

La sostenibilità del lavoro di cura Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna

Sintesi del progetto

ISSN 1591-223X
DOSSIER
106-2005



La sostenibilità del lavoro di cura

Famiglie e anziani non autosufficienti

in Emilia-Romagna

Sintesi del progetto

Politiche sociali

Redazione e impaginazione a cura di

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, marzo 2005

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Sistema comunicazione, formazione, documentazione

Viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/collidoss/index.htm>

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

La redazione del volume è stata curata da

Francesco Cossentino

Marina Innorta

dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Hanno partecipato al Progetto "Famiglie e lavoro di cura"

Francesco Cossentino coordinatore

Marzio Barbieri

Francesco Bertoni

Antonietta Di Giovannantonio

Marina Innorta

Liliana Tomarchio

dell'Area di programma Politiche sociali - Agenzia sanitaria regionale

Hanno collaborato e supportato la realizzazione del Sottoprogetto "L'offerta individuale di servizi di *care* domiciliare: il fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna"

Giovanni Mottura referente scientifico - Università di Modena

Mirna Cola ISFEL

Patrizia Grazioli ISFEL

Claudia Pometi ISFEL

Hanno fatto parte del Gruppo tecnico

Francesco Cossentino coordinatore - Agenzia sanitaria regionale

Mauro Alboresi CIGL - CISL - UIL

Raffaella Ansaloni Cooperativa sociale ADA, Bologna

Marzio Barbieri Agenzia sanitaria regionale

Francesco Bertoni Agenzia sanitaria regionale

Sirte Cornioli Comune di Reggio Emilia

Antonietta Di Giovannantonio Agenzia sanitaria regionale

Raffaele Fabrizio Assessorato Politiche sociali, Emilia-Romagna

Angela Ficarelli Provincia di Reggio Emilia

Andrea Garofani Consorzio servizi sociali di Imola

Rita Ghedini Cooperativa sociale CADIAI, Bologna

Marina Innorta Agenzia sanitaria regionale

Vanna Iori Provincia di Reggio Emilia

Carlo Nicoli Comune di Modena

Anna Piletti ACLI, Bologna

Ebe Quintavalla Provincia di Reggio Emilia

Liliana Tomarchio Agenzia sanitaria regionale

Paola Vitiello Caritas Bologna

Si ringraziano inoltre per la collaborazione Silvia Bollettini, Tiziana Dal Pra, Linda Gualdi, Simonetta Puglioli, Lorenza Salsi, Barbara Zaini, Enrica Zerbini.

Indice

Premessa	7
Introduzione	9
1. Gli anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna: le caratteristiche e le dimensioni della domanda di lavoro di cura	13
1.1. Le relazioni di cura	14
1.2. Le caratteristiche della domanda	15
2. La dimensione della non autosufficienza in Emilia-Romagna	19
3. Il lavoro di cura nel sistema di protezione formale	23
3.1. Le caratteristiche dell'occupazione	25
3.2. I trasferimenti monetari	28
4. Le dimensioni potenziali della domanda	31
5. Lavoro domestico e familiare	35
6. Le relazioni di cura: tra lavoro retribuito e non retribuito, regolare e irregolare	39
Nota metodologica	43
Riferimenti bibliografici	45

Premessa

Il volume ricomponne in un quadro di sintesi le maggiori evidenze emerse dalla realizzazione del progetto Famiglie e lavoro di cura, condotto nel triennio 2002-2004 dall'Area di programma Politiche sociali dell'Agenzia sanitaria regionale.¹

Tale progetto, ideato per fornire un contributo alla programmazione sociale regionale, ha individuato nel lavoro di cura un aspetto unificante e costituente di un'area di *policy*, come quella dei servizi socio-assistenziali, che in Italia storicamente si è caratterizzata come residuale e sussidiaria rispetto alla centralità della famiglia nelle attività di cura e, più in generale, nella sfera della riproduzione sociale.

Il progetto è stato articolato in tre parti:

- lavoro di cura, responsabilità familiari e domanda di servizi;
- sistema dei servizi pubblici e convenzionati;
- l'offerta dei servizi privati individuali.

Questa suddivisione riflette i tre principali contesti in cui il lavoro di cura viene erogato, una distinzione utile per sottolineare non solo la complessità dei bisogni e la molteplicità di forme sotto le quali il lavoro di cura si presenta, ma anche per cogliere e rendere esplicita la distribuzione delle responsabilità e dei compiti di cura nella produzione di benessere tra il sistema delle famiglie, il sistema di protezione pubblico e il mercato.

Le analisi sulla distribuzione delle responsabilità e dei compiti di cura, fornite dai contributi teorici ed empirici della letteratura sociologica ed economica di genere, costituiscono strumenti utili per evidenziare le tensioni che si generano sul lato della domanda e per esplicitare le caratteristiche strutturali del sistema di *welfare* italiano.

Il progetto è stato finalizzato a ricostruire le caratteristiche e le dimensioni della domanda di lavoro di cura per gli anziani non autosufficienti e a fornire strumenti di analisi specifici per il dibattito e le riflessioni che hanno preceduto l'introduzione del fondo regionale per la non autosufficienza (art. 51, LR 27/2004), e a cogliere e approfondire i problemi specifici dell'integrazione fra sistema socio-assistenziale e sistema sanitario.

¹ Nell'elaborazione di questo quadro di sintesi, particolarmente utili sono stati commenti e i suggerimenti emersi nel corso del seminario "La sostenibilità del lavoro di cura: famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna" organizzato dall'Agenzia sanitaria regionale a Bologna il 6 dicembre 2004. Si ringraziano in particolare Mauro Alboresi, Paolo Bosi, Graziano Giorgi e Giovanni Solinas.

I risultati delle diverse parti del progetto saranno prossimamente pubblicati in volumi specifici.

Come sopra accennato, il volume ha l'obiettivo di fornire un quadro di sintesi mettendo insieme tutti i pezzi del sistema che contribuiscono alla produzione del benessere degli anziani non autosufficienti. In particolare, esso si propone di:

- analizzare le caratteristiche e la dimensione della domanda di lavoro di cura per gli anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna;
- analizzare come tale domanda è sostenuta effettivamente dal sistema di protezione formale, sia in termini di ore di lavoro (e di operatori equivalenti) erogate nelle strutture residenziali e nella rete dei servizi domiciliari, sia in termini di trasferimenti monetari;
- fornire una stima della domanda potenziale di risorse aggiuntive in termini di ore di lavoro (operatori equivalenti) e di risorse finanziarie necessarie a garantire un livello di assistenza regolare e continuativo per gli anziani confinati nella propria abitazione;
- analizzare come questa domanda potenziale è di fatto sostenuta dal lavoro familiare non retribuito e dal ricorso a singoli operatori privati (regolari e irregolari).

Introduzione

Il naturale punto di partenza di questo lavoro di ricerca è stato l'invecchiamento della popolazione e la relazione esistente tra avanzare dell'età e salute. Il dato demografico induce a guardare con preoccupazione all'evoluzione della struttura per classi di età della popolazione: la continua crescita - sia in termini assoluti che in termini relativi in rapporto al totale della popolazione - della coorte di individui che hanno superato i 65 anni è un fenomeno senza precedenti.

Fino al XX secolo infatti la maggior parte delle popolazioni presentavano una composizione per età tendenzialmente costante, con una proporzione piccola e stabile di popolazione nelle classi di età più anziane. Negli ultimi 100 anni si è verificato un abbassamento dei tassi di fertilità e di mortalità che ha portato la popolazione a invecchiare in tutti i paesi maggiormente sviluppati (Jackson, 1998). Tra invecchiamento della popolazione e crescita economica esiste una precisa correlazione, anzi si può affermare che l'allungamento della vita media è il risvolto della medaglia del successo economico, soprattutto quando questo si traduce in un generale miglioramento delle condizioni di lavoro, di vita e di salute.

I confronti internazionali inducono a osservare con particolare attenzione la situazione italiana: com'è noto, lo sviluppo industriale in Italia è avvenuto in ritardo rispetto ai paesi di più antica industrializzazione e il processo di invecchiamento della popolazione è stato particolarmente rapido e concentrato in un arco di tempo assai ristretto, in particolare nelle regioni del nord e del centro. Attualmente l'Italia è il paese più vecchio d'Europa (*Tabella 1*) e l'Emilia-Romagna è tra le regioni più vecchie del paese.

Ma quali sono esattamente i motivi per cui si guarda con tanta preoccupazione alla presenza così consistente degli anziani nella società? Il concetto di dipendenza riassume in sé le ragioni di tali preoccupazioni: la popolazione anziana è inattiva sul mercato del lavoro ed è maggiormente esposta al rischio di non autosufficienza, è quindi dipendente dai familiari, dal sistema pensionistico, dal sistema dei servizi sociali e sanitari.

Alla base di tali preoccupazioni vi è una semplificazione: la complessa relazione fra dinamica della fertilità e della mortalità e crescita economica viene rimossa. Gli indici di vecchiaia della popolazione vengono così assunti e proiettati come un segnale di declino dell'economia.

I modelli di previsioni e proiezioni demografiche presentano significative peculiarità: la fecondità viene abbinata solo all'età e al sesso femminile, senza tenere conto di unioni o coppie, ed è trasformata in un parametro di natura biologica, analogo nelle società umane e animali. Inoltre, l'assenza delle migrazioni esterne nei modelli, e quindi

il postulato dell'esistenza di popolazioni chiuse, è gravido di conseguenze, soprattutto per i risvolti razziali che esso induce, perché di fatto assimila la riproduzione sociale alla riproduzione biologica² (Le Bras, 2001).

Tabella 1. Popolazione con più di 65 anni nei paesi europei nel 1970 e nel 2000 (% sul totale della popolazione)

Paese	Anno	
	1970	2000
Austria	14,2	15,5
Belgio	13,4	17,0
Danimarca	12,3	15,0
Finlandia	9,2	14,9
Francia	13,4	16,0
Germania	(nd)	16,4
Grecia	11,1	17,6
Irlanda	11,1	11,2
<i>Italia</i>	<i>10,6</i>	<i>18,1</i>
Lussemburgo	12,6	14,3
Paesi bassi	10,2	13,6
Portogallo	9,7	15,5
Spagna	9,7	17,0
Svezia	13,7	17,3
Regno Unito	12,8	15,6
<i>Unione europea</i>	<i>12,2</i>	<i>16,2</i>

Fonte: WHO Europe, Health for All Database.

