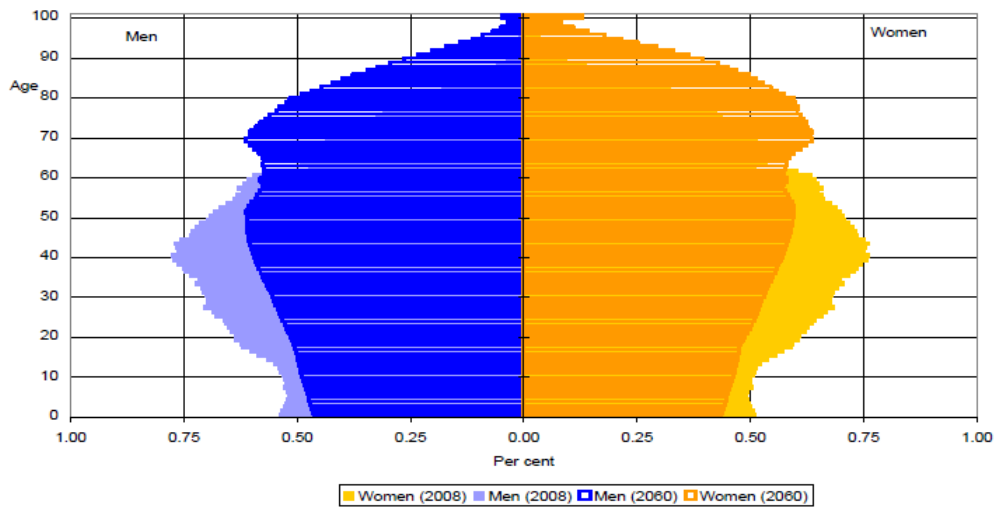


“Lavoro di Cura” in Europa: il Ruolo delle Donne

Cinzia Di Novi[♥]

L'Europa è soggetta ad un progressivo invecchiamento della sua popolazione: il crescente calo delle nascite ha ridotto la consistenza delle coorti di giovani generazioni e l'allungamento della speranza di vita ha posticipato il momento del decesso. La proporzione di anziani nella popolazione è più alta in Europa che in qualsiasi altro continente e il fenomeno dell'invecchiamento è un problema che si imporrà per tutto il secolo. Le previsioni per il 2060 che riguardano la dinamica demografica europea non sono incoraggianti (si veda la Figura 1): circa la metà della popolazione dei paesi EU-27 sarà ultracinquantenne (Eurostat, 2008).

Figura 1: Piramide dell'Età- Previsioni per il 2060.



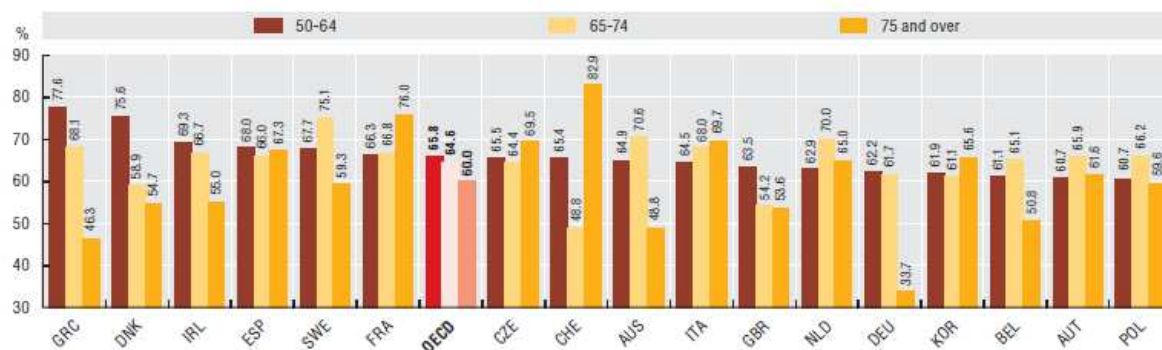
Source: Eurostat, EUROPOP2008 convergence scenario

All'interno del gruppo over-50 la generazione sandwich, vale a dire la generazione di uomini e donne, in particolare di donne, 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 alle generazioni di anziani più fragili. Il termine inglese è caregiver.

[♥] Università Ca'Foscari, Dipartimento di Economia, Venezia; e-mail: cinzia.dinovi@unive.it.

Tradotto, donatore di cura. Spesso, tuttavia, si potrebbe tradurre donatrice di cure poiché in molti casi è la donna che si dedica alla cura di un familiare non autosufficiente (si veda la Figura 2).

