

## CAPITOLO 11

## Assistenza domiciliare: invecchiamento della popolazione e cure formali e informali, il gradiente Nord-Sud Europa

Brenna E.<sup>1</sup>, Di Novi C.<sup>2</sup>

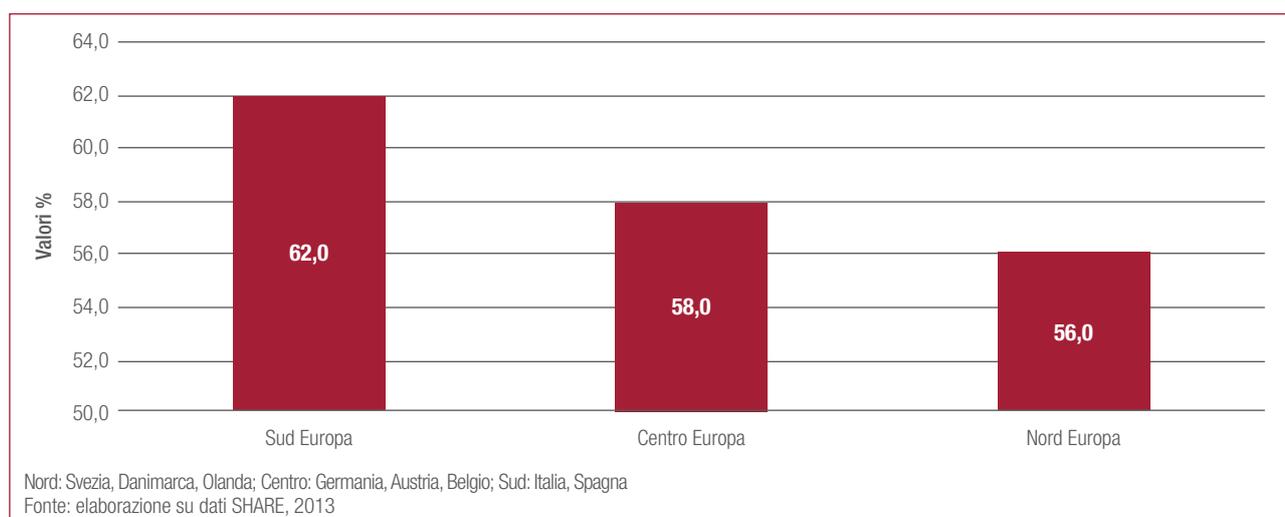
## 11.1. Introduzione

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, e 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: per quell'anno circa metà della popolazione dei Paesi UE sarà ultracinquantenne e gli *over 65* aumenteranno dall'attuale 18% (dati 2013) al 28% (Eurostat, 2015). All'interno del gruppo *over 50* la "generazione *sandwi-*

*ch*", vale a dire la generazione di individui impegnati simultaneamente sul duplice fronte delle responsabilità di cura verso i figli non ancora autonomi e i genitori anziani, giocherà un ruolo fondamentale nel fornire assistenza informale alle generazioni di anziani più fragili. Il termine inglese è *caregiver*. Tradotto, donatore di cura. Nella maggioranza dei casi, l'assistenza ai genitori anziani è lasciata alle donne, più flessibili sul fronte del lavoro e ritenute dalla collettività più adeguate nel farsi carico degli impegni domestici e familiari (Figura 11.1). Ciò è particolarmente valido per i Paesi del Sud Europa, caratterizzati da società tradizionalmente basate sull'unità familiare e su un patto di reciprocità intergenerazionale, che affonda le proprie radici su carenze in ambito sociale e istituzionale (Reher, 1998; Billari, 2004; EOP, 2010).

Fornire cure informali (ovvero assistenza non professionale) ai genitori anziani può essere particolarmente gravoso in termini di tempo e affaticamento fisico e psi-

Figura 11.1. Donne *caregiver* fra tutti i *caregiver* ultracinquantenni. Valori %, anno 2013 (o ultimo disponibile)



<sup>1</sup> Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano (Dipartimento di Economia e Finanza)

<sup>2</sup> Università degli Studi di Pavia (Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali)

cologico. Per quanto riguarda il tempo, questo il più delle volte è sottratto, volontariamente o per necessità, ad altre attività come il lavoro, la dedizione alla propria casa e ai figli o ai nipoti, il tempo libero.

Il capitolo prende spunto da queste considerazioni per analizzare le politiche assistenziali verso gli anziani non-autosufficienti in Italia e nel resto dell'Europa, focalizzandosi proprio sull'utilizzo delle cure formali e informali nelle diverse macro aree europee, che in via generale si riflette nel ruolo assistenziale delle istituzioni e della famiglia nelle rispettive società. Infatti, l'assistenza agli anziani è fornita in via prevalente da cure formali (vale a dire personale qualificato) nei Paesi del Nord Europa; man mano che ci si sposta verso Sud subentrano le cure informali, fino a giungere ai Paesi mediterranei, dove, nel 90% dei casi, gli anziani non-autosufficienti sono assistiti da personale non qualificato (Figura 11.2). La circostanza è spiegata in letteratura con la polarizzazione della società europea in due tipologie: le società *family-centred*, tipiche dei Paesi del Sud Europa, dove la famiglia supplisce da secoli alle carenze istituzionali in tema di *welfare* (ad es. mancanza di abitazioni e lavoro per i giovani, assistenza agli anziani e ai disabili) e le società *non-family centred*, tipiche dei Paesi Nordici, dove il sistema di *welfare* è particolarmente sviluppato e gode di finanziamenti adeguati. Tale polarizzazione affonda le sue radici in differenze culturali, sociali e reli-