² La connessione tra allarme demografico e declino economico ha radici lontane, come è stato di recente sottolineato da Le Bras (2001):

L'utilizzo dei tassi di riproduzione per diagnosticare le possibilità che possiede ogni nazione di imporsi a propri numeri nella competizione internazionale, stabilisce una connessione forte con le teorie dell'evoluzioni della specie, discusse negli anni trenta del novecento in seno alle società eugenetiche. Il termine "invecchiamento" della popolazione fece la sua comparsa in questo stesso momento di fondazione della demografia moderna. Grazie al connubio di statistici tradizionali in seno ai servizi nazionali di statistica e di eugenisti attivi nell'ambito medico e politico, l'assimilazione di nazione e popolazione viene ulteriormente rafforzata nel momento in cui si identificano le popolazioni con le specie biologiche.

La stessa relazione tra invecchiamento e dipendenza va presa con dovute cautele per due ordini di ragioni.

- La relazione tra invecchiamento e dipendenza fisica può sembrare - per lo meno a prima vista - determinata da fattori biologici: l'avanzare dell'età erode le capacità fisiche rendendo gli anziani sempre più dipendenti da altri nello svolgimento di determinate attività. Tuttavia questa relazione è influenzata da fattori che non dipendono dall'invecchiamento biologico: la salute, la capacità fisica e l'aspettativa di vita sono infatti correlate ai livelli di benessere degli individui, dei gruppi sociali, delle società. La probabilità di vivere la propria anzianità in piena autosufficienza è diversa nella società di oggi rispetto a quella del passato, e all'interno della stessa società varia a seconda dei livelli di benessere degli individui e delle classi sociali. Riconoscere la complessità della relazione tra avanzare dell'età, dipendenza fisica e condizioni economiche e sociali significa riconoscere la natura endogena del processo di invecchiamento della popolazione e comprendere l'influenza che le misure di politica economica hanno su di esso e sulla salute futura della popolazione; al contrario la maggior parte delle discussioni di *policy* considerano invece l'invecchiamento della popolazione come una variabile esogena (Jackson, 1998).
- Anche la relazione tra invecchiamento e dipendenza economica merita una riflessione specifica: gli anziani vengono considerati economicamente improduttivi in virtù del fatto che raggiunta una certa età smettono di occupare una posizione attiva sul mercato del lavoro. Tuttavia l'invecchiamento biologico non impone un immediato vincolo alle attività degli individui: la maggioranza degli anziani va in pensione prima di un significativo deterioramento delle condizioni fisiche. Un pensionato è improduttivo solo se si misura la produttività esclusivamente a partire dalle attività che hanno un corrispettivo monetario sul mercato. La maggioranza dei pensionati sono capaci e attivi e contribuiscono alla produzione di benessere in attività informali: basti pensare al contributo delle donne anziane nel lavoro di cura e domestico o al lavoro informale che si sviluppa fra le associazioni degli anziani.³ Si tratta di un contributo rilevante che inevitabilmente rimanda all'arbitrarietà delle procedure contabili che escludono le attività economiche informali degli anziani - e non solo - dalla contabilità economica nazionale.

Un'altra considerazione sulla relazione tra invecchiamento e dipendenza economica è la dicotomia giovani/anziani. Un primo aspetto da sottolineare è che non tutti gli anziani sono dipendenti e non tutti i giovani sono produttivi. Disoccupazione e sottoccupazione sono persistenti caratteristiche delle economie capitalistiche e raggiungono livelli comparabili alla popolazione anziana. Perché allora si assume la popolazione anziana come causa della dipendenza, quando si tollera la

³ In una ricerca su centri, circoli e comitati anziani dell'Emilia-Romagna, promossa dall'Assessorato regionale alle Politiche sociali e curata da Marzio Barbieri e Sebastiano Porcu, si evidenzia che in regione nel 1997 erano operativi 339 centri che complessivamente associavano circa 150.000 anziani e promuovevano attività culturali, di socialità e una rilevante attività di assistenza informale in aiuti reciproci organizzati (Regione Emilia-Romagna, 1999).

disoccupazione e il lavoro sommerso come parte del funzionamento dell'economia? Le argomentazioni sugli indici di vecchiaia che sottolineano una carenza di produttori sono assai robuste sul piano ideologico ma assai fragili sul piano della realtà economica. Ciò di cui vi è abbondanza sono risorse umane inutilizzate o malamente impiegate.

Questa premessa è necessaria per esplicitare la semplificazione dei modelli demografici che assimilano la riproduzione biologica alla riproduzione sociale. Si tratta di una semplificazione che lascia spazio al fascino intuitivo dell'ortodossia economica e dell'ideologia liberista.

La crisi da invecchiamento nel corso degli ultimi venti anni è entrata nella retorica del dibattito politico per orientare l'attenzione solo al numeratore del rapporto fra spese sociali e PIL e sull'idea che i costi del welfare incidano negativamente sullo sviluppo (Ferrera, 1998). Il vincolo finanziario è stato assunto come strumento indispensabile per rimuovere le trappole del welfare, per contenere i disincentivi che bloccherebbero l'offerta dei fattori produttivi (lavoro e capitale) e per aumentare la remunerazione attesa degli investimenti.

Nel dibattito italiano sulla riforma del *welfare* il tasso di crescita dell'economia è stato considerato un dato esogeno invariante rispetto al contenuto e al profilo temporale delle decisioni di politica economica. La geografia, la storia, la struttura produttiva non hanno alcun peso. Le figure sociali coinvolte sono spesso assenti o pallidamente identificate. In questo contesto, scarsa attenzione è stata dedicata alle implicazioni sociali delle politiche correttive e degli aggiustamenti macroeconomici, ed è mancata la percezione della interdipendenza tra politiche del lavoro, assistenza e povertà (Ginzburg, 2001).

La traslazione dall'analisi economica, il cui obiettivo è il benessere sociale, all'analisi strettamente finanziaria, il cui obiettivo è l'equilibrio dei conti pubblici, ha fatto assumere come punto di riferimento le entrate e le spese e non l'uso del PIL (Esping-Andersen, 2002). La riduzione della spesa per la sanità pubblica, per le pensioni o per l'assistenza sociale difficilmente potrà produrre una riduzione effettiva dei costi; la contrazione di queste spese non comporterà la riduzione dei bisogni sanitari e assistenziali degli anziani, ma uno spostamento dei costi verso le famiglie, nei termini di una crescita della spesa per servizi offerti sul mercato e di un aumento dei carichi di lavoro familiare.

Non considerare le modalità di interazione tra istituzioni quali famiglie, Stato e mercato costituisce un pesante limite per l'analisi economica, visto che la somma totale del benessere sociale è funzione del modo in cui gli *input* di queste tre istituzioni si combinano tra loro (Esping-Andersen, 2000). Porre l'attenzione su come queste istituzioni si trasformano è un aspetto determinante non solo per la riorganizzazione e l'innovazione delle politiche sociali ma anche per cogliere l'interdipendenza fra i diversi programmi sociali: sanità, assistenza e lavoro.

1. **Gli anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna:⁴ le caratteristiche e le dimensioni della domanda di lavoro di cura**

Fra i paesi maggiormente industrializzati, l'Italia si colloca al secondo posto dopo gli Stati Uniti in termini di disuguaglianza nella distribuzione del reddito. Tuttavia, al contrario che negli USA tale disparità si articola a livello territoriale con una pesante frattura fra le regioni del nord e quelle del sud: le regioni meridionali continuano a essere caratterizzate da elevata disoccupazione, livelli di reddito bassi, scarsa diffusione di servizi sociali, pesanti inefficienze nel sistema sanitario. Queste differenze spiegano tassi di disabilità anche fortemente differenziati tra la popolazione anziana che abita al nord e al sud del paese.

Tra le regioni più ricche d'Europa in termini di reddito e occupazione e con una diffusione di servizi sociali che la discosta sensibilmente dal regime di *welfare* mediterraneo, l'Emilia-Romagna ha una quota di persone anziane decisamente superiore al resto del territorio nazionale; tuttavia gli anziani della regione (e più in generale di tutto il Nord Italia) sembrano nel complesso godere di condizioni di salute migliori rispetto ad altre zone del paese nelle quali i tassi di disabilità sono sensibilmente più elevati (*Tabella 2*). Sebbene informi sul come si invecchia, il numero degli anziani non autosufficienti è tuttavia un dato parziale nella definizione della domanda di assistenza sociale.

⁴ Per la stima del numero degli anziani non autosufficienti si rimanda alla Nota metodologica in appendice.

Tabella 2. Popolazione anziana e anziani disabili in Italia e in Emilia-Romagna, anno 2000, valori percentuali

	Persone con 65 anni e oltre (% sul totale della popolazione residente)	Tasso di disabilità (per 100 persone con 65 anni e oltre)
<i>Emilia-Romagna</i>	<i>22,1</i>	<i>17,8</i>
Italia nord-occidentale	19,2	16,8
Italia nord-orientale	19,7	16,9
Italia centrale	19,6	18,1
Italia meridionale	15,5	22,6
Italia insulare	16,1	24,0
<i>Italia</i>	<i>18,1</i>	<i>19,3</i>

Fonte: Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Elaborazione dati ISTAT, Indagine Multiscopo Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000.

1.1. Le relazioni di cura

Un anziano non autosufficiente è dipendente da altre persone per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana; questa dipendenza si sostanzia nella necessità di ricevere cure.⁵

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una criticità per il sistema sociale nel momento in cui queste forme di dipendenza tendono ad aumentare. Tale criticità, tuttavia, non deriva solo dall'aumento della popolazione non autosufficiente, ma anche da un insieme di condizioni che riguardano l'altro versante della relazione, cioè coloro che svolgono il lavoro di cura, i *carer*.

Le profonde trasformazioni nell'organizzazione della produzione, nel mercato del lavoro e nella famiglia hanno modificato l'assetto tradizionale entro cui il lavoro di cura è organizzato (Saraceno, 1998).

Lo sviluppo di un mercato di servizi alla persona e la crescente attenzione da parte delle politiche sociali al settore socio-assistenziale (Cossentino, 2002) sono elementi che sembrano indicare come le famiglie esprimono una domanda di *care* che non sono più in grado di soddisfare al loro interno: ci si trova oggi davanti a una redistribuzione delle responsabilità e dei compiti di cura tra famiglia, Stato e mercato (Daly, Lewis, 2000).