Figura 2: Share di Donne tra Tutti gli Informal Caregiver Over-50.



Source: OECD estimates based on the 2005-07 HILDA survey for Australia, the 2007 BHPS survey for the United Kingdom, the 2004-06 SHARE survey for other European countries and the 2005 KLoSA survey for Korea.

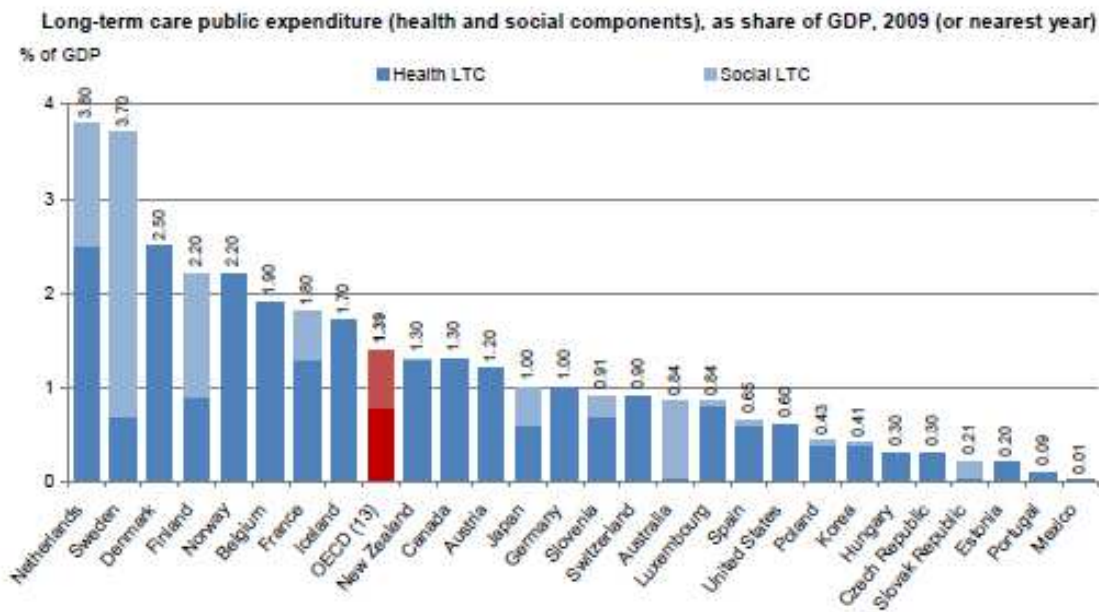
In questo breve articolo tracciamo il profilo della donna caregiver in Europa. Prendiamo in considerazione un campione di 1785 donne di età compresa tra i 50 e i 65 anni con almeno un genitore o suocero in vita al momento dell'intervista. I dati utilizzati permettono di evidenziare alcune differenze socioeconomiche e di salute tra donne care providers e donne che non forniscono cura ai genitori anziani in un'ottica Nord-Sud Europa. Seguendo Rubin et al. (2009), definiremo "caregiver" le donne che forniscono assistenza non formale a favore dei genitori anziani. Per assistenza intendiamo cure e lavoro domestico non formale. I dati sono tratti dal data base SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*), 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. Il disegno sui cui si fonda è riconducibile a quello dello studio americano Health and Retirement Study (HRS) e allo studio inglese English Longitudinal Study of Ageing.

I dati che utilizziamo sono basati sulla versione 2.5.0 della prima e della seconda indagine SHARE. Prendiamo in considerazione gli stati che appartengono a tre macro aree: Scandinava (Danimarca e Svezia), Europa centrale (Austria, Francia, Germania Svizzera, Belgio e Paesi Bassi), Area Mediterranea (Spagna, Grecia e Italia).

Nella definizione di caregiver utilizziamo una soglia. Infatti, SHARE permette di distinguere tra le donne forniscono assistenza ai genitori anziani che vivono in famiglia, per le quali si suppone che la cura avvenga giornalmente, e le donne che forniscono assistenza agli anziani al di fuori delle mura domestiche. Per queste ultime, SHARE fornisce informazioni sulla frequenza con cui l'assistenza viene fornita: giornalmente, ogni settimana, almeno tutti i mesi, e meno spesso. Per evitare di includere l'assistenza "occasionale" abbiamo escluso dal campione le donne che non forniscono aiuti su base giornaliera o settimanale. SHARE fornisce, inoltre, informazioni sulla salute dei genitori degli informal care providers. Sono le figlie stesse a valutare lo stato di salute dei genitori. E' stata costruita una variabile binaria "healthy/non-healthy" con valore 1 se la figlia ha dichiarato durante la survey che l'anziano genitore gode di salute ottima, molto buona o buona e zero in caso opposto. Inoltre, abbiamo costruito un indicatore che assume valore uno se almeno uno dei genitori, vivo durante la prima indagine, è deceduto nella seconda. Seguendo Bolin et al. (2008) in caso di decesso abbiamo assegnato valore uno all'indicatore di salute dei genitori. Abbiamo, infine, selezionato nel campione solo le donne i cui genitori soffrono di cattiva salute o che sono morti durante la seconda intervista utilizzando la morte durante la seconda indagine come *proxy* di cattivo stato di salute dei genitori.