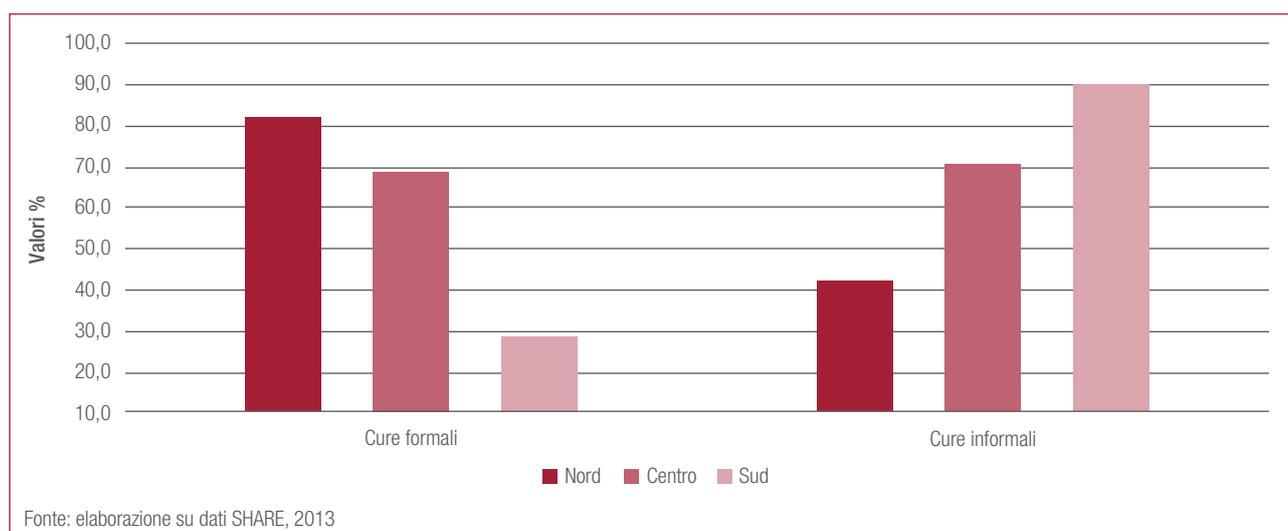
giose che da secoli caratterizzano e identificano le diverse macro-aree rispettivamente del Nord, Centro e Sud Europa<sup>3</sup> (Esping Andersen, 1990; Reher, 1998; Billari, 2004; EOP, 2010).

Nelle pagine che seguono, il paragrafo 2 descrive il fenomeno dell'invecchiamento in Italia, le principali cause e gli indicatori utilizzati, e fornisce un quadro comparativo con il resto dell'Europa; il paragrafo 3 illustra l'utilizzo delle cure formali e informali nei diversi Stati europei evidenziando le cause istituzionali e sociali che hanno portato a un modello europeo polarizzato; segue un paragrafo conclusivo sulle possibili politiche da implementare in Italia al fine di indirizzare il crescente bisogno di cure da parte della popolazione anziana.

## 11.2. L'Italia, un Paese che invecchia rapidamente

A partire dagli anni sessanta si è assistito in Italia ad un progressivo invecchiamento della popolazione. Da una parte il calo delle nascite, in costante decremento dopo il picco del *baby-boom*, ha ridotto la consistenza delle giovani generazioni, dall'altra i mutati stili di vita, uniti ai progressi della medicina, hanno favorito un allungamento dell'età media che vede l'Italia in seconda posizione rispetto agli altri Paesi europei, pre-

Figura 11.2. Quota di anziani 80+ che ricevono cure giornaliere o settimanali. Valori %, anno 2004



<sup>3</sup> Sono esclusi i Paesi dell'Est, essendo relativamente recente la loro partecipazione all'Unione Europea

Figura 11.3. Quota di popolazione anziana sulla popolazione totale – media italiana. Valori %, anni 1982-2014