⁵ Il termine cura è qui inteso nell'accezione anglosassone, quindi non limitatamente a cure di tipo sanitario, ma anche in riferimento ad attività di accompagnamento, di cura dell'ambiente domestico, di aiuto nelle funzioni quotidiane essenziali (mangiare, vestirsi, mettersi a letto, alzarsi), ecc.

Nel definire la domanda di assistenza sociale occorre affrontare le tematiche relative al lavoro di cura, e in particolare metterne in evidenza le diverse dimensioni che riguardano l'identità sociale del *carer* (Thomas, 1993), l'identità sociale dei soggetti assistiti, le relazioni interpersonali tra chi offre la cura e chi la riceve, la natura della cura, il dominio sociale all'interno del quale è collocata la relazione di cura, il carattere economico della relazione di cura, il contesto istituzionale. Tenendo presenti queste dimensioni, il concetto di *care* diventa uno strumento utile sia nell'analisi dello sviluppo dei servizi alla persona e delle trasformazioni nel mercato del lavoro, sia nell'analisi dei *welfare state* contemporanei e delle loro traiettorie di mutamento (Daly, Lewis, 2000).

Nella differente combinazione tra queste dimensioni si vanno a configurare i contesti maggiormente diffusi e significativi entro cui il lavoro di cura viene erogato:

- lavoro di cura svolto da un familiare, quindi non retribuito e svolto principalmente nell'ambito domiciliare;
- lavoro di cura retribuito offerto da singoli operatori, talvolta al di fuori della regolamentazione del mercato del lavoro (cioè lavoro sommerso), nella maggior parte dei casi svolto presso il domicilio dell'assistito;
- lavoro di cura svolto da personale che opera nell'ambito di organizzazioni formali, pubbliche o private, quindi lavoro retribuito, formalmente regolamentato, svolto presso il domicilio dell'assistito e/o all'interno di strutture residenziali e semi-residenziali.

1.2. Le caratteristiche della domanda

Prima di analizzare alcuni degli aspetti maggiormente rilevanti del lavoro di cura nei tre contesti sopra delineati, è opportuno fornire un'idea, seppure approssimativa, delle caratteristiche e delle dimensioni della domanda di cura degli anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna.

Sulla base dell'Indagine Multiscopo *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, l'ISTAT stima che mediamente in Italia quasi un anziano su cinque soffre di una qualche forma di disabilità. Il tasso di disabilità tende a crescere notevolmente nelle fasce di età più avanzate, raggiungendo il 48% tra coloro che hanno più di 80 anni (ISTAT, 2001).

L'Emilia-Romagna ha una quota di persone anziane decisamente superiore rispetto al resto del territorio nazionale: nel 2000 risultano residenti in regione più di 880.000 persone con più di 64 anni, pari al 21% del totale della popolazione.

Tra gli anziani disabili le donne sono presenti in misura maggiore degli uomini, e lo scarto tra uomini e donne tende a crescere nelle classi di età più avanzate. In Emilia-Romagna, degli *over 65* disabili il 30% sono uomini e il 70% sono donne; tra gli *over 75* invece la percentuale di uomini scende al 25% e quella delle donne sale al 75%. La disabilità tende a colpire maggiormente nelle classi di età più avanzate; essendo le donne mediamente più longeve degli uomini si trovano quindi ad avere una maggiore probabilità di vivere gli ultimi anni della propria vita in condizioni di disabilità.

Un aspetto di fondamentale importanza è quello che riguarda i contesti familiari degli anziani con disabilità: nella grande maggioranza dei casi infatti, la famiglia è il primo responsabile di cura. Sarebbe importante potere analizzare non solo i nuclei di convivenza degli anziani disabili, ma anche il loro contesto familiare più allargato, poiché non sono rari i casi in cui tra la persona anziana disabile e il suo *caregiver* familiare vi è una relazione di parentela stretta ma non una situazione di convivenza. Purtroppo però i dati disponibili consentono di descrivere solo i nuclei di convivenza degli anziani disabili.

Gran parte degli anziani - sia quelli autonomi sia quelli con una qualche forma di disabilità - vivono da soli o con il proprio coniuge, e solo una minoranza vive all'interno di strutture familiari più allargate (*Tabella 3*). Anche se vi è una maggiore propensione delle persone anziane disabili (rispetto ai loro coetanei non disabili) a vivere come membri aggregati all'interno di altri nuclei familiari, in particolare con i figli, soprattutto nelle età più avanzate quando le condizioni di non autosufficienza si aggravano (Buratta, Crialesi, 1996), è comunque elevata la quota di anziani non autosufficienti che vivono da soli. I disabili anziani vengono a trovarsi in condizione di solitudine prevalentemente nelle età molto avanzate quando è ipotizzabile che i loro *caregiver* più vicini (il/la coniuge) siano deceduti o, nel caso dei figli, abbiano costituito un nucleo familiare separato.

Tabella 3. Popolazione di 65 anni e oltre per tipo di contesto familiare e presenza di disabilità. Emilia-Romagna, anno 2000, valori percentuali

Contesto familiare	Classi di età			
	65-74 anni		75 anni e oltre	
	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili
Persone sole	15,1	17,7	33,6	34,2
In altre famiglie senza nuclei	0,6	1,7	6,2	2,9
Come membro aggregato	11,2	3,9	21,6	12,5
In coppia senza figli	46,9	48,0	26,0	38,0
In coppia con figli come genitore	12,9	17,4	2,1	5,1
In famiglia monogenitore come genitore	9,2	6,1	7,0	4,7
In famiglia monogenitore come figlio		0,5		
In famiglie con più nuclei	4,1	4,7	3,5	2,6
<i>Totale</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Fonte: Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Elaborazione dati ISTAT, Indagine Multiscopo Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000.

Per quanto riguarda le condizioni socio-economiche degli anziani disabili, l'indagine dell'ISTAT consente solo alcune osservazioni parziali. Una prima considerazione riguarda le fonti di reddito: la maggior parte degli anziani disabili è composta da ritirati dal lavoro (l'89% dei maschi e il 60% delle femmine) la cui fonte di reddito principale è la pensione da lavoro; tra questi la maggioranza prima del pensionamento erano operai (45,2%) o lavoratori in proprio (37,1%), mentre gli anziani disabili che in passato occupavano posizioni lavorative ad alto reddito sono una decisa minoranza.

Una seconda indicazione riguarda il livello di istruzione che, in assenza di dati certi riguardo ad esempio al reddito o alle condizioni abitative, può fornire elementi in grado di definire lo *status* socio-economico. In generale le persone anziane hanno titoli di studio piuttosto bassi: circa il 23% non ha nessun titolo di studio (e tra questi l'1,9% risulta analfabeta), il 56,5% ha la licenza elementare, solo il 9,8% ha la licenza media e ancora meno sono coloro che hanno studiato fino alle scuole superiori (*Tabella 4*). Se si analizzano separatamente i titoli di studio degli anziani disabili e non disabili emerge che mediamente i livelli di scolarità degli anziani disabili sono inferiori a quelli dei loro coetanei non disabili: il 51,6% dei disabili anziani ha solo la licenza elementare, il 37,8% nessun titolo di studio e tra questi coloro che non sanno leggere e scrivere sono il 4,4%.

Sia pure incomplete e indirette, queste indicazioni suggeriscono come la condizione di disabilità degli anziani spesso vada a coniugarsi con altri elementi di svantaggio, rendendo ulteriormente problematico l'aspetto dell'accessibilità dei servizi e della sostenibilità economica dell'assistenza. Considerando che la popolazione anziana, e in particolare le donne, è particolarmente esposta al rischio di povertà (Baldini, Silvestri, 2003), va tenuto presente che le condizioni di disabilità possono costituire un ulteriore fattore di impoverimento.⁶ D'altra parte il deteriorarsi delle condizioni fisiche non è esclusivamente funzione dell'avanzare dell'età. Un ruolo molto importante lo giocano le condizioni economiche, sociali e culturali che sono state vissute con l'avanzare dell'età: come ormai da tempo evidenziano le ricerche epidemiologiche, lo stato di salute delle persone è correlato al reddito, all'istruzione e alle condizioni di lavoro.

⁶ Da una recente ricerca sulla distribuzione del reddito nella provincia modenese è emerso che, mentre in Italia la povertà raggiunge livelli piuttosto contenuti tra le classi di età più anziane, nella provincia di Modena tende a concentrarsi nella componente femminile anziana della popolazione (Baldini, Silvestri, 2003).

Tabella 4. Persone con 65 anni e oltre per presenza di disabilità e titolo di studio. Emilia-Romagna, anno 2000, valori percentuali

Titolo di studio	Persone con 65 anni e oltre		
	Disabili	Non disabili	Totale
Nessun titolo di studio (non sa leggere e/o scrivere)	4,4	1,3	1,9
Nessun titolo di studio (sa leggere e/o scrivere)	33,4	18,5	21,1
Licenza elementare	51,6	57,5	56,5
Licenza scuola media inferiore	4,0	11,1	9,8
Diploma scuola media superiore (2-3 anni)	0,6	1,4	1,2
Diploma scuola media superiore (4-5 anni)	4,0	6,1	5,8
Laurea o post laurea	2,0	4,1	3,7
<i>Totale</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Fonte: Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Elaborazione dati ISTAT, Indagine Multiscopo Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000.

2. La dimensione della non autosufficienza in Emilia-Romagna

Così come definita dall'Indagine Multiscopo *Condizioni di salute e ricorso ai servizi socio-sanitari*, la disabilità riguarda una gamma di situazioni che intaccano diverse sfere di autonomia, con modalità più o meno gravi. Il bisogno di assistenza legato alle varie forme e livelli di non autosufficienza è fortemente differenziato sia per quanto riguarda l'intensità, sia per quanto riguarda il contenuto.

Sul totale degli anziani con disabilità, circa il 45% risulta in una condizione di confinamento: quasi 15.000 sono costretti a letto, 15.700 circa sono costretti in una sedia e 39.200 sono costretti a restare all'interno della propria abitazione (Tabella 5). Vi sono poi anziani che, pur non essendo confinati, presentano una limitazione della propria autosufficienza nelle funzioni della vita quotidiana (vestirsi o spogliarsi, lavarsi, consumare i pasti): in Emilia-Romagna sono circa 50.000 soggetti, pari al 33% del totale degli anziani disabili. Il restante 22% (circa 30.000 anziani) è costituito da soggetti che non sono in situazione di confinamento, né hanno difficoltà nello svolgimento delle funzioni della vita quotidiana, ma che risultano disabili a causa di difficoltà nel movimento e/o nelle comunicazioni.

