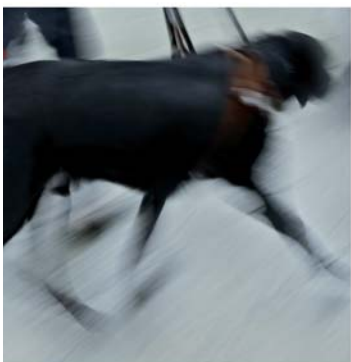




SISTEMA STATISTICO NAZIONALE
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

Argomenti n. 37



La disabilità in Italia

Il quadro della statistica ufficiale

 Istat

I settori

AMBIENTE E TERRITORIO		<i>Ambiente, territorio, climatologia</i>
POPOLAZIONE		<i>Popolazione, matrimoni, nascite, decessi, flussi migratori</i>
SANITÀ E PREVIDENZA		<i>Sanità, cause di morte, assistenza, previdenza sociale</