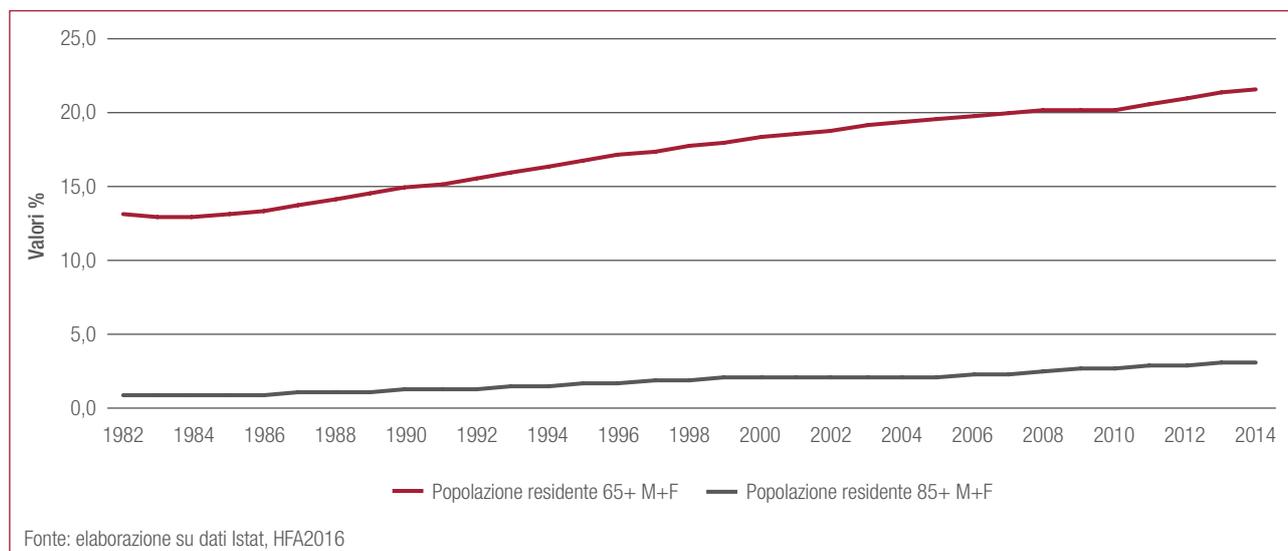
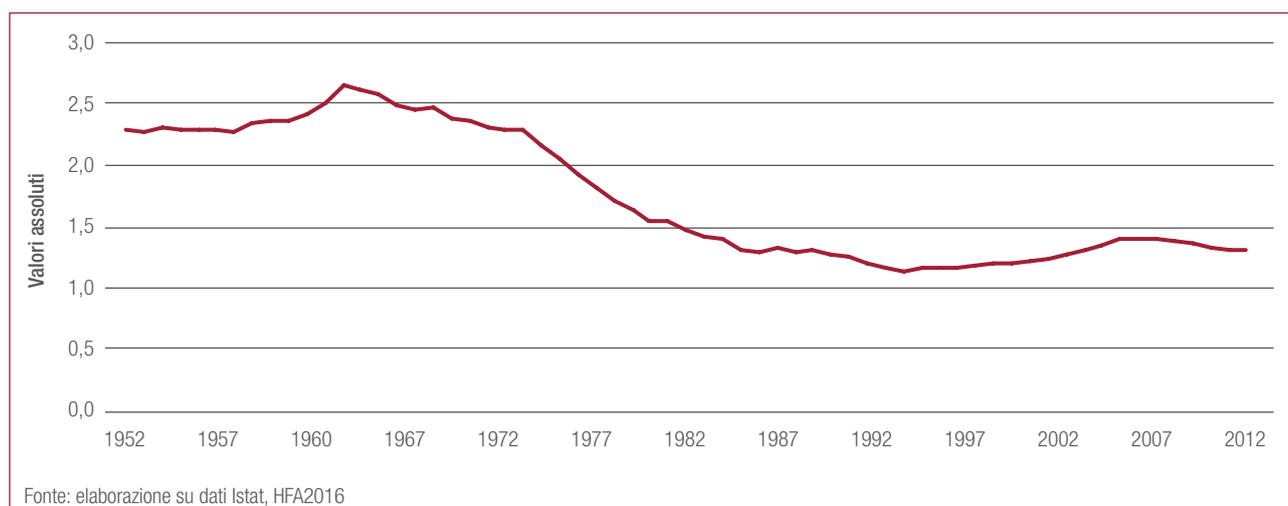


Figura 11.4. Numero medio di figli per donne in età fertile, anni 1952-2012

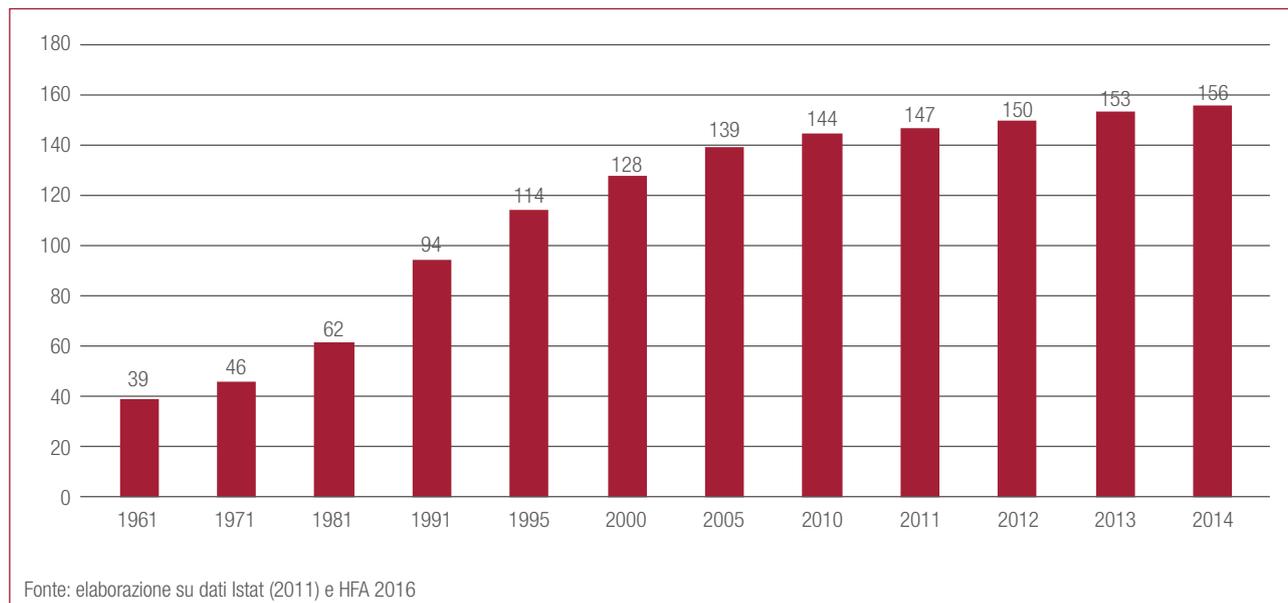


ceduta dalla sola Svizzera (Eurostat, 2015). La Figura 11.3 mostra rispettivamente la percentuale di italiani *over 65* e *over 85* su tutta la popolazione negli ultimi trent'anni. Si può notare come il peso relativo di queste due fasce di popolazione si sia andato incrementando ad un ritmo molto elevato. Per gli individui oltre i 65 anni di età si è passati da circa il 13% nel 1984, anno che vede la percentuale minore, a 21,5% nel 2014, mentre per i cosiddetti "grandi anziani" il valore è più che triplicato passando da 0,81% nel 1984 a 2,94% nel 2014. Se guardiamo al dato europeo, l'indicatore medio per la popolazione ultra sessantacinquenne si attesta sul 18% (Eurostat, 2015), a conferma di una

composizione della popolazione italiana maggiormente sbilanciata verso l'alto.