Tabella 5. Stime del numero dei disabili con 65 anni e oltre secondo alcune dimensioni di disabilità. Emilia-Romagna, anno 2000

Tipologia di disabilità	N	%
Confinati	69.906	45,9
di cui		
costretti a letto	14.978	9,8
costretti una sedia o poltrona	15.726	10,3
costretti a rimanere nella propria abitazione	39.202	25,7
Con difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (ma non confinati)	50.229	33,0
Con difficoltà di movimento e/o difficoltà sensoriali (non confinati né con difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana)	32.234	21,2
<i>Totale</i>	<i>152.369</i>	<i>100,0</i>

Fonte: Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Elaborazione dati ISTAT, Indagine Multiscopo Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000.

Tra le diverse tipologie di disabilità, la più grave è rappresentata dal confinamento, che implica livelli di autonomia e di movimento pressoché nulli (nel caso delle persone costrette a letto o su una sedia/poltrona) o comunque estremamente limitati (nel caso delle persone costrette nella propria abitazione). In tutti questi casi si tratta sicuramente di persone con un livello di dipendenza elevato e che esprimono un bisogno di cura regolare.

Sulla base dei dati dell'Indagine Multiscopo quindi, sono circa 70.000 il numero delle persone anziane gravemente non autosufficienti che necessitano di cure di tipo socio-sanitario e socio-assistenziale consistenti e costanti nel tempo. Tuttavia, per stimare in modo più preciso il numero di anziani che soffrono di forme di non autosufficienza grave, occorre prendere in considerazione almeno un'altra fonte informativa. L'indagine dell'ISTAT è infatti diretta alle famiglie e pertanto esclude dal proprio campione tutti coloro che risiedono in modo permanente all'interno di istituzioni. Nel caso degli anziani non autosufficienti quindi non tiene conto di coloro che sono ricoverati all'interno delle strutture residenziali di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario.

Per stimare complessivamente l'entità della domanda di lavoro di cura nella regione è quindi necessario aggiungere ai circa 70.000 anziani confinati che vivono presso il loro domicilio, altri 25.000 anziani che secondo i dati del Sistema informativo politiche sociali (SIPS) sono confinati all'interno delle strutture residenziali (*Tabella 6*). È possibile così individuare con buona approssimazione l'insieme delle condizioni di non autosufficienza più gravi che richiedono regolare assistenza di tipo socio-sanitario e socio-assistenziale.

Tabella 6. Stima delle persone disabili con 65 anni e oltre confinate nella propria abitazione o in strutture residenziali. Emilia-Romagna, anno 2000

Personne confinate, con 65 anni e oltre	Valori assoluti	Valori percentuali
Nella propria abitazione	69.906	73,7
di cui		
costretti a letto	14.978	15,8
costretti su una sedia o poltrona	15.726	16,6
costretti nella propria abitazione	39.202	41,3
In strutture residenziali	24.997	26,3
di cui		
in strutture socio-sanitarie	16.489	17,4
in strutture socio-assistenziali	8.508	9,0
<i>Totale</i>	<i>94.903</i>	<i>100,0</i>

Fonte: Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Elaborazione dati ISTAT, Indagine Multiscopo Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000; SIPS Emilia-Romagna.

Una parte di questi anziani fortemente non autosufficienti riceve assistenza all'interno delle strutture residenziali del sistema di protezione locale (26,3%); gli altri vivono ancora all'interno della propria abitazione e vengono presumibilmente assistiti in parte dall'assistenza domiciliare, in parte dai *caregiver* familiari e da personale privato a pagamento.

3. Il lavoro di cura nel sistema di protezione locale

Il sistema di assistenza per gli anziani sul territorio regionale si compone di:

- strutture residenziali, a loro volta differenziate in strutture di tipo socio-sanitario e in strutture di tipo socio-assistenziale;
- strutture semi-residenziali (centri diurni);
- servizi di sostegno domiciliari, anche questi differenziati a seconda del contenuto di tipo più sanitario nel caso dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) o più assistenziale nel caso del servizio assistenza domiciliare (SAD);
- trasferimenti monetari (assegni di cura e di accompagnamento).

Complessivamente il sistema dei servizi è in grado di assicurare a circa 70.000 anziani un impegno stimabile in complessive 774.912 ore di lavoro settimanali operate da circa 21.500 operatori equivalenti (ovvero unità di personale impiegate per 36 ore settimanali)⁷ (*Tabella 7*).

Nelle strutture residenziali si concentrano anziani con severa limitazione della propria autonomia, che richiedono prestazioni a elevata intensità assistenziale. A favore dei circa 25.000 anziani che risiedono in questi presidi vengono erogate quasi 628.000 ore medie di lavoro settimanale (l'81% del monte ore totale), pari - in termini di operatori equivalenti - a 17.443 addetti.

Le sole strutture residenziali di tipo socio-sanitario (residenze sanitarie assistite e case protette) erogano a favore di 16.489 anziani con forme severe di non autosufficienza il 61% del monte ore di lavoro totale che mediamente viene fornito dal sistema di protezione nel suo complesso. L'intensità delle prestazioni assistenziali espressa in termini di ore di lavoro per utente raggiunge qui il livello più elevato (*Grafico 1*).

Sotto l'impulso di politiche orientate alla deistituzionalizzazione, o per lo meno a una limitazione del ricorso a strutture residenziali, a vantaggio del mantenimento dell'anziano all'interno del proprio contesto familiare e sociale, i servizi di sostegno domiciliare hanno sperimentato una rapida crescita (*Ascoli et al., 2001*). Gli anziani che usufruiscono di questo tipo di sostegno sono 45.200, per un totale di ore medie erogate a settimana

⁷ La scelta di computare il numero di operatori equivalenti anziché quello degli operatori *tout court* viene fatta per avere un corretto peso della quantità temporale di assistenza erogata e per non sovrastimare il numero degli addetti. Nei presidi qui considerati infatti, dovendosi garantire *standard* specifici di rapporto personale/utenza, possono essere impegnate sullo stesso posto di pianta organica più figure fisiche: possono esserci sia più addetti *part time* occupati per lo stesso posto, sia più operatori che agiscono in sostituzione di altri dipendenti momentaneamente impediti. Inoltre si registrano più figure professionali che lavorano per poche ore in uno o più presidi.

pari a 146.988 (il 19% del monte ore complessivamente erogato dal sistema regionale di protezione per gli anziani). Gli anziani che utilizzano la rete dei servizi domiciliari ricevono in media circa 3 ore di prestazioni assistenziali settimanali presso il proprio domicilio (*Grafico 1*).

Fra gli interventi di sostegno domiciliare vanno compresi i centri diurni, strutture semiresidenziali, diffuse soprattutto nei comuni di grandi dimensioni, che accolgono tutti i giorni o più volte alla settimana anziani che continuano a vivere nel proprio nucleo familiare ma che hanno bisogno di assistenza tutelare e interventi riabilitativi e di socializzazione.

I servizi di assistenza domiciliare (SAD), diffusi ormai in quasi tutti i comuni della regione, si articolano in prestazioni dirette alla persona (igiene personale, alzata, mobilitazione), che vengono erogate da personale professionale, e in prestazioni ausiliarie di supporto (fornitura di pasti, spesa a domicilio, accompagnamento, attività di socializzazione), per le quali è frequente il decentramento del servizio a cooperative sociali e l'impiego di obiettori. Si tratta di prestazioni non standardizzate, che si attivano su richieste individuali specifiche e che possono talora integrarsi con alcuni servizi residenziali (RSA, case protette, dimissioni protette di degenze ospedaliere).

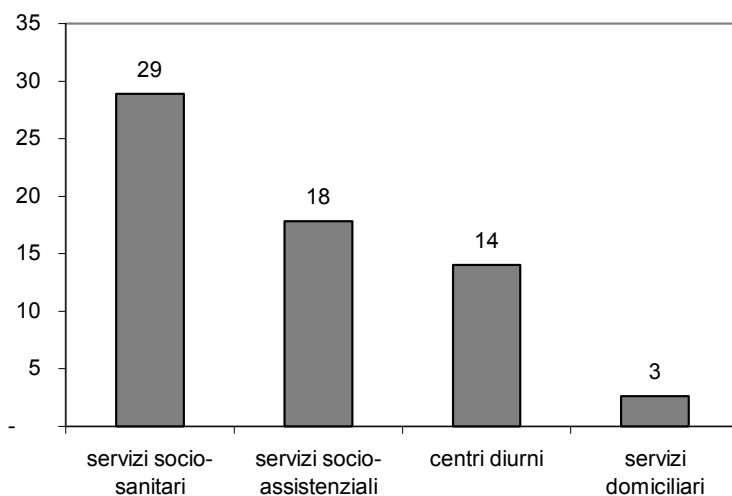
All'insorgere di situazioni più complesse che richiedono interventi sanitari (medici o infermieristici), gli anziani fragili o con problemi di non autosufficienza possono ricorrere a interventi aggiuntivi più specialistici, quali l'assistenza domiciliare integrata, per evitare il ricovero ospedaliero o per essere assistiti nella fase che segue le dimissioni ospedaliere.

Tabella 7. Utenti, ore mediamente lavorate in una settimana e operatori equivalenti remunerati per tipologia di servizi per anziani. Emilia-Romagna, anno 2000

	Utenti		Ore medie settimanali		Operatori equivalenti	
	N	%	N	%	N	%
Servizi residenziali	24.997	36	627.924	81	17.443	81
di cui						
servizi socio-sanitari	16.489	23	476.307	61	13231	61
servizi socio-assistenziali	8.508	12	151.617	20	4212	20
Servizi di sostegno domiciliare	45.200	64	146.988	19	4083	19
di cui						
centri diurni	2.494	4	35.024	5	974	5
servizi domiciliari	42.706	61	111.964	14	3.109	19
<i>Totale</i>	<i>70.197</i>	<i>100</i>	<i>774.912</i>	<i>100</i>	<i>21.526</i>	<i>100</i>

Fonte: Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, stime elaborate da dati SIPS.