Qui di seguito mostriamo alcune statistiche descrittive riguardo lo stato di salute delle donne e la loro condizione socio-economica. Il campione è stato suddiviso in macro-aree: Nord Europa (Danimarca, Svezia e Paesi Bassi), Europa Continentale (Austria, Francia, Germania, Svizzera e Belgio) ed Europa del Sud (Grecia, Italia e Spagna). Abbiamo raggruppato i paesi sulla base della "generosità" della spesa in Long Term Care (LTC) in rapporto al Pil, per questo motivo l'Olanda, che presenta una spesa in LTC maggiore rispetto agli altri paesi dell'Europa Continentale è stata inclusa tra i paesi Nordici che sono caratterizzati da una spesa del 2-3 per cento del Pil (si veda la Figura 3).

Figura 3: Spesa in LTC nei Paesi dell'OCSE come Share del PIL



Source: OECD Health Data 2011.

La Tabella 1 mostra la definizione delle variabili utilizzate. Le Tabelle 2 a), b) e c) mostrano invece condizione di salute psicologica misurata dall'indicatore eurod¹, salute percepita² e alcune variabili che catturano la condizione familiare e socio-economica delle donne intervistate. Il campione è suddiviso in macro-aree e tra care providers e non.

¹ La euro-d è una scala di valutazione della depressione sviluppata e validata dallo EURODEP Concerted Action Programme. La scala comprende 12 elementi: depressione, pessimismo, desiderio di morire, senso di colpa, disturbi nel sonno, mancanza di interessi, irritabilità, appetito, fatica, mancanza di concentrazione, assenza di divertimento, pianto. Gli item hanno lo stesso peso e sono valutati con punteggio 0 che corrisponde all'assenza del sintomo e 1 alla presenza del sintomo. Il punteggio totale va pertanto da 0 a 12. Ad un punteggio più elevato corrisponde un livello di depressione maggiore (Prince, et al.1999).

² La salute percepita è stata inferita impiegando un indicatore di benessere/malessere psicofisico misurato su una scala ordinale a cinque posizioni, dove 5 indica lo stato di salute peggiore e 1 il migliore. Il quesito è quello raccomandato dall'Oms: alla domanda «Come va in generale la sua salute?» l'intervistato risponde esprimendo un giudizio con una scala verbale a cinque valori (molto male, male, discretamente, bene, molto bene). Data l'assenza di equidistanza tra le cinque posizioni, come suggerisce la letteratura in materia, è stata costruita una variabile binaria con valore 0 se l'intervistato ha dichiarato di godere di salute molto buona, buona o discreta e 1 se il paziente ha riportato che la sua salute percepita è sufficiente o scarsa [O'Donnell et al. 2008].

Tabella 1: Definizione delle Variabili

Nome delle Variabili	Definizione delle Variabili
<i>Salute Psico-fisica</i>	
SAH	salute percepita
euro-d	scala di valutazione della depressione
<i>Variabili Demografiche</i>	
età	età in anni
area rurale	1 se vive in un'area rurale, 0 altrimenti
<i>Istruzione</i>	
anni di istruzione	anni di istruzione sulla base del sistema ISCED-97
<i>Composizione della Famiglia e Stato Maritale</i>	
figli in casa	1 valore uno se almeno uno dei figli vive ancora in casa , 0 altrimenti
numero di figli	numero di figli
nipoti	1 se ha nipoti, 0 altrimenti
num. sorelle e/o fratelli	numero di fratelli e/o sorelle
single	1 se single, 0 altrimenti
sposato o convive	1 se vive con marito o compagno, 0 altrimenti
<i>Occupazione e Reddito</i>	
occupato I wave	1 se occupato durante la prima intervista, 0 altrimenti
reddito	reddito annuale familiare (in euro)
<i>Depressione durante la I wave</i>	
Depressione I wave	1 se depresso durante la prima indagine, 0 altrimenti
<i>Informal Care Status - Prima Indagine</i>	
informal caregivers I wave	1 se caregiver durante la prima indagine, 0 altrimenti