Contemporaneamente si è assistito ad un calo delle nascite, che viene efficacemente rappresentato dal numero medio di figli per donna in età fertile (Figura 11.4). Prendendo come riferimento ancora il picco del *baby-boom*, nel 1964 si registravano in media 2,7 figli per donna in età fertile, da allora il dato è andato calando a ritmi che negli anni settanta superano anche il - 6% annuo, fino a giungere ad un valore dimezzato nel 2014: 1,37 nati per ogni donna in età fertile rispetto ad una media europea di 1,59 (Eurostat, 2015). Da notare che gli anni post crisi economica hanno smor-

Figura 11.5. Indice di vecchiaia – Italia, anni 1961-2014



zato la lenta ripresa del nuovo secolo. Non è questa la sede per analizzare le cause del fenomeno, l'effetto ovviamente comporta un restringimento delle coorti di giovani generazioni e un ampliamento della fascia di individui che superano i 65 anni d'età. Bisognosi di cure negli anni a venire.

Un'ulteriore conferma di un'Italia che invecchia rapidamente, viene dall'indice di vecchiaia che misura, in valori percentuali, il rapporto tra la popolazione *over 65* e la popolazione fino a 14 anni di età: questo parametro passa da 39% nel 1960 a 156% nel 2014 (Figura 11.5). Se nel 1960 ogni cento bambini si contavano 39 anziani, nel 2014 per cento bambini sono presenti 156 anziani, il che significa sempre meno giovani nel prossimo futuro per curare anziani e "grandi anziani".

In termini comparativi, l'Italia invecchia più velocemente delle altre Nazioni europee. Nel 2013 solo la Germania mostra un indice di vecchiaia maggiore di quello italiano, il quale peraltro rimane molto al di sopra della media UE 28 (Figura 11.6). Questo *trend* purtroppo non sembra destinato a cambiare. Nel 2050 è previsto che un terzo degli italiani (circa il 34,3%) avrà più di 65 anni. Secondo le stime della World Health Organization (2014) saremo secondi solo al Giappone, il cui tasso di anziani raggiungerà il 35,3%. Gli ultra ottantacinquenni passeranno dal 3% al 10% della popolazione (saremo secondi ancora una volta solo al

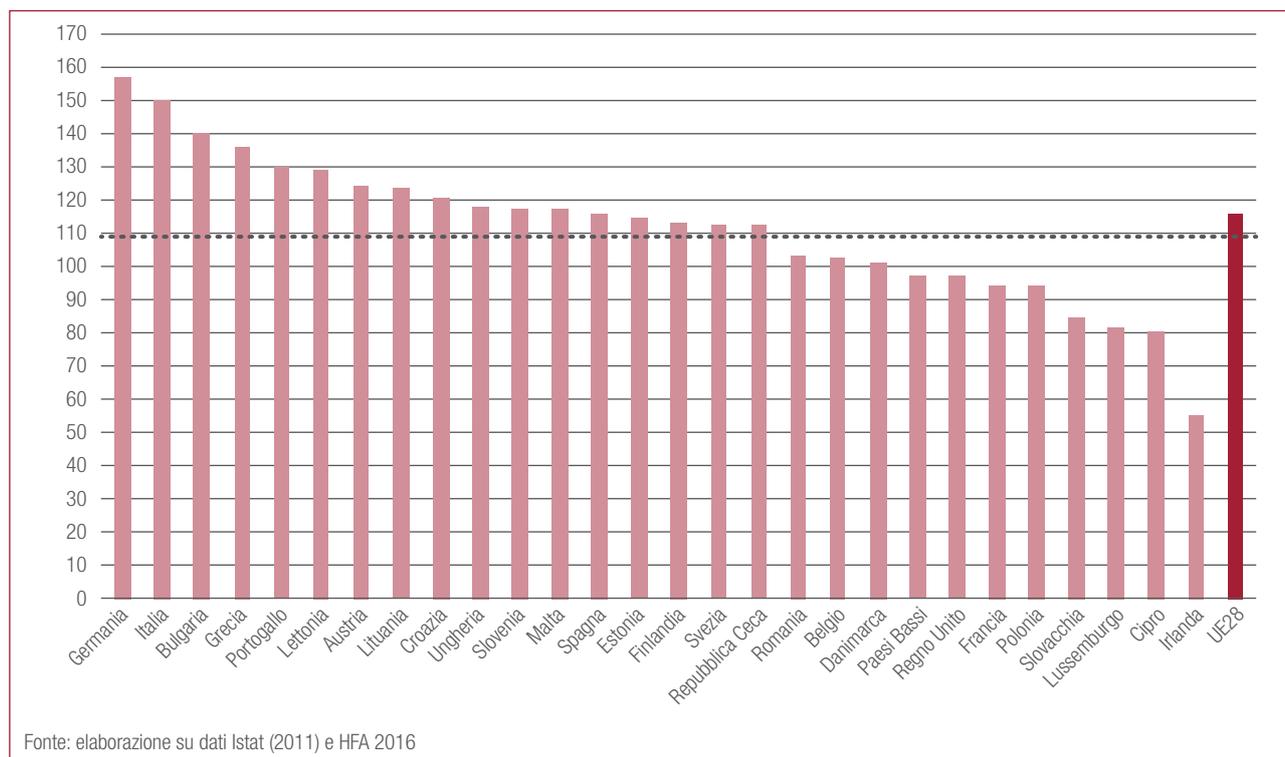
Giappone con il 14,1% e alla Svizzera con l'11,1% della popolazione totale).