Grafico 1. Ore settimanali mediamente lavorate per utente nelle diverse tipologie di servizi per gli anziani. Emilia-Romagna, anno 2000



Fonte: Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, stime elaborate da dati SIPS.

3.1. Le caratteristiche dell'occupazione

Più dell'80% del totale degli addetti del sistema di protezione regionale sono donne. L'occupazione straniera è ancora modesta: nel 2000 gli stranieri erano circa il 3% del totale degli operatori equivalenti; si tratta prevalentemente di donne provenienti dal Sud America e dall'Africa che si caratterizzano, contrariamente alle badanti, per un progetto migratorio di più lungo periodo.

Oltre la metà del totale delle ore lavorate in una settimana (437.086, 56,4%) è a carico del personale addetto ai servizi di assistenza alla persona, il cui numero - tradotto in termini di operatori equivalenti - può stimarsi in 12.142 unità (*Tabella 8 e 9*).

Gli operatori sanitari (infermieri professionali e medici) sono circa 2.900, il 13% dell'occupazione totale, di cui più della metà è impiegato nei servizi socio-sanitari, mentre le figure a supporto terapeutico e di animazione (assistenti sociali, psicologi, animatori e terapisti) hanno un peso modesto.

Infine, per quanto non si tratti in senso stretto di lavoro professionale, non è affatto residuale l'impegno delle figure non retribuite (obiettori e volontari), dal momento che coprono il 6,8% del volume orario totale (*Tabella 8 e 9*). Gli obiettori svolgono gran parte del loro impegno nel settore pubblico (*Tabella 10 e 11*), in attività di trasporto, accompagnamento, compagnia, piccole commissioni, consegna di cibi e indumenti al domicilio, ecc., mentre le prestazioni erogate gratuitamente dai volontari sono più diffuse nel privato non *profit*, dove spesso offrono prestazioni di *care*, a dimostrazione del fatto che talvolta la dizione volontario cela la presenza di personale professionalizzato (soprattutto religioso) che opera a titolo gratuito.

Nel settore pubblico si concentrano gli interventi assistenziali che si caratterizzano per complessità organizzativa, come ad esempio la rete dei servizi domiciliari (SAD e ADI), pressoché interamente gestita dagli Enti locali, e i servizi residenziali ad alto contenuto sanitario (*Tabella 10*).

Il mercato *profit* e non *profit* - che ha registrato nel corso degli anni '90 una significativa crescita per impulso della pressione della domanda e delle politiche di *contracting out* alimentate dagli Enti locali come conseguenza della riduzione della spesa pubblica - si è invece maggiormente sviluppato laddove le prestazioni sono caratterizzate da una forte valenza assistenziale e da un contenuto organizzativo meno complesso, come ad esempio nelle strutture socio-assistenziali dove l'occupazione del privato sociale raggiunge l'80% (di cui 34,6% nel non *profit* e 44,4% nel *profit*) (*Tabella 11*).

L'occupazione nel sistema di protezione formale presenta una marcata segmentazione. Se si considera la figura professionale più diffusa - cioè l'assistente di base (ADB) -, si evidenzia innanzitutto che nelle strutture pubbliche tutti gli operatori hanno un livello di formazione professionale legalmente riconosciuto. Il confronto delle retribuzioni degli ADB con specifica formazione fra il settore pubblico e il non *profit*, al netto dei contributi a carico del datore di lavoro, mostra un differenziale che si aggira intorno al 19%, e che aumenta fino a raggiungere quasi il 30% se si considera che nel privato sociale (*profit* e non *profit*) è assai diffusa la presenza di addetti all'assistenza che non hanno una formazione professionale legalmente riconosciuta.

Tabella 8. Stima degli operatori equivalenti impegnati nelle diverse tipologie di servizi formali per anziani dell'Emilia-Romagna

	Servizi residenziali		Servizi di sostegno domiciliare		Totali
	socio-sanitari	socio-assistenz.	semi-residenz.	domiciliari	
Operatori equivalenti remunerati	12.492	3.991	733	2.848	20.064
di cui					
assistenti di base, RAA	7.636	2.197	541	1.768	12.142
IP, medici	1.700	420	34	728	2.882
assistenti sociali, psicologi animatori e terapisti	361	97	40	171	669
addetti ai servizi ausiliari	1.977	929	72	7	2.983
coordinamento Direzione e Amministrazione	818	348	46	174	1.388
Operatori equivalenti NON remunerati	739	221	241	261	1.463
<i>Totale operatori equivalenti</i>	<i>13.231</i>	<i>4.212</i>	<i>974</i>	<i>3.109</i>	<i>21.526</i>

Fonte: Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, stime elaborate da dati SIPS.

Tabella 9. Stima delle ore mediamente lavorate a settimana nelle diverse tipologie di servizi formali per anziani dell'Emilia-Romagna

	Servizi residenziali		Servizi di sostegno domiciliare		Totali
	socio-sanitari	socio-assistenz.	semi-residenz.	domiciliari	
Operatori equivalenti remunerati	449.712	143.660	26.349	102.534	722.255
di cui					
assistenti di base, RAA	274.869	79.097	19.467	63.652	437.086
IP, medici	61.214	15.125	1.214	26.193	103.746
assistenti sociali, psicologi animatori e terapisti	12.997	3.481	1.430	6.181	24.089
addetti ai servizi ausiliari	71.172	33.411	2.569	234	107.386
coordinamento Direzione e Amministrazione	29.460	12.546	1.669	6.274	49.948
Operatori equivalenti NON remunerati	26.595	7.957	8.674	9.430	52.657
<i>Totale operatori equivalenti</i>	<i>476.307</i>	<i>151.617</i>	<i>35.024</i>	<i>111.964</i>	<i>774.912</i>

Fonte: Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, stime elaborate da dati SIPS.

Tabella 10. Stima degli operatori equivalenti impiegati nelle strutture socio-sanitarie per anziani dell'Emilia-Romagna

	Pubblico	Non profit	Privato for profit	Totali
Utenti	10.431	2.219	3.839	16.489
Operatori equivalenti remunerati	8.059	1.741	2.691	12.491
di cui				
assistenti di base + RAA	4.992	1.022	1.621	7.635
IP + medici	1.105	223	372	1.700
assistenti sociali, psicologi, animatori e terapisti	213	63	85	361
addetti ai servizi ausiliari	1.233	331	413	1.977
coordinamento Direzione e Amministrazione	516	102	200	818
Operatori equivalenti NON remunerati	555	122	61	738
di cui				
obiettori	442	43	23	508
volontari	113	78	39	230
<i>Totale operatori equivalenti</i>	<i>8.615</i>	<i>1.863</i>	<i>2.753</i>	<i>13.231</i>

Fonte: Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, stime elaborate da dati SIPS.

Tabella 11. Stima degli operatori equivalenti impiegati nelle strutture socio-assistenziali per anziani dell'Emilia-Romagna

	Pubblico	Non profit	Privato for profit	Totali
Utenti	1.957	2.854	3.697	8.508
Operatori equivalenti remunerati	811	1.346	1.833	3.990
di cui				
assistenti di base + RAA	456	658	1.083	2.197
IP + medici	86	139	195	420
assistenti sociali, psicologi, animatori e terapisti	18	30	49	97
addetti ai servizi ausiliari	180	409	339	928
coordinamento Direzione e Amministrazione	71	110	167	348
Operatori equivalenti NON remunerati	75	112	34	221
di cui				
obiettivi	61	44	12	117
volontari	14	68	22	104
Totale operatori equivalenti	886	1.458	1.868	4.211

Fonte: Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, stime elaborate da dati SIPS.

3.2. I trasferimenti monetari

Un altro aspetto rilevante da considerare nel sistema di protezione regionale sono i trasferimenti monetari - assegni di cura e indennità di accompagnamento - che di fatto vanno a integrare i redditi degli anziani.

In Emilia-Romagna, l'assegno di cura è stato introdotto con la LR 5/1994 a favore delle famiglie che assumono il compito di erogare interventi assistenziali ai propri componenti anziani non autosufficienti.⁸ Il contributo giornaliero viene erogato sulla base di tre livelli di non autosufficienza:

- severo: 15,49 Euro;
- intermedio: 10,33 Euro;
- moderato: 7,23 Euro.

Nel corso del 2002 sono stati attivati circa 12.500 contratti di cura per un totale di trasferimenti pari a circa 18 milioni di Euro. L'importo dell'assegno di cura tuttavia viene dimezzato nel caso l'anziano sia beneficiario dell'indennità di accompagnamento erogata

⁸ L'assegno di cura è stato esteso successivamente ad altri soggetti che intrattengono "consolidati e verificabili rapporti di cura, anche se non legati da vincoli familiari" con gli anziani a cui prestano assistenza.

dall'INPS, che costituisce la parte più consistente dei trasferimenti monetari (*Tabella 12*): in Emilia-Romagna, l'INPS ogni anno trasferisce circa 541 milioni di Euro sotto forma di pensioni di invalidità e indennità di accompagnamento a 100.277 beneficiari. Le indennità di accompagnamento erogate agli anziani con più di 65 anni sono 61.286, per un ammontare di risorse finanziarie di 344 milioni di Euro, pari al 63,6% del totale dei trasferimenti. L'importo medio mensile per le classi di età superiori ai 65 anni è di circa 430 Euro per tredici mensilità. Essendo erogata al solo titolo dell'invalidità, l'indennità di accompagnamento può essere concessa indipendentemente dalle condizioni economiche. Si tratta quindi di un'integrazione al reddito che contribuisce sia all'abbattimento dei costi delle rette a carico delle famiglie nelle strutture residenziali sia allo sviluppo del mercato individuale dei servizi di cura alla persona, regolare o sommerso.

Tabella 12. Pensioni di invalidità e indennità di accompagnamento erogate in Emilia-Romagna, distribuite per classe di età dei percettori

classe età	n. pensioni	importo medio mensile (Euro)	importo annuo (Euro)
fino a 14	3.097	316,59	12.746.375
da 15 a 19	1.316	363,97	6.226.717
da 20 a 29	3.861	449,32	22.552.529
da 30 a 39	6.407	406,93	33.893.435
da 40 a 49	7.215	394,17	36.971.494
da 50 a 54	4.653	381,17	23.056.302
da 55 a 59	5.232	372,92	25.364.253
da 60 a 64	7.209	381,91	35.791.232
da 65 a 69	3.881	434,48	21.920.789
da 70 a 79	15.380	432,90	86.554.033
da 80 in poi	42.025	432,22	236.130.240
Senza indicazione	1	426,09	5.539
<i>Totale</i>	<i>100.277</i>	<i>415,17</i>	<i>541.212.938</i>

Fonte: INPS.

