziona al primo posto dell'ordine gerarchico delle variabili esplicative inserite nel modello CART. Una bassa distanza, nel nostro caso non più di 25 chilometri, facilita l'aiuto informale e permette di conciliare il supporto parentale con altri impegni familiari e/o

8. L'algoritmo CART presenta un limite: non consente di testare se esistono differenze statisticamente significative tra le quattro macro-aree.

lavorativi. È interessante notare che la soglia in termini chilometrici che discrimina tra i *caregiver* e i non *caregiver* è diversa tra le macroaree del Nord e del Centro Europa (*cut-off* fissato sui 25 chilometri) e i paesi del Sud e dell'Est Europa (*cut-off* fissato su 1 chilometro). Per tradizione nel Sud Europa gli anziani hanno con il familiare un rapporto di quasi convivenza, ossia vivono in prossimità abitativa con contatti frequenti. La vicinanza nasconde un'implicita responsabilità a prendersi cura dei familiari. Infatti, è tra coloro che vivono a meno di 1 km dall'abitazione dei *care recipient* (nel nostro campione il 35% degli intervistati, una percentuale molto elevata rispetto alle altre macroaree⁹) che si conta la percentuale più alta di *caregiver* circa il 34% contro il 12% del gruppo i cui genitori vivono ad una distanza superiore. Inoltre, questo risultato potrebbe essere spiegato in termini di un più elevato costo opportunità del tempo nel Sud e nell'Est dell'Europa: in questi paesi il lavoro di cura svolto gratuitamente dai familiari non è adeguatamente riconosciuto e non può contare su ampi strumenti di tutela giuridica soprattutto per chi è inserito nel mercato del lavoro.¹⁰

Secondo, nella definizione dello status di *caregiver* lo stato di salute dei genitori e il ruolo del primogenito, su cui spesso ricade la responsabilità di cura dei genitori, sono selezionate dall'algoritmo CART e si ripetono in ciascuna della quattro macroaree ma si presentano secondo un differente ordine gerarchico che conferma l'esistenza di un gradiente legato all'area di residenza.

Terzo, il modello dei *caregiver* residenti nei paesi dell'Europa dell'Est, rappresentati nel nostro campione dalla Repubblica Ceca e dalla Polonia, mostra una forte similitudine con quello dei paesi Mediterranei. In particolare, le donne, che non compaiono nel modello di cura che caratterizza i paesi del Nord e dell'Europa continentale, sembrano svolgere un ruolo sostitutivo che copre le carenze del sistema di LTC in caso di disabilità dei genitori (si veda Tabella 1). Anche quando le donne avrebbero la possibilità di accedere più facilmente ai servizi di sostegno formale perché residenti in aree non rurali, il nostro modello segnala che sono ancora loro ad occuparsi dei genitori malati. Il ruolo impegnativo della donna emerge anche nel Sud dell'Europa. Tra uomini e donne che partecipano al mercato del lavoro è più spesso la donna che si assume la responsabilità della cura dei familiari anziani.¹¹

10. Nel 2003 la Corte di Giustizia europea con la «sentenza Coleman» ha stabilito il divieto di discriminazioni per ragioni di disabilità non solo nei confronti del disabile ma anche verso chi l'assiste. La Direttiva comunitaria 78 del 2000, che afferma questo principio, è stata recepita in Italia ma, oltre a trovare difficile applicazione in pratica, non è estesa alla cura degli anziani che soffrono di non autosufficienza e ai loro *caregiver*.

11. Un limite della procedura CART è l'impossibilità di testare se le differenze tra macro-aree sono statisticamente significative.