### 11.3. Risposte formali e informali alla non-autosufficienza. Il gradiente Nord-Sud in Europa

L'invecchiamento della popolazione è associato ad un progressivo deterioramento dello stato di salute degli anziani, che nei prossimi anni inciderà sensibilmente sulla spesa sanitaria. Fra la popolazione anziana prevalgono patologie di tipo cronico-degenerativo, che, oltre a costi sanitari diretti, comportano problemi di non-autosufficienza, la quale si riflette nella necessità di assistenza in forma più o meno estesa (aiuti nelle attività quotidiane come lavarsi, vestirsi, etc., nei lavori domestici e nei compiti amministrativi, come pagare bollette, etc.) e più o meno continuativa (aiuto occasionale, settimanale, giornaliero, presenza costante).

Se l'Italia è stata caratterizzata fino ad oggi da una forte solidarietà inter-generazionale che ha garantito un'assistenza informale da parte delle generazioni più giovani nei confronti di quelle anziane più fragili, la dinamica demografica sopra evidenziata sembra metter in discussione questo modello di assistenza informale, con esiti, al momento, imprevedibili sulla

Figura 11.6. Indice di vecchiaia - Italia e altri Paesi europei, anno 2013



futura spesa sanitaria nazionale, nonché sul benessere delle famiglie.

Da decenni, diversi Paesi del Nord Europa si sono organizzati per affrontare con riforme istituzionali il problema della non-autosufficienza. In Svezia, ad esempio, il *Social Service Act*, implementato nel 1982 e riformato recentemente nel 2001, stabilisce la responsabilità finanziaria dello Stato e in particolare delle municipalità nella cura del soggetto anziano e riconosce l'importanza (tramite contributo economico) delle cure informali. La remunerazione economica del tempo dedicato alla cura di un familiare non-autosufficiente rappresenta un importante passaggio nell'identificazione di un bisogno che può essere soddisfatto attraverso il canale informale, ma, ameno nei Paesi che riconoscono l'importanza del *welfare* statale, dovrebbe essere garantito dalla presenza di cure formali.

Ed è su questo punto che si gioca la partita fra Nord e Sud Europa nell'affrontare la non-autosufficienza. La distribuzione delle cure formali e informali attraverso le tre macro aree europee, illustrata in Figura 11.2, offre lo spunto per analizzare gli interventi a favore della *Long Term Care* (LTC) in ogni Nazione, primo fra tutti la di-

sponibilità di risorse pubbliche destinate a questa tipologia di servizi. La Figura 11.7 mostra la percentuale di PIL dedicata da ogni Paese alla LTC: Olanda e Svezia dedicano rispettivamente 4,3% e del 3,2% del proprio PIL alla LTC mentre i Paesi mediterranei (Italia, Spagna, Portogallo e Grecia) sono concentrati sulla coda inferiore e investono percentuali che spaziano fra lo 0,2% e l'1%. Nonostante l'informazione si riferisca alle sole risorse impiegate in servizi sociali e socio-sanitari e non includa pertanto i *cash benefits* (in Italia l'indennità di accompagnamento aumenterebbe la percentuale all'1,5%), il divario Nord-Sud è evidente. I Paesi più generosi in termini di LTC sono quelli che presentano un modello di cura più formalizzato.

Un'ulteriore evidenza è rappresentata dalla Figura 11.8, relativa ad alcuni Paesi europei, che mostra il numero di posti letto ogni 1.000 abitanti dedicato alla LTC. Ancora una volta, Italia e Spagna, insieme all'Austria, rappresentano il fanalino di coda, mentre Svezia Finlandia e Olanda occupano i primi posti insieme al Belgio. In particolare l'Italia figura all'ultimo posto con circa 19 posti letto dedicati alla LTC ogni 1.000 anziani (*over 65*) con un tasso di crescita annuale dal 2000 in poi molto

Figura 11.7. Spesa pubblica sul PIL destinata alla Long Term Care - LTC (sanitaria e sociale). Valori %, anno 2013\*