4. Le dimensioni potenziali della domanda

In base alle stime effettuate, il numero di anziani con severe limitazioni della propria autonomia ammonta a circa 95.000 (*Tabella 6*), di cui 24.997 sono ospiti in strutture residenziali e 69.906 sono confinati nella propria abitazione. Si è inoltre evidenziato che le risorse in termini di ore di lavoro erogate dal sistema di protezione regionale si concentrano prevalentemente nelle strutture residenziali. Un problema che si pone per gli anziani confinati nella propria abitazione è quello di fornire un livello di prestazioni sociali e sanitarie in grado di soddisfare un bisogno di assistenza regolare e continuativa, che non sempre può essere garantito dai responsabili di cura familiari.

Il bisogno di assistenza continuativa (*regular need of care*) - che è stato definito nel sistema di *long term care* per gli anziani non autosufficienti in Germania (Beltrametti, 1998; Cuellar e Wiener, 2000; Schneekloth, 1997) - può essere assunto come riferimento per stimare la domanda potenziale di assistenza in termini di ore di lavoro di cura e occupazione equivalente. Inoltre, sulla base dei parametri dei contratti di lavoro dello specifico settore, questa stima può essere utile per fornire un'idea approssimativa delle risorse finanziarie - aggiuntive a quelle che già vengono erogate all'interno del sistema di protezione regionale per gli anziani nel suo complesso⁹ - necessarie all'istituzione di un fondo regionale per la non autosufficienza in grado di garantire un'uniformità dei benefici a parità di bisogni.¹⁰

Il livello assistenziale del sistema di *long term care* tedesco si basa su un fabbisogno minimo orario di assistenza distinto per tre diversi livelli di non autosufficienza:

- livello I, non autosufficienza moderata, che prevede 1,5 ore di assistenza al giorno;
- livello II, che prevede 3 ore di assistenza al giorno;
- livello III, molto grave, 5 ore di assistenza al giorno.

⁹ La sperimentazione dei Piani sociali di zona e le rilevazioni a essi collegati hanno consentito di ricostruire per la prima volta il quadro delle risorse finanziarie complessive relativamente al sistema territoriale dei servizi sociali e socio-sanitari dell'Emilia-Romagna. Nel 2003 l'ammontare di tali risorse è di circa 1 miliardo di Euro, di cui il 41% destinato agli anziani. Le fonti principali di finanziamento sono date da: Comuni (45,3%), Aziende USL (30%), compartecipazione utenti (13%), fondi regionali finalizzati (5,8%), fondo regionale indistinto (3%), Province (0,7%) (cfr. DPF 2004-2006, Assessorato al bilancio, Regione Emilia-Romagna). Il complesso di queste risorse tuttavia non tiene conto dei trasferimenti monetari erogati agli anziani dall'INPS per pensioni di invalidità e indennità di accompagnamento che, come si è visto, ammontano a 344 milioni di Euro.

¹⁰ Il fondo regionale per la non autosufficienza è stato istituito con la Legge finanziaria del 2004 (LR 27 del 23 febbraio 2004, art. 51).

Se si prendono in considerazione gli anziani disabili confinati rilevati dall'indagine ISTAT sulla salute (cfr. *Capitolo 3*), si può attribuire ai confinati a casa il livello I, a quelli su una sedia o su una poltrona il livello II, e ai confinati a letto il livello III (*Tabella 13a*).

Nell'ipotesi in cui si vogliono erogare a questi anziani prestazioni di assistenza domiciliare analoghe a quelle previste dal sistema tedesco, il fabbisogno occupazionale aggiuntivo necessario sarebbe di circa 31.800 operatori equivalenti. Ipotizzando un costo del lavoro di circa 21.000 Euro all'anno, ottenuto dalla media ponderata dei diversi profili professionali socio-assistenziali, sarebbe necessario un incremento delle risorse finanziarie destinate agli anziani di circa 340 milioni di Euro (*Tabella 13b*), cifra che si approssima al 5% della spesa stanziata nel bilancio consuntivo regionale del 2002 per tutela della salute e solidarietà sociale.

Questa domanda potenziale di assistenza per gli anziani non autosufficienti, definita sulla base di un bisogno continuativo di assistenza,¹¹ di fatto si traduce in carichi di lavoro familiare e, negli ultimi anni in modo sempre più frequente, nell'acquisto di servizi privati individuali resi prevalentemente da donne migranti in forma spesso irregolare.

Tabella 13a. Ore di fabbisogno minimo di assistenza per anziani confinati secondo i diversi livelli di non autosufficienza

Livello di non autosufficienza	Ore di assistenza giornaliera *	Ore di assistenza settimanale	Numero di over 65 confinati **	Fabbisogno totale di ore settimanali
Livello I	1,5	10,5	39.202	411.621
Livello II	3	21	15.726	330.246
Livello III	5	35	14.978	524.230
<i>Totale</i>			<i>69.906</i>	<i>1.266.097</i>

Legenda

* Dati tratti da Cuellar, Wiener (2000).

** Fonte: *Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Elaborazione dati ISTAT, Indagine Multiscopo* Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000.

¹¹ Per una proposta di definizione dei Livelli essenziali di prestazioni per la non autosufficienza (LESNA) e un'analisi dei costi a livello nazionale si rimanda a Capp, Cer, Servizi Nuovi (2004).

Tabella 13b. Stima del fabbisogno occupazionale e finanziario necessario a garantire un livello di assistenza continuativa e regolare sul modello del sistema di *long term care* tedesco

Fabbisogno stimato di ore (da <i>Tabella 13a</i>)	1.266.097
<i>Ore di assistenza già erogate dai servizi domiciliari e semi-residenziali *</i>	- 102.977
Fabbisogno di ore al netto delle ore erogate dai servizi domiciliari e semiresidenziali	1.145.120
Fabbisogno occupazionale (operatori equivalenti) **	31.809
Fabbisogno finanziario lordo (milioni di euro) ***	702,1
<i>Importi già erogati per trasferimenti monetari (assegni di cura e assegni di accompagnamento) (milioni di Euro)</i>	- 362,0
Fabbisogno finanziario al netto dei trasferimenti monetari (milioni di Euro)	340,1

Legenda

- * Sono state conteggiate le ore lavorate da ADB, RAA, assistenti sociali, infermieri e medici, psicologi, animatori e terapisti e del personale di servizio.
- ** Con operatore equivalente si intende una unità di personale impiegata per 36 ore settimanali.
- *** Il fabbisogno finanziario è ottenuto moltiplicando il numero di operatori equivalenti per il salario medio ponderato calcolato prendendo in considerazione le figure professionali coinvolte nel servizio di assistenza domiciliare. Il salario medio è ottenuto considerando il CCNL degli Enti locali relativo al comparto per il triennio 2002-2005.

5. Lavoro domestico e familiare

L'Indagine Multiscopo dell'ISTAT *Condizioni di salute della popolazione* stima che in Emilia-Romagna vi siano quasi 70.000 anziani gravemente non autosufficienti che vivono presso il proprio domicilio.

Non esiste nessuna indagine campionaria a livello nazionale o regionale che renda possibile una stima del lavoro di cura svolto in favore degli anziani non autosufficienti e che identifichi il numero e le caratteristiche dei loro *caregiver* familiari.¹² Sulla base dei dati dell'Indagine Multiscopo ISTAT *Famiglie e vita quotidiana*, è tuttavia possibile prendere in considerazione il numero di ore settimanali di lavoro domestico e familiare complessivo svolto dalla popolazione emiliano-romagnola, quale dato che, pur non fornendo indicazioni precise rispetto alla quantità di lavoro erogato nello specifico per persone anziane non autosufficienti, contribuisce a identificare i soggetti maggiormente impegnati nelle attività domestiche e di cura.

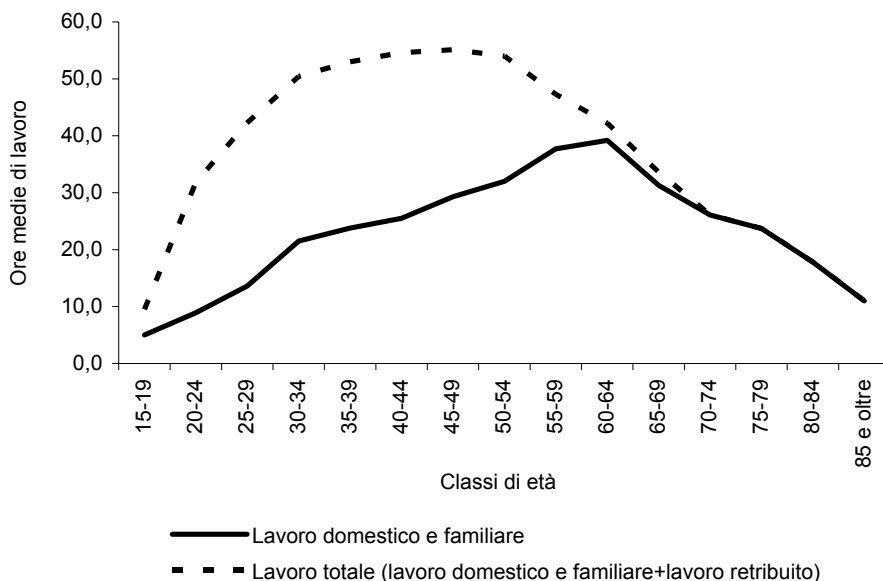
È ampiamente noto che la grande maggioranza del lavoro domestico e familiare è svolto dalle donne. In particolare, le donne nelle classi di età comprese tra i 50 e i 69 anni sopportano i carichi più pesanti (mediamente superiori alle 30 ore settimanali). Le donne anziane, anche quelle nell'età più avanzata oltre i 75 anni, continuano a sostenere carichi di lavoro domestico consistenti, pari o addirittura superiori a quelli delle donne di età tra i 35 e i 45 anni (*Grafico 2*).

¹² Uno dei dati più interessanti in questa direzione è presente nell'Indagine sui Bilanci delle famiglie italiane condotta dalla Banca d'Italia (2000), nella quale vengono rilevate le ore settimanali di lavoro domestico svolto da tutta la popolazione con più di 14 anni, distinguendo all'interno della categoria quattro componenti:

- le attività domestiche in senso stretto,
- la cura di bambini e ragazzi,
- la cura nei confronti di altri familiari co-residenti,
- la cura nei confronti di parenti non co-residenti.