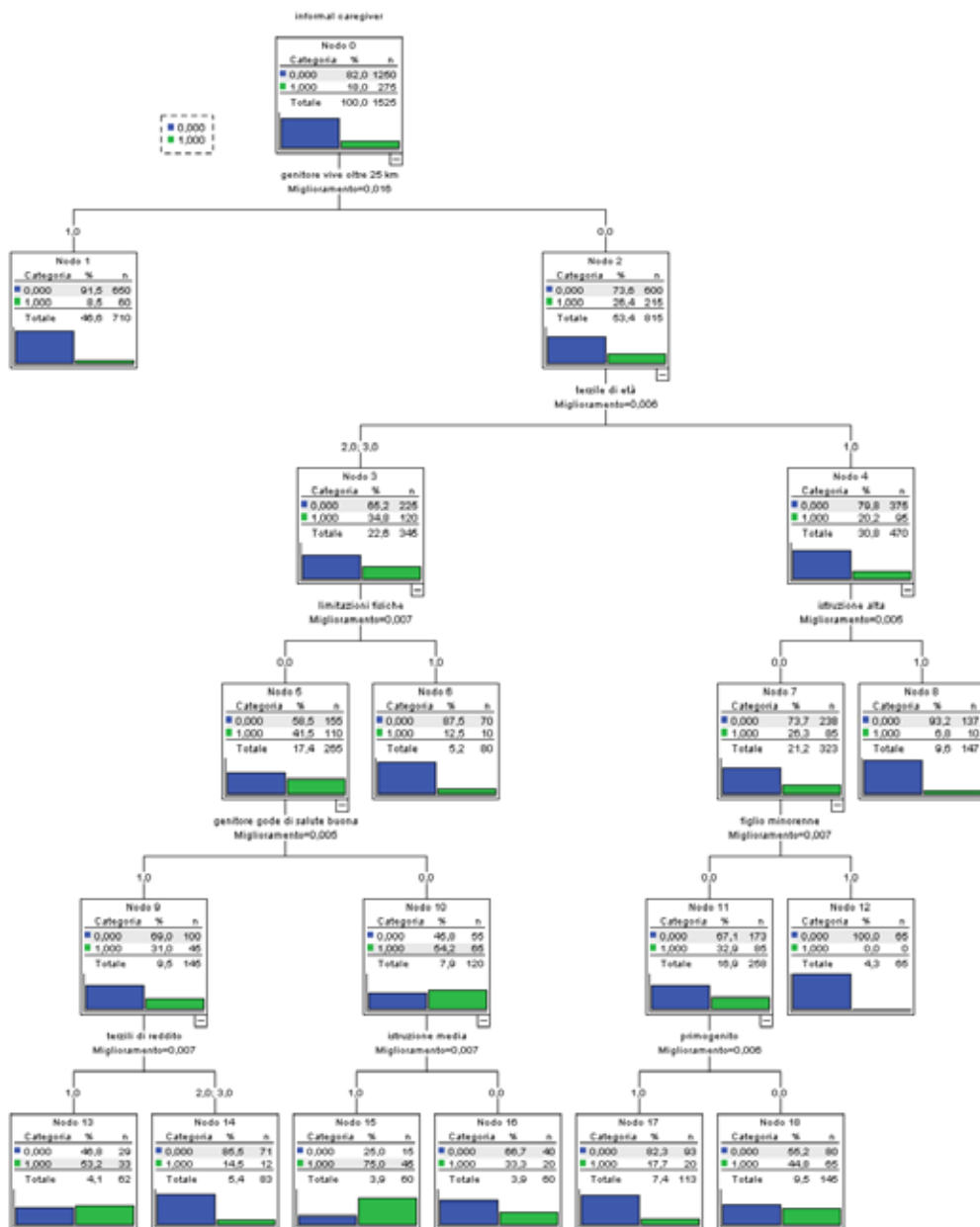


Figura 1. Risultati del modello CART per il Nord Europa

La Figura 1 riporta i risultati per i paesi del Nord Europa. Il 18% del campione fornisce cure e assistenza ai genitori anziani. Vivono a meno di 25 chilometri dell'abitazione dei genitori circa il 53% degli intervistati, di cui il 26% si dichiara *caregiver* contro l'8% degli intervistati che vive a più di 25 chilometri dall'abitazione del *care recipient*. Il tratto che caratterizza il profilo del *caregiver* è il fatto di essere mediamente meno giovane (55-65 anni), meno istruito (istruzione medio-bassa) e con un reddito inferiore (primo terzile) rispetto al non *caregiver*. L'occupazione non ha un effetto significativo nel predire la probabilità di essere *caregiver*: da una parte un sistema generoso di LTC che caratterizza i paesi del Nord consente la conciliazione del lavoro retribuito e del lavoro cura, dall'altra il lavoro di cura informale gode di una tutela che si estende anche al mercato del lavoro. Tra le variabili predittive non compare il genere. Infatti per tradizione nei modelli di cura de-familiarizzati tipici del Nord Europa non viene assegnato un ruolo deciso alla donna nell'attività di cura.