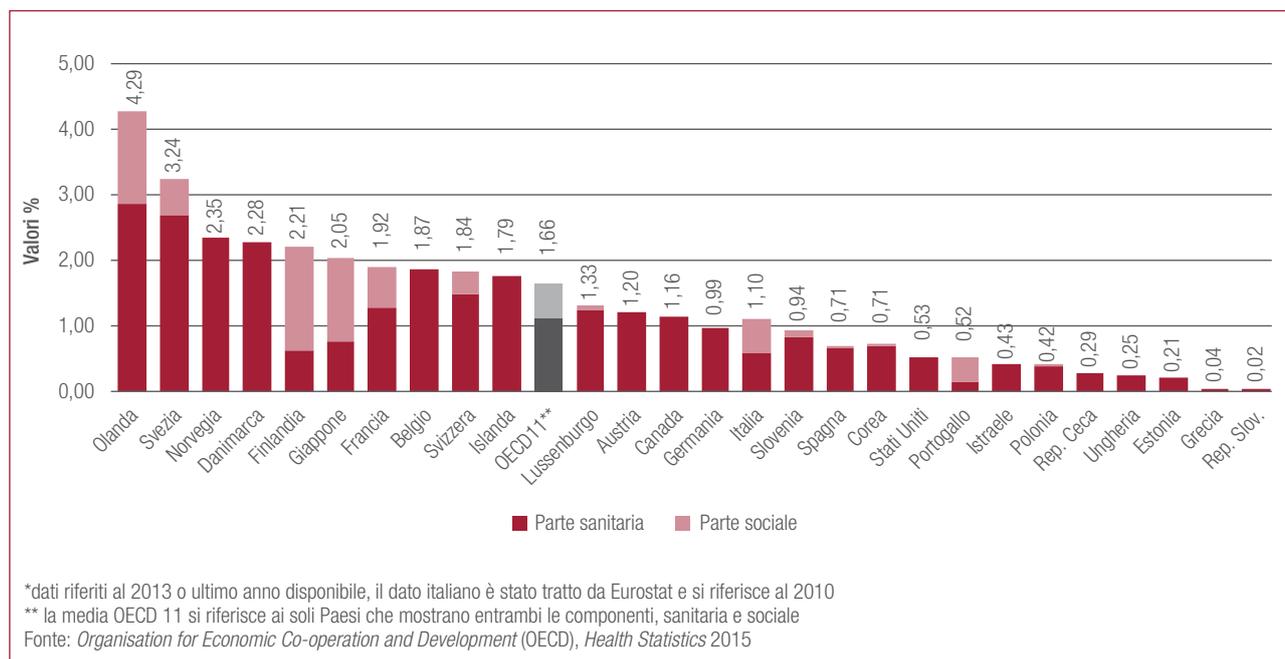
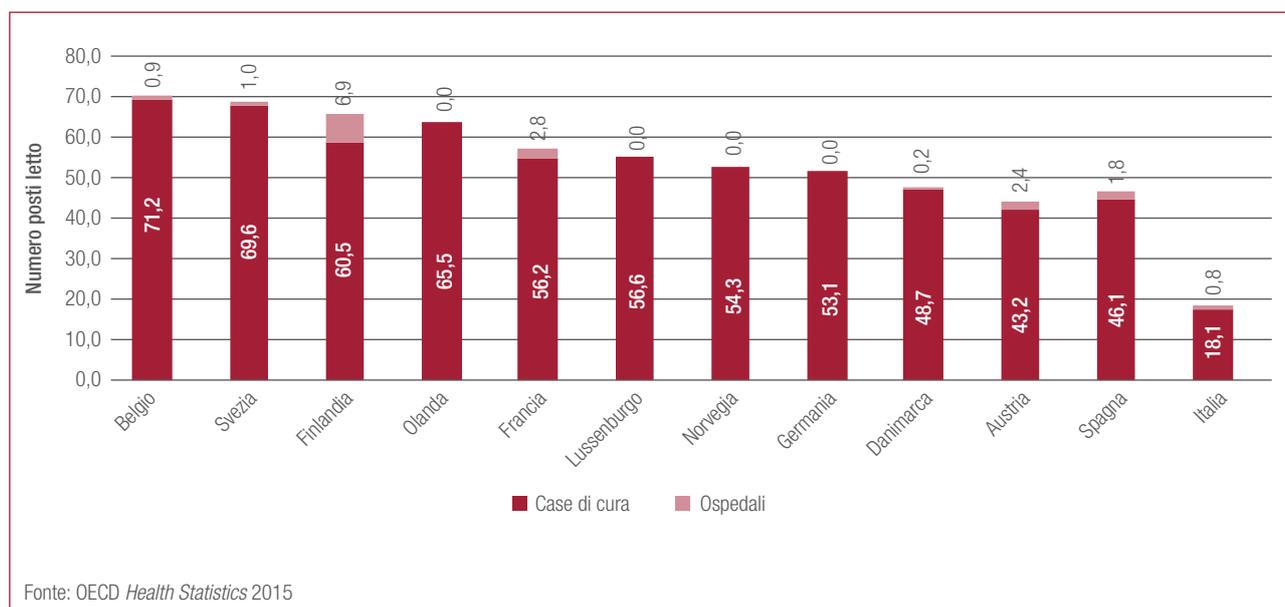


Figura 11.8. Numero di posti letto per la LTC ogni 1.000 abitanti over 65, anno 2013



basso (0,5%) se confrontato ad esempio con la Spagna (3,7% - dati OECD, 2015). Se si guarda ad un altro tipo di servizio rappresentativo delle cure formali, ovvero l'assistenza domiciliare, anche questa è molto diffusa in Danimarca, con punte che sfiorano il 30% di anziani interessati in questo servizio, seguita da Norvegia e Olanda, rispettivamente il 18% e il 12%; ancora una volta Spagna e Italia si attestano in fondo alla classifica

con il 3% di anziani assistiti a domicilio, seguite dalla Grecia che presenta valori al di sotto dell'1%.

Le evidenze riportate fanno emergere per i Paesi del Sud Europa un modello di cura ancora fortemente basato sul ruolo assistenziale della famiglia, che si rispecchia nella suddivisione dei Paesi europei formulata da Esping Andersen nel 1990 e ripresa da diversi autori negli anni seguenti (Bettio e Plantenga, 2004, Crespo e

Mira, 2010). 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 degli 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. Dal lato opposto, Nazioni come la Svezia e l'Olanda dedicano percentuali molto elevate di PIL per la cura degli anziani (vedi Figura 11.7). Queste risorse non sono destinate esclusivamente al sistema sanitario e socio-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, sotto specifiche condizioni (isolamento geografico o particolare fragilità del soggetto anziano), a remunerare i familiari che dedicano molto del loro tempo ai parenti anziani.

Fra le carenze nella gestione degli anziani genitori emerge, in maniera particolarmente marcata al Sud, la difficoltà da parte dei *caregiver* di coordinare il percorso di cura dei propri genitori, nella quasi totale assenza di indicazioni e coordinamento 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)<sup>4</sup> per la presa in carico dei soggetti anziani, con conseguenti processi di deresponsabilizzazione a livello locale (Brenna, 2015; EOP, 2010).