Si tratta di un dato più articolato rispetto a quello derivabile dall'Indagine Multiscopo ISTAT *Famiglie e vita quotidiana*, ma rappresentativo solo a livello nazionale e di grandi ripartizioni geografiche, non a livello regionale.

Grafico 2. Ore medie di lavoro domestico e di lavoro totale settimanale delle donne con 15 anni e più. Emilia-Romagna, anno 2000



Fonte: Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Elaborazione dati ISTAT, Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana. Anno 2000.

Il carico di lavoro domestico e familiare che pesa su alcune fasce d'età della popolazione femminile è tale da configurare un vero e proprio problema di sostenibilità delle attività di cura, soprattutto quando le attività domestiche vanno a coniugarsi con un lavoro retribuito. In questa fase del ciclo di vita, infatti, è frequente che una donna si trovi a fronteggiare contemporaneamente il carico di lavoro domestico e familiare dovuto alla presenza di genitori molto anziani e quello dovuto alla prolungata presenza dei figli nel nucleo familiare d'origine (Musatti, D'Amico 1996; Saraceno, 2003).

Nei casi in cui invece i figli adulti abbiano formato un nucleo familiare proprio, frequente è l'impegno della nonna giovane nel lavoro di cura nei confronti dei nipotini. Molto spesso, il contributo della nonna ricopre una funzione fondamentale nella vita di un'altra donna (la figlia o la nuora), alleviandone il carico di lavoro e garantendole in molti casi il tempo per il lavoro extradomestico retribuito.

Se si tiene conto del fatto che la tendenza delle donne a occupare una posizione attiva sul mercato del lavoro è in crescita, si può facilmente prevedere che il problema della sostenibilità del lavoro di cura e della necessità di conciliazione tra quest'ultimo e il lavoro retribuito diventerà sempre più pressante nel prossimo futuro.

Per sostenere i carichi di lavoro domestico e familiare, soprattutto nelle famiglie in cui entrambi i coniugi occupano una posizione attiva sul mercato del lavoro, non è raro il ricorso al mercato delle collaborazioni domestiche e dei servizi di assistenza a domicilio.

Nel settore del lavoro di cura alle persone e delle collaborazioni domestiche tradizionalmente vi è una forte componente di lavoro sommerso, spesso prestato da lavoratori - o per meglio dire lavoratrici - straniere. È quindi impossibile delineare con esattezza le dimensioni di questo mercato; si possono tuttavia prendere in considerazione due dati:

- il primo riguarda i lavoratori domestici iscritti all'INPS, che in Emilia-Romagna sono 15.613 (dato del 2001), nella grande maggioranza dei casi donne (91%), e quasi la metà stranieri (47,6%);
- a questa porzione di mercato regolare nel 2001, vanno aggiunti i lavoratori domestici stranieri che hanno presentato domanda di regolarizzazione nel 2002: si tratta di altre 26.000 persone.

Questi dati costituiscono solo una stima approssimativa delle dimensioni del mercato privato della cura: non consentono infatti di distinguere tra i lavoratori che prestano lavoro a domicilio in favore di anziani non autosufficienti, e quelli che invece svolgono le loro attività presso famiglie che non hanno a carico un anziano non autosufficiente. In secondo luogo, anche dopo l'azione di regolarizzazione, permane sicuramente una quota ancora importante di sommerso che riguarda sia lavoratori stranieri che lavoratori italiani.

6. Le relazioni di cura: tra lavoro retribuito e non retribuito, regolare e irregolare

Per poter delineare gli aspetti quotidiani delle relazioni di cura tra anziani, responsabili familiari e assistenti familiari a pagamento, una parte della ricerca è stata dedicata a raccogliere testimonianze dirette dei *caregiver* familiari e di alcune donne immigrate impiegate come badanti.

Le interviste, della durata media di 2 ore, hanno coinvolto uno o più membri di 26 nuclei familiari che hanno fatto ricorso alle prestazioni di badanti straniere, e 37 lavoratrici che nel periodo in cui si è svolta la rilevazione avevano in corso (o avevano avuto) un rapporto di tale tipo con famiglie residenti nel territorio (in 6 casi presso le stesse famiglie intervistate).

Dalle interviste in profondità rivolte ai responsabili di cura familiari è possibile ricostruire la molteplicità dei vincoli del processo decisionale relativo alle scelte che vengono effettuate per la cura dell'anziano non autosufficiente. Si tratta di scelte profondamente vincolate ad aspetti economici, culturali e affettivi.

Un primo elemento che emerge con chiarezza è che davanti alla condizione problematica di un soggetto anziano, la prima opzione è sempre quella di una attivazione delle risorse interne alla famiglia. Alle attività di cura che i familiari svolgono in favore dell'anziano non autosufficiente viene attribuita una forte valenza affettiva: il lavoro di cura non viene cioè percepito come una semplice esecuzione di mansioni ma se ne evidenziano gli aspetti connessi al contatto quotidiano, all'intimità, alla convivenza, allo scambio comunicativo.

Le testimonianze raccolte evidenziano al contempo la gravosità dei compiti che i *caregiver* familiari si trovano a dovere sostenere, e la grande difficoltà a conciliare tra loro le esigenze dell'anziano, della famiglia propria e, quando c'è, del lavoro retribuito. La condizione di non autosufficienza determina una reciproca dipendenza tra l'anziano e il suo responsabile di cura, e ciò va ad incidere anche sugli equilibri familiari e lavorativi di quest'ultimo.

Quando l'anziano presenta forme di non autosufficienza gravi, la famiglia si trova davanti a un problema di sostenibilità del lavoro di cura e inizia a vagliare le possibilità di cercare una qualche forma di aiuto all'esterno. Questa scelta è vissuta sovente in modo conflittuale: il processo decisionale in alcuni casi è lungo e maturato gradualmente, in altri casi interviene un evento traumatico a distruggere gli equilibri precedentemente creati. In ogni caso il momento in cui la famiglia prende coscienza dell'inadeguatezza delle possibilità di intervento diretto di cui dispone è delicato e destabilizzante e non di rado comporta un certo livello di conflittualità tra i soggetti coinvolti.

Di fronte alla necessità di trovare un appoggio esterno per la cura dell'anziano non autosufficiente, le famiglie intervistate hanno deciso di non ricoverare l'anziano in una struttura residenziale, adducendo principalmente due ragioni:

- una prima ragione risiede nella volontà di operare per il benessere dell'anziano, che viene percepito come strettamente legato alla possibilità di tenere la persona a casa sua;
- la seconda motivazione è relativa alla sostenibilità dei costi monetari della struttura residenziale che vengono considerati eccessivamente gravosi.

Come si vede dalla Tabella 14, i costi medi a carico delle famiglie per il mantenimento dell'anziano in una struttura residenziale sono estremamente variabili a seconda del tipo di struttura, della modalità gestionale e della presenza o meno di una quota a carico del Fondo sanitario; il costo che ogni famiglia deve sostenere dipende da diversi fattori, in primo luogo dal livello di non autosufficienza dell'anziano stesso.

Se si osserva la distribuzione degli utenti all'interno delle diverse strutture (cfr. *Capitolo 3*), si può notare che la quota più consistente (circa il 70%) è attualmente ricoverata in strutture di tipo socio-sanitario (case protette e RSA). Pertanto, tenendo conto dell'intervallo di variazione dei costi evidenziato dalla Tabella, le famiglie si trovano a sostenere costi da un minimo di 1.200 a un massimo di 2.700 Euro mensili.

Tabella 14. Valori medi in Euro delle rette mensili massime a carico degli utenti nei differenti presidi residenziali (posti convenzionati e non convenzionati). Anno 2000

		Retta max mensile a carico utente			Quota a carico FSN		
		Pubbl.	Profit	Non profit	Pubbl.	Profit	Non profit
RSA	posti convenzionati	1.308,60	1.675,80	1.322,10	1.016,40	1.354,20	800,70
	posti non convenz.	1.922,70	2.742,30	2.128,80			
Casa protetta	posti convenzionati	1.215,30	1.370,70	1.227,60	654,00	744,90	672,30
	posti non convenz.	1.449,00	1.925,40	1.596,30			
Casa di riposo	posti convenzionati	1.122,90	1.696,50	1.038,00	995,40		464,70
	posti non convenz.	1.125,30	1.734,90	1.080,60			
Comunità alloggio	posti convenzionati	451,80		707,70	384,30		232,50
	posti non convenz.	850,50	1.348,50	969,00			

Fonte: Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Stime elaborate da dati SIPS.

In alternativa all'istituzionalizzazione, l'assistenza domiciliare pubblica è nella grande maggioranza dei casi insufficiente a soddisfare un bisogno di cure regolare e continuativo.

Le indennità di accompagnamento e gli assegni di cura (cfr. *Paragrafo 3.2*) forniscono alle famiglie un reddito aggiuntivo che può essere speso, nel caso in cui non si voglia ricorrere all'istituzionalizzazione, sul mercato per l'acquisto di servizi di assistenza. Quando l'anziano è gravemente non autosufficiente e necessita di interventi più volte al giorno e di una sorveglianza pressoché costante nell'arco delle 24 ore, i costi dell'assistenza privata sul mercato regolare diventano proibitivi.

In questa situazione caratterizzata da un'insufficienza del sistema pubblico di protezione, emerge una domanda di lavoro di cura espressa dalle famiglie, che ricercano personale in grado di garantire la presenza durante tutto l'arco della giornata, a costi sostenibili. Questa domanda si incontra con l'esistenza di uno specifico flusso migratorio femminile, dando origine al cosiddetto fenomeno del badantato.

Dalle interviste effettuate risulta che il compenso monetario effettivo di un'assistente familiare straniera convivente con l'anziano è mediamente compreso tra 700-800 Euro mensili. Molto spesso il rapporto lavorativo è di tipo semi-sommerso: l'assistente familiare viene cioè regolarmente assunta con un contratto lavorativo che prevede un numero di ore settimanali o mensili decisamente inferiore a quelle effettivamente prestate.