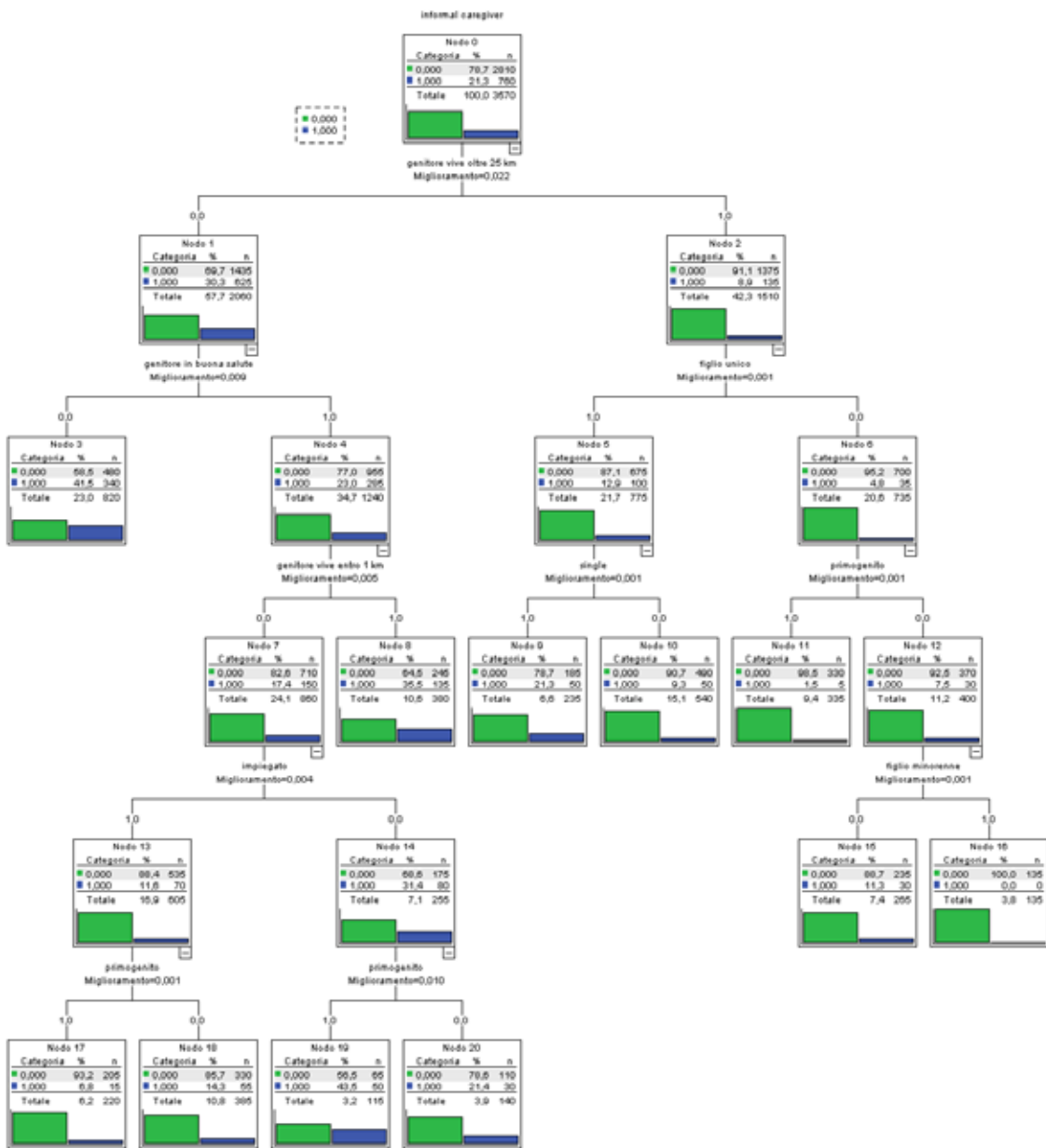


Figura 2. Risultati del modello CART per il Centro Europa

La Figura 2 mostra i risultati per l'Europa Continentale. Il 21% del campione si prende cura dei propri genitori. L'albero ha ancora come primo nodo figlio l'indicatore binario che misura la distanza chilometrica tra l'abitazione dell'intervistato/o e l'abitazione dei genitori. La percentuale più elevata di *caregiver* ha almeno un genitore che vive a meno di 25 chilometri (82%) e, escludendo i casi in cui le cure sono richieste dal cattivo stato di salute di almeno un genitore/suocero, si tratta di individui che vivono in prossimità dell'anziano oppure di primogeniti fuori dalla forza lavoro.

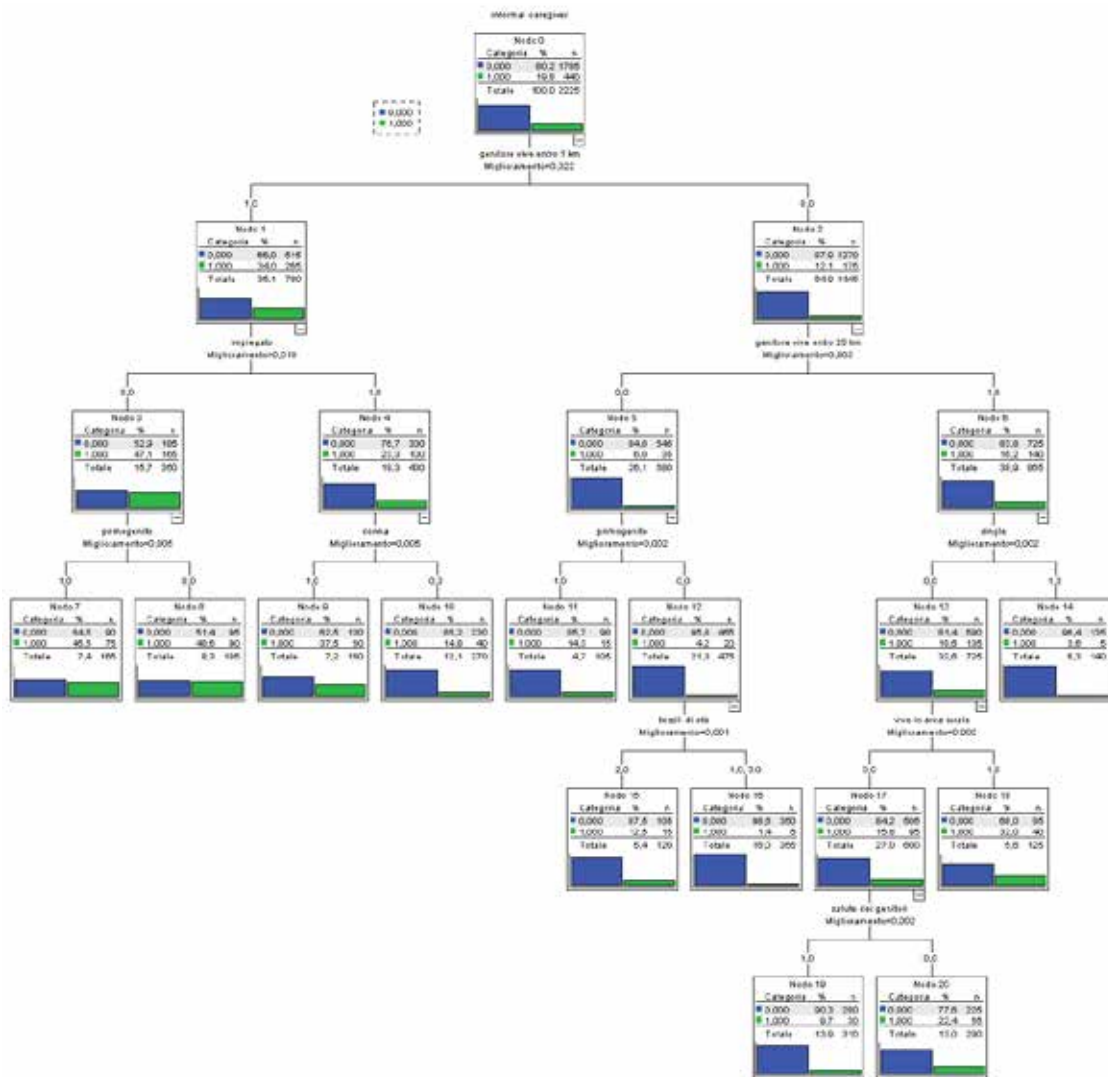


Figura 3. Risultati del modello CART per il Sud Europa

La Figura 3 mostra i risultati per i paesi dell'Europa del Sud. Tra gli intervistati che risiedono nei Paesi dell'Europa Mediterranea considerati dallo studio SHARE (Grecia, Italia e Spagna) il 19,8% si prende carico del lavoro di cura. Il modello distingue principalmente due gruppi: occupati e non (disoccupati, pensionati, casalinghe). La proporzione di *caregiver* è maggiore nel secondo gruppo e la responsabilità di cura ricade maggiormente sul primogenito. Nel gruppo di occupati invece è la donna a prendersi a prendersi principalmente carico dei familiari anziani.

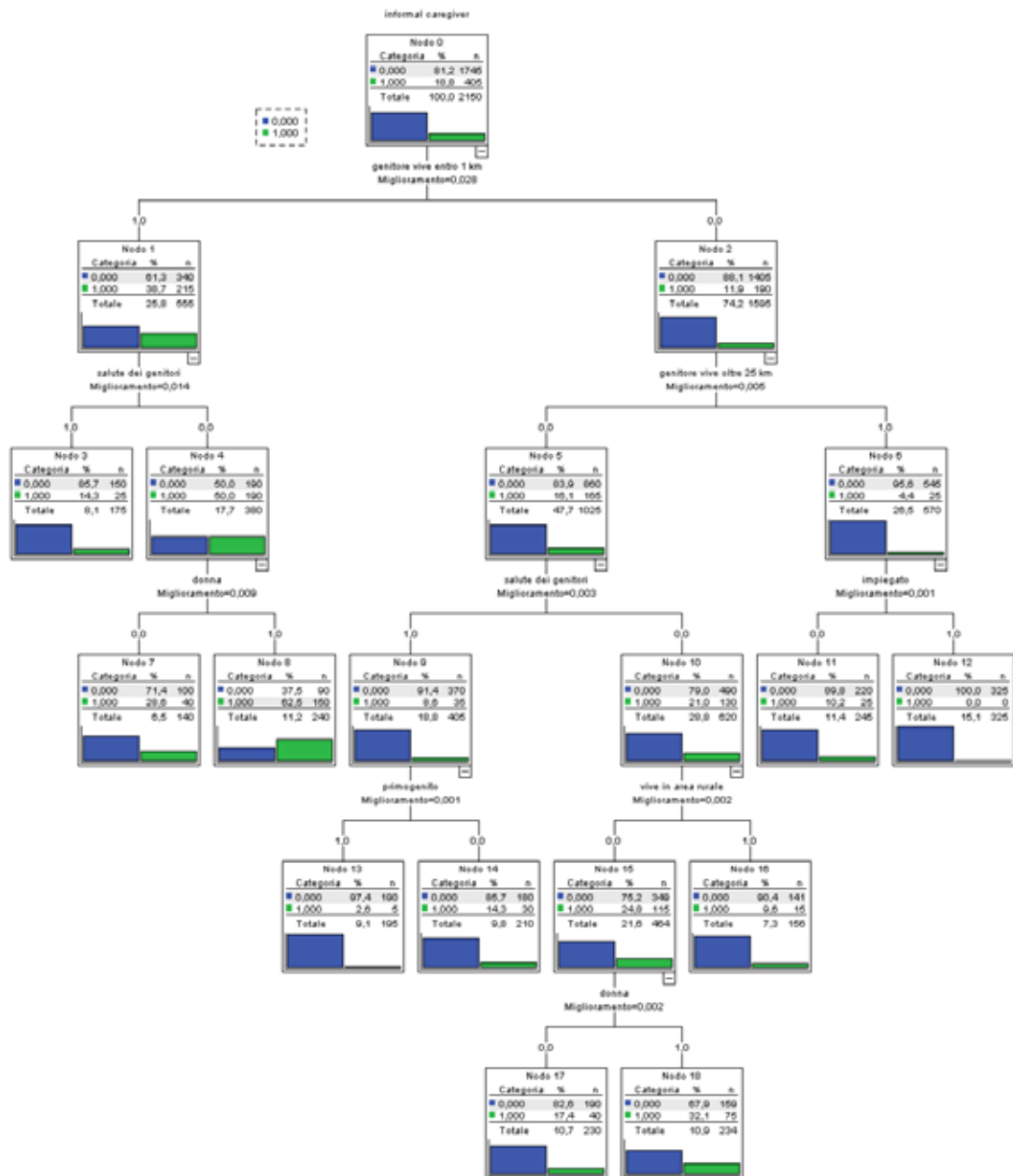


Figura 4. Risultati del modello CART per l'Est Europa

Infine, la Figura 4 mostra i risultati per i Paesi che appartengono all'area dell'Est Europa. La percentuale di intervistati che fornisce cure ai propri genitori è di circa il 19% del campione. Come anticipato, i risultati prodotti sono più simili all'area Mediterranea rispetto al Nord Europa e all'Europa Continentale. Va comunque evidenziato che il ruolo della donna nell'assistenza dei parenti anziani emerge quando i genitori/suoceri sono non autosufficienti perché malati.

5. Conclusioni

Dai dati SHARE risulta che, nei paesi delle macroaree considerate, una percentuale di circa il 20% di uomini e donne della generazione del *baby boomer* dedica una quota consistente del proprio tempo alla cura dei genitori non autosufficienti secondo un modello di solidarietà intergenerazionale familiare che include anche l'aiuto verso i figli, e, sempre più spesso, verso i nipoti. L'impegno simultaneo sul duplice fronte delle responsabilità di cura ha portato a definire gli *over 50* la *sandwich generation*.

In linea con la letteratura recente sui modelli di cura informali in Europa (BOLIN ET AL. 2008), i risultati della nostra analisi mostrano come nei paesi con sistemi di *welfare* meno generosi (paesi mediterranei e dell'Est Europa) il sostegno di aiuti informali della famiglia agli anziani genitori tende a colmare le carenze del sistema formale, qualificandosi in alcune occasioni come sostituto; mentre nei paesi del Nord e dell'Europa continentale esso si aggiunge ai servizi di cura e di assistenza sociale forniti dallo Stato.

Quando il lavoro di cura risulta sostitutivo del sistema formale, sono essenzialmente le donne, mogli, figlie o nuore, ad assumersi il pesante ruolo di *caregiver*. Tale evidenza emerge forte nei due paesi dell'Est Europa dove le risorse destinate al *Long Term Care* sono le più basse tra i paesi OECD considerati. A conferma, il modello CART, mostra che il profilo del *caregiver* predominante in questi paesi è quello della donna che vive in prossimità della famiglia d'origine e si prende carico dei genitori che soffrono di scarsa salute.

Nei paesi del Sud, il modello culturale che vede la donna come principale responsabile della cura familiare sembra prevalere sul *caregiver* che agisce come sostituto del sistema di cura formale. I nostri risultati mettono in evidenza che tra gli intervistati che svolgono un'attività lavorativa remunerata sono principalmente le donne che tendono a sacrificare la propria realizzazione professionale a favore della cura dei genitori/suoceri, secondo una suddivisione di ruoli tipica del modello del *breadwinner*.

Di contro, la dimensione di genere non appare determinante nel qualificare il profilo del *caregiver* informale nei paesi scandinavi e dell'Europa continentale. In questi paesi, come noto, il peso degli impegni domestici e familiari viene condiviso tra uomini e donne e la fornitura di cure non comporta un conflitto con la partecipazione femminile al mercato del lavoro.

I risultati del nostro lavoro sembrano quindi suggerire che quando la generazione del *baby boomer* transiterà nella fase dei grandi anziani la loro domanda di cura e assistenza potrà non trovare un'adeguata risposta specialmente in quei paesi dell'Europa mediterranea e dell'Est dove le «iniziative» della famiglia e il ruolo della donna come principale *caregiver* vengono date per scontate. Il progressivo e consistente aumento dei livelli di istruzione femminile, il cambiamento dei modelli culturali e della struttura familiare sono destinati a tradursi in un aumento della partecipazione delle donne al mercato del lavoro che, in assenza di misure adeguate e riconosciute a sostegno del loro lavoro di cura informale, determineranno una minore disponibilità a fornire assistenza ai parenti anziani, in particolare quelli che vivono fuori dall'ambito domestico. Pertanto i sistemi di *welfare* mediterranei hanno bisogno di essere «ricalibrati» per tener conto dei nuovi rischi sociali connessi al cambiamento demografico e alla difficoltà di conciliare lavoro e cura, vita professionale e vita familiare, specialmente per le donne (cfr., tra gli altri, BERTIN 2012; FERRERA 2005). L'esempio dei paesi del Nord Europa e, in parte, di quelli dell'Europa continentale, dimostra che una maggiore copertura dei bisogni sociali può essere combinata con la creazione di nuove opportunità di lavoro attraverso un sistema di servizi professionali a domicilio e misure rivolte a sostenere il lavoro di cura familiare.

I fatti sembrano tuttavia indicare che la direzione intrapresa dai paesi del Sud Europa e, tra quelli dell'Est, dalla Polonia è un'altra: alle donne impegnate sul mercato del lavoro si sostituiscono altre donne, in genere straniere e a basso costo, spesso conviventi con l'anziano fragile e non autosufficiente. La regia della gestione della cura rimane comunque all'interno della famiglia e, nella maggior parte dei casi, a carico della componente femminile della rete parentale, secondo il riprodursi del modello di cura *family centered*.

Bibliografia

- M. ALBERTINI, *Il contratto generazionale tra pubblico e privato. Equilibri e squilibri tra le generazioni in Italia*, «Polis», 22, 2008, pp. 221-242.
A. ANTONEN, J. SIPILÄ, *European social care services: is it possible to identify models?*, «Journal of European Social Policy», 6, 2, 1996, pp. 5-39.

- G. BERTIN (a cura di), *Welfare regionale in Italia*, Edizioni Ca' Foscari - Digital publishing, Venezia, 2012.
- F. BETTIO, J. PLANTENGA, *Comparing care regimes in Europe*, «Feminist Economics», 10, 1, 2004, pp. 85-113.
- F. BETTIO, G. SOLINAS, *Which European model for elderly care? Equity and efficiency in home based care in three European countries*, «Economia & Lavoro», 43, 2009, pp. 53-71.
- L. BREIMAN, J.H. FRIEDMAN, R.A. OLSHEN, C.J. STONE, *Classification regression trees*, Wadsworth International Group, Belmont, California, 1984.
- K. BOLIN, B. LINDGRENA, P. LUNDBORGA, *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.
- A. BÖRSCH-SUPAN, H. JÜRGES, (a cura di), *The Survey of health, ageing and retirement in Europe - Methodology*, Mannheim Institute for the Economics of Aging, Mannheim, 2005.
- L. CRESPO, P. MIRA, *Caregiving to elderly parents and employment status of European mature women*, Centro De Estudios Monerarios Y Financieros, Madrid, 1007, 2010.
- G. ESPING-ANDERSEN, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Princeton University Press, 1990.
- EUROSTAT, *Active ageing and solidarity between generations*, Statistical Books, Bruxelles, 2011.
- M. FERRERA, *Welfare state reform in Southern Europe*, Routledge, London, 2005.
- M.J. GIBSON, S.M. GREGORY, S.M. PANDYA, *Long term care in developed Nations: a brief overview*, Research Report, AARP Policy Institute, Washington DC, 2003.
- S. GOLINOWSKA, *The system of long-term care in Poland*, CASE Network Studies & Analyses, 416, 2010.
- K. HANK, S. STUCK, *Volunteer work, informal help and care among the 50+ in Europe*, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, Mannheim, 142, 2007.
- M. KNOEF, P. KOOREMAN, *The effects of cooperation: a structural model of siblings' caregiving interactions*, IZA, 5733, 2012.
- M. KOHLI, H. KÜNEMUND, J. LÜDICKE, *Family structure, proximity and contact*, in A. BÖRSCH-SUPAN, A. BRUGIVIANI, H. JÜRGES, J. MACKENBACH, J. SIEGRIST, G. WEBER (a cura di), *Health, ageing and retirement in Europe. First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Research Institute for the Economics of Aging, Mannheim, 2005.
- A. MARENZI, L. PAGANI, *The impact of elderly parents on labour market participation of Italian women*, «Rivista di Politica Economica», III, 2005, pp. 155-189.
- M. NALDINI, *Le politiche sociali e la famiglia nei paesi mediterranei. Prospettive di analisi comparata*, «Stato e Mercato», 1, 2002, pp. 73-100.
- M. NALDINI, *Le politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy*, Carrocci, Roma, 2006.
- O. O'DONNELL, E. VAN DOORSLAER, A. WAGSTAFF, M. LINDELÖW, *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data*, The World Bank, Washington DC, 2008.
- R.M. RUBIN, J. WHITE-MEANS, *Informal caregiving: dilemmas of sandwiched caregivers*, «Journal of Family and Economic Issues», 30, 2009, pp. 252-267.

-
- R. TRIFILETTI, *Nuove migranti, lavoro di cura e famiglie transnazionali*, in P.A. VIL-
LA (a cura di), *Generazioni flessibili. Nuove e vecchie forme di esclusione
sociale*, Carocci, Roma, 2007, pp. 148-169.

Abstract

Europeans are getting older. Population ageing will undoubtedly have important effects on the demand of formal and informal care, especially when the baby boomer generation will be retired and become the oldest-old age group. Who will take care of the increasing older and disabled population? We use data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) to investigate how Europeans aged between 50 to 65 provide care to elderly parents. Moreover we analyse whether there is a relationship between the informal care givers profile and their country of residence. The European comparison displays a remarkable homogeneity of family support to older parents even though the traditional North-South gradient highlights some important differences. In particular, our evidence confirms that informal elderly care is largely the responsibility of women in Southern and Eastern countries and the care obligations discourage the presence of women in the labour market.