**Box - Generazione *sandwich* in Italia e Europa.  
Più attenzione alle donne *caregiver***

Un recente studio condotto da Brenna e Di Novi (2015) indaga il ruolo delle donne *caregiver* nell'assistere i genitori anziani. Gli obiettivi della ricerca sono due: primo, misurare il possibile effetto sulla salute mentale che la cura costante verso i genitori anziani può provocare sulle figlie *caregiver*, secondo verificare se il risultato varia spostandosi dai Paesi

del Nord a quelli del Sud Europa. Lo studio, basato sulle prime due indagini di SHARE (2004/5; 2006/7) riguarda 11 Paesi e 1.785 donne - fra i 50 e i 65 anni - che offrono assistenza continua, per almeno 20 ore settimanali, ai genitori anziani. Come è possibile immaginare, questo tipo di assistenza comporta rinunce, sia sul piano professionale che su quello personale, mettendo in gioco la salute fisica e soprattutto psicologica delle donne. In particolare, se l'assistenza ai genitori comporta la rinuncia ad un lavoro e/o se le *caregiver* sono simultaneamente occupate ad assistere figli/nipoti non ancora autonomi, il rischio di isolamento è alto. La salute mentale è stata misurata attraverso la scala di valutazione Euro-D, che comprende 12 parametri collegati alla salute psicologica, come ad esempio propensione al pianto e mancanza di appetito. I risultati mostrano la presenza di un gradiente Nord-Sud: l'impatto sulla salute mentale è negativo solo nel Sud Europa (Italia compresa), dove le donne che offrono cure continuative ai genitori anziani presentano una probabilità più alta dell'8% rispetto alle *non-caregiver* di soffrire di disturbi mentali. Questo effetto non è significativo per le donne dell'Europa del Nord e del Centro. L'effetto è ancora maggiore (10% di probabilità in più) se nella tipologia di assistenza si escludono gli aiuti domestici e si include solo l'assistenza più impegnativa (assistenza personale nel lavarsi, vestirsi, etc.). Un effetto ancora maggiore risulta nel caso si prendano in considerazione solo le *caregiver* che dedicano più di 20 ore la settimana all'assistenza informale. Questi risultati per i Paesi del Sud Europa dovrebbero far riflettere i rispettivi *policy maker* su un modello di cura *family centred* non più sostenibile dalle attuali generazioni di ultracinquantenni gravati simultaneamente dalle cure ai genitori anziani e dalle responsabilità verso i figli non ancora autonomi. Appunto, "generazione *sandwich*".

## 11.4. Discussione e conclusioni

Il quadro delineato, mostra un modello di cura degli anziani fortemente polarizzato a livello europeo. Nell'area

<sup>4</sup> 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

mediterranea, in Italia, è la famiglia che storicamente si fa carico dei bisogni dei familiari anziani, sia finanziariamente che in termini di assistenza. E sempre la famiglia supplisce alle carenze economiche delle nuove generazioni, gravate dalla difficoltà nel trovare lavoro, all'interno di un patto reciproco che riflette l'assenza strutturale di risposte istituzionali. Basti pensare che l'Italia è il Paese europeo (ad esclusione dell'Europa dell'Est) con la percentuale minore di *caregiver* formali (ovvero personale qualificato pagato) sul totale della popolazione ultracinquantenne, mentre la Svezia registra la percentuale maggiore. Come mostrano Brenna e Di Novi (si veda il *Box*), una figlia che debba assumersi la presa in carico parziale o totale di un genitore anziano, nell'assenza di una rete di supporto fornita dalle istituzioni, si trova a dover sostenere un carico fisico ed emozionale troppo gravoso. Al contrario i Paesi del Nord Europa da parecchie decadi hanno affrontato il problema degli anziani attraverso riforme istituzionali. In Svezia ad esempio è il Comune che per legge è responsabile dell'assistenza e del benessere degli anziani. In queste condizioni, una figlia può scegliere di assistere i genitori per attaccamento emotivo e non per necessità, consapevole di una rete di servizi che la possono supportare.

Certamente il supporto della famiglia è spesso fondamentale per mantenere un anziano all'interno delle proprie mura domestiche, ma quello che manca, almeno in Italia, è sia una rete di servizi sul territorio, sia e soprattutto un soggetto (medico di medicina generale, sportello di aiuto) che indichi all'anziano e al proprio *caregiver* quali sono i servizi a disposizione sul territorio e il canale per accedervi. Il fatto che la stessa Svezia abbia negli ultimi 15 anni diminuito notevolmente il numero di posti letto in case di cura con un tasso di decremento annuo pari al -2,2%, seguita da Olanda (-1,1%) e Danimarca (-0,9%), mentre Spagna e Italia siano andate nella direzione opposta (OECD, 2015), fa pensare ad una possibile convergenza dei modelli di cura dove, per problemi di lieve non-autosufficienza, l'assistenza domiciliare e i servizi presenti sul territorio rappresentano senz'altro la soluzione auspicabile. Il "welfare fai da te" nel nostro Paese ha portato le famiglie italiane a cercare aiuto nelle badanti, persone spesso senza una qualifica adeguata e purtroppo il più delle volte sfruttate sul piano lavorativo, perché non regolarizzate. Questo fat-

tore fa sì che non sia possibile fornire una stima corretta dell'aiuto formale, seppure non qualificato, che le badanti offrono nel nostro Paese.

Alcune regioni, come ad esempio la Lombardia (Legge regionale 15/2005), si stanno attivando per censire questo tipo di aiuto, e fornire a questa categoria di personale un *training* per l'assistenza agli anziani non-autosufficienti. Tuttavia il sistema sanitario e sociosanitario italiano è fortemente frammentato, perciò, oltre ad un allineamento con le politiche europee, servirebbe una omogeneizzazione dei servizi e delle direttive a livello nazionale.