Una parte importante delle interviste è stata dedicata ad approfondire il tipo di relazione che si instaura tra la badante e la famiglia presso la quale lavora. È emerso chiaramente che si tratta di una relazione di scambio non riconducibile esclusivamente al rapporto tra salario e prestazione. In primo luogo perché alcuni elementi importanti della contrattazione riguardano aspetti non monetari della relazione di scambio. Il vitto e soprattutto l'alloggio messi a disposizione dalle famiglie per la badante straniera costituiscono un elemento fondamentale del contratto: spesso l'anziano vive infatti in abitazioni sovradimensionate rispetto alle sue esigenze. L'offerta di un alloggio non costituisce per le famiglie un costo percepito come gravoso, e rappresenta così un salario aggiuntivo che consente alle famiglie un minore esborso monetario; dall'altra parte permette all'assistente familiare straniera di risolvere il problema abitativo che avrebbe costi proibitivi e non compatibili con le finalità stesse del progetto migratorio, se dovesse essere affrontato sul mercato. Il progetto migratorio di gran parte delle donne che trovano impiego come badanti non è infatti finalizzato a un inserimento stabile in Italia; si tratta al contrario di progetti di breve periodo, caratterizzati da un frequente pendolarismo verso i paesi di origine e finalizzati a produrre quanto più reddito possibile in breve tempo per sostenere le esigenze dei propri familiari rimasti in patria. Da questo punto di vista quindi, un'attività lavorativa che offra all'immigrata un alloggio dove vivere rappresenta un aspetto di fondamentale importanza per la realizzazione del proprio progetto. Inoltre, l'accoglienza in famiglia costituisce un importante punto di riferimento per l'immigrata che trova un contesto in cui inserirsi e che, soprattutto quando è da poco in Italia e può trovarsi in una condizione di irregolarità, la protegge e la aiuta a orientarsi in un paese straniero.

Sull'altro versante della relazione di scambio, l'assistente familiare si rende disponibile non solo alla coabitazione con l'anziano, ma anche a essere presente giorno e notte, affiancando alle mansioni dirette di cura una sorveglianza costante, lavorando di fatto molto più di quanto non sia previsto nel contratto formale.

Si può cioè parlare di una situazione di reciproco vantaggio, che consente un adattamento tra famiglia da un lato e badante dall'altro, un adattamento che non viene predefinito una volta per tutte ma che è continuamente in itinere. Due sono gli aspetti di questa relazione di scambio da tenere particolarmente in considerazione: in primo luogo si tratta di una contrattazione privata tra i soggetti coinvolti, in buona parte al di fuori della normale regolamentazione dei rapporti di lavoro, che pone inevitabilmente dei problemi per quanto riguarda il riconoscimento dei diritti dell'anziano non autosufficiente e della lavoratrice. In secondo luogo, questa forma di adattamento e di reciproco vantaggio è resa possibile soprattutto dal fatto che il progetto migratorio di queste donne non è finalizzato a un inserimento definitivo in Italia, ma è vissuto come una situazione temporanea durante la quale l'obiettivo è quello di massimizzare il reddito da inviare alla propria famiglia, minimizzando i costi economici del mantenimento in un paese straniero.

Nota metodologica

Per stimare le condizioni di disabilità tra la popolazione dell'Emilia-Romagna in questo lavoro è stata utilizzata come fonte principale l'Indagine Multiscopo *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, che contiene una sezione appositamente dedicata alle disabilità.

Mentre il Sistema informativo delle politiche sociali (SIPS) permette di conteggiare il numero di utenti in carico ai servizi per gli anziani della regione, l'Indagine Multiscopo - essendo un'indagine campionaria diretta a tutta la popolazione - consente di stimare la consistenza complessiva del fenomeno delle disabilità. Per una corretta interpretazione dei dati sulla disabilità che emergono da questa indagine è necessario sottolinearne alcune caratteristiche.

- L'indagine adotta una definizione di disabilità basata sulla classificazione ICIDH che prende in considerazione tre specifiche dimensioni della disabilità: la dimensione fisica, riferibile alle funzioni della mobilità e della locomozione, che nelle situazioni di gravi limitazioni si configura come confinamento; la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane, che si riferisce alle attività di cura della persona; la dimensione della comunicazione che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola. A seconda della sfera di autonomia funzionale compromessa, vengono costruite quattro tipologie di disabilità: confinamento (a letto, su una sedia/poltrona o nella propria abitazione) difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà della comunicazione.
- Essendo strettamente legata a limitazioni nello svolgimento di attività di tipo motorio o sensoriale, la definizione di disabilità adottata permette di cogliere in modo solo parziale le limitazioni connesse a patologie psichiatriche e a insufficienze mentali.
- La disabilità così definita viene rilevata attraverso una batteria di quesiti ai quali la persona intervistata risponde secondo la valutazione soggettiva del proprio grado di autonomia. Tale valutazione può quindi variare anche a seconda delle differenze cognitive o culturali o della disparità nel disporre di sostegni materiali e relazionali di cui il disabile può avvalersi per far fronte alle proprie limitazioni.
- Trattandosi di un'indagine campionaria, le frequenze dei fenomeni misurati vanno considerati come stime. A ogni valore stimato è possibile associare un intervallo di possibile variazione, che indica il livello di precisione della stima stessa. Nel conteggiare il numero degli anziani con disabilità presenti sul territorio della regione si sono messi in evidenza anche i diversi livelli di non autosufficienza, anche se questo ha comportato affidarsi a stime poco precise (cioè con intervalli di confidenza piuttosto ampi).

Riferimenti bibliografici

- Ascoli U., Barbagli M., Cossentino F., Ecchia G. (a cura di). *Le politiche sociali in Emilia-Romagna-Primo rapporto*. Rosenberg&Sellier, Torino, 2001.
- Baldini M., Silvestri P. *Redditi benessere e disuguaglianza nella provincia di Modena*. Centro Analisi delle Politiche Pubbliche, Modena, 2003.
- Banca d'Italia. *Indagine sui bilanci delle famiglie italiane*. Roma, 2000.
- Barbagli M. (a cura di). *Famiglie e politiche sociali in Emilia-Romagna*. Regione Emilia-Romagna, 1998.
- Barbagli M., Saraceno C. *Lo stato delle famiglie in Italia*. Il Mulino, Bologna, 1997.
- Beltrametti L. L'assistenza ai non autosufficienti: alcuni elementi per il dibattito. *Politica economica*, XIV (1): 155-185, 1998.
- Bettio F., Mazzotta F., Solinas G., *Domanda e costi dei servizi di cura agli anziani*, Progetto Europeo Galca. Rapporto sull'Italia. Primi risultati. 2004.
- Borzaga C. (a cura di). *Capitale umano e qualità del lavoro nei servizi sociali: un'analisi comparata tra modelli di gestione*. Fondazione italiana per il volontariato, Roma, 2000.
- Borzaga C., Musella M. (a cura di). *Produttività ed efficienza nelle organizzazioni nonprofit: il ruolo dei lavoratori e delle relazioni di lavoro*. Edizioni 31, Trento, 2003.
- Buratta V., Crialesi R. Le famiglie dei disabili: profilo socio-demografico e relazionale. *Rassegna italiana di sociologia*, 37 (3): 477-499, 1996.
- Capp, Cer, Servizi Nuovi. *Diritti di cittadinanza delle persone anziane non autosufficienti*. SPI-CGIL, Editrice Liberetà, Roma, 2004.
- Cossentino F. *I servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale*. Collana Dossier, n. 70, Regione Emilia-Romagna - ASR, 2002.
- Cuellar A.E., Wiener J.M. Can social insurance for long term care work? The experience of Germany. *Health Affairs*, 19 (3): 26-30, 2000.
- Da Roit B., Castegnaro C. (a cura di). *hi cura gli anziani non autosufficienti?* FrancoAngeli, Milano, 2004.
- Daly M., Lewis J. The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, 51 (2): 281-298, 2000.
- Esping-Andersen G. *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*. Il Mulino, Bologna, 2000.
- Esping-Andersen G. *Why we need a new welfare state*. Oxford University Press, 2002.
- Ferrera M. *Le trappole del welfare. Uno stato sociale sostenibile per L'Europa del XXI secolo*. Il Mulino, Bologna, 1998.
- Gardiner J. *Gender, care and economics*, Macmillan, Houndmills, 1997.

- Ginzburg A. Introduzione. In Solow R.M. *Lavoro e welfare*. Edizioni Comunità, Torino, 2001.
- Graham H. The concept of caring in feminist research: the case of domestic service. *Sociology*, 25 (1): 61-78, 1991.
- ISTAT. *Le condizioni di salute della popolazione. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000*. Roma, 2001.
- Jackson W.A. *The political economy of population ageing*. Edward Elgar, Cheltenham, 1998.
- Le Bras H. *Il demone delle origini. Demografia e estrema destra*. Feltrinelli, Milano, 2001.
- Musatti T., D'Amico R. Nonne e nipotini: lavoro di cura e solidarietà intergenerazionale. *Rassegna italiana di sociologia*, XXXVII (4): 559-584, 1996.
- Orloff A.S. Il cambiamento delle relazioni di genere e delle forme familiari e i sistemi di protezione sociale. *Europa Europe*, 9 (1): 69-88, 2000.
- Picchio A. *Unpaid work and the economy*. Routledge, London and New York, 2003.
- Regione Emilia-Romagna. *L'associazionismo utile e solidale. Una ricerca sui Centri, i Circoli e i Comitati anziani dell'Emilia-Romagna*. FrancoAngeli, Milano, 1999.
- Saraceno C. *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*. Il Mulino, Bologna, 1998.
- Saraceno C. La conciliazione di responsabilità familiare e attività lavorativa in Italia: paradossi ed equilibri imperfetti. *Polis*, XVII (2): 199-228, 2003.
- Schneekloth U. Determining the long term care needs of individuals living in private households: results from a survey. In Eisen R., Sloan F. (a cura di). *Long term care: economics issues and policy solutions*. Kluwer Academic Publisher, Boston, 1997.
- Schneider U. Germany's social long term care insurance: design, implementation and evaluation. *International social security review*, 52 (2): 31-74, 1999.
- Thomas C. De-constructing concepts of care. *Sociology*, 27 (4): 649-669, 1993.

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Sono anche scaricabili dal sito <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm>

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003. (*)
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)
103. Assistenza alle persone affette da autismo e altri disturbi pervasivi dello sviluppo. Bologna, 2004. (*)

- 104.** Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
- 105.** SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
- 106.** La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)