Dalle statistiche descrittive emerge che le donne che forniscono cura agli anziani genitori tendono ad essere meno giovani (in media 58 anni vs. 57), essere ancora impiegate (circa l'80% lavorava al momento della prima intervista e lavora durante la seconda anche se sono meno le donne che lavorano tra i care providers in particolare al Sud) . Le donne caregivers hanno reddito più elevato al Nord, meno al Centro e al Sud. In generale tendono ad avere un migliore livello di salute sia psicologica che fisica; 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: le donne con figli a carico tendono infatti ad essere concentrate al Sud e la percentuale di donne che si occupa di figli è più elevata tra coloro che forniscono assistenza ai genitori.

Tabella 2: Statistiche Descrittive

a)

Nord

Nome Variabile	Campione Totale		Informal Care		No Informal Care	
	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.
<i>Variabile Dipendenti</i>						
SAH	0.833	0.373	0.938	0.243	0.781	0.414
euro-d	1.839	1.841	1.133	1.180	2.175	2.000
<i>Controlli</i>						
depressione I wave	0.314	0.465	0.033	0.180	0.206	0.405
Informal care I wave	0.333	0.418	0.767	0.424	0.111	0.315
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 convive	0.806	0.396	0.900	0.301	0.762	0.427
lavorava I wave	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	43912.910	29312.880	52360.900	39086.750	39890.060	22235.590
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	

b)

Centro

Nome Variabile	Campione Totale		Informal Care		No Informal Care	
	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.
<i>Variabile Dipendenti</i>						
SAH	0.772	0.420	0.878	0.328	0.721	0.449
euro-d	2.113	1.928	1.949	1.872	2.188	1.952
<i>Controlli</i>						
depressione I wave	0.177	0.382	0.231	0.422	0.153	0.360
Informal care 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	42433.960	36883.770	35938.300	37354.550	45414.330	36322.470
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	

c)

Sud						
Nome Variabile	Campione Totale		Informal Care		No Informal Care	
	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.	Media	Dev. Std.
<i>Variabile Dipendenti</i>						
SAH	0.718	0.450	0.735	0.442	0.713	0.453
euro-d	2.193	2.247	2.545	1.866	2.084	2.343
<i>Controlli</i>						
depressione I wave	0.314	0.465	0.273	0.447	0.327	0.470
Informal care 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 convive	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	22530.200	25067.450	21094.330	12804.350	22973.040	27773.240
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	

Molto spesso sono le “figlie” a svolgere gratuitamente il lavoro di cura che solo in alcuni Stati dell’Europa, in particolare tra i Paesi del Nord, può contare su strumenti di tutela che riconoscono il valore di questo impegno non solo per la famiglia ma anche per la stessa collettività. Nei Paesi dove tale tutela è pressochè inesistente (pensiamo ai Paesi Mediterranei dove inoltre la spesa in Long Term Care-LTC- è decisamente inferiore rispetto a quella dei paesi Scandinavi e dell’Europa continentale e dove sono le famiglie a farsi principlamente carico della cura degli anziani) il legame “figlia-genitore anziano” rischia di essere un rapporto a doppio filo in cui la donna diventa l’assistente e la vittima del genitore anziano. L’invecchiamento infatti è spesso associato ad un progressivo deterioramento dello stato di salute degli anziani caratterizzato da malattie cronicodegenerativo e da non autosufficienza. Le cure giornaliere e continuative potrebbero rappresentare un peso per la donna che, in pratica, diventa come una spugna e “assorbe” le sofferenze fisiche e psicologiche del malato in particolar modo dove il sistema “formale” di assistenza agli anziani è più debole.

Bibliografia

1. Rose M. Rubin & Shelley I. White-Means (2009) "Informal Caregiving: Dilemmas of Sandwiched Caregivers" *J Fam Econ Iss* 30:252–267.
2. www.share-project.org , “A Short Guide to SHARE”, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA)
3. Prince, M. J., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Fuhrer, R., Kivela, S. L., Lawlor, B. A., et al. (1999). Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale - Effect of age, gender and marital status in 14 European centers. *British Journal of Psychiatry*, 174, 339-345.
4. O. O'Donnell et al. (2008), "Analyzing Health Equity Using Household Survey Data", The World Bank, Washington DC.