## Riferimenti bibliografici

- Bettio F., Plantenga J. (2004), "Comparing care regimes in Europe", *Feminist Economics*, 10(1): 85-113
- Billari FC. (2004), "Becoming an Adult in Europe", *Demographic Research* special collection 3, article 2 published 17 April 2004: 15-44
- Brenna E. (2015), "Il finanziamento e la spesa", in (a cura di) Pasquinelli S., *Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia*, p. 109-133, Maggioli editore, ISBN 978-88916-1160-4 <http://www.maggioli.it/lombardiachecura/>
- Brenna E., Di Novi C. (2015), "Is caring for older parents detrimental to women's mental health? The role of the European North-South gradient", *Review of Economics of the Household*, May 2015- DOI 10.1007/s11150-015-9296-7- Print ISSN1569-5239, Online ISSN 1573-7152
- Crespo, L., Mira, P. (2010), *Caregiving to elderly parents and employment status of European mature women*. Madrid: WP CEMFI
- EOP - European Overview Paper (2010), *Informal care in the long-term care system*
- Esping-Andersen G. (1990), *The three worlds of welfare capitalism*. London, Polity
- Eurostat database (2016), <http://ec.europa.eu/eurostat/web/main/home>
- Eurostat (2015), *The 2015 Ageing Report*
- Istat (2016), *Health for All*
- Istat (2011), *Italia in cifre*
- Lombardia, Legge Regionale 25 maggio 2015, n. 15, *Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari*

OECD Health Statistics (2015), available on line, <http://www.oecd.org/>

OECD (2011), *Help wanted? Providing and paying for Long Term Care*, available on line: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/47884865.pdf>

Reher DS. (1998), "Family Ties in Western Europe: persistent contrasts", in *Population and Development Review*, 24: 203-234

World Health Organization (2014) *Methods for Life Expectancy and Healthy Life Expectancy*. Global Health Estimates Technical Paper

## ENGLISH SUMMARY

### *Home care: population ageing and formal/informal care, the Northern-Southern Europe gradient*

Over the past few decades in Europe, and particularly in Italy, progressive ageing of the population has been recorded. This is due to two parallel phenomena: an increase in life expectancy and a declining birth rate. The growing need of elderly care has been faced by European countries with different strategies that follow a North-South gradient and stem from social, cultural, religious and institutional factors (Esping Anderson, 1990, Bettio and Plantenga 2004, Reher, 1998; EOP, 2010).

In particular European countries from the Mediterranean basin, including Italy, rely on “family centred” models of welfare, where historically the family has shouldered the burden of looking after its older parents, both financially and in terms of assistance. Similarly, it is still the family that supports the new generations facing the lack of job opportunities, even if these generations have already left the family nucleus, in a reciprocal pact that reflects the structural absence of institutional answers (Billari, 2004). In northern Europe prevails a “non family centred” model: here, for the past few decades, elderly care has been managed through reforms that involve institutions taking charge of those who are not self-sufficient. The need of care is satisfied by the public sector, mainly through the supply of formal services (care provided to the elderly by paid and qualified personnel) and, residually, through the financial support of activities by informal caregivers (care provided for free by relatives, neighbours, friends). There is a North-South gradient across Europe in the distribution of formal/informal care for the elderly population: in northern Europe, the elderly over 80 who are not self-sufficient receive formal assistance in 82% of the cases; whereas the figure drops to 28% when one takes southern European countries into consideration. Vice-versa, nine elderly people out of ten receive informal care in Mediterranean countries and the said figure drops lower and

lower the more one moves northwards in Europe (see Figure 11.2 in the Italian chapter).

In the majority of cases, the family member who cares for the elderly is female since women are regarded as better suited to taking on home and family responsibilities. Moreover, amongst women, daughters are those who are most represented in the role of caregiver to parents over 80. And hence the term “sandwich generation” describing a generation of adults, and of women in particular, who are engaged on two fronts as caregivers for their elderly parents and for their children or grandchildren who are still not self-sufficient. Providing continuing care to one’s elderly parents may involve sacrifices in one’s career or leisure time, leading to risks of isolation or burnout suffered by the habitual caregiver. Particularly in the absence of a Long Term Care (LTC) network of services that might provide the caregiver with some support in the difficult assistance task. These are the results of a research conducted by Brenna and Di Novi (2015) on SHARE data. The study shows that caregiver daughters living in European Mediterranean countries, including Italy, have a 10% greater probability of suffering from mental disorders compared to their peers who do not provide care to their elderly parents. The figure increases when the care is of a particularly intensive nature (helping the elderly with their personal care, dressing and feeding them) and/or when the number of hours dedicated to care-giving increases on a weekly basis. Results are not significant for caregivers living in northern or central European countries, most probably as these countries rely on models of formal care supporting caregivers in their tasks. Indeed, while northern countries are characterised by generous and universal LTC systems, the percentage of resources addressed to LTC in southern European countries is on average very low. As a result, a woman living in northern Europe can freely choose to provide care to her parents

*more out of personal affection rather than actual necessity, as she is aware of the existence of an institutional support network. Whereas in Mediterranean countries there is no choice and hence a higher risk of isolation. Policies providing support to the caregiver, such as for example the possibility of receiving retribution for the time dedicated to one's parents, or the establishment of*

*"information desks" addressing the application for care of the elderly who are not self-sufficient, or even the activation of "respite care" offering a period of respite to the habitual caregiver who will temporarily be substituted by qualified personnel, should also be established in Italy in order to lessen the burden that family members taking care of an elderly relative are subjected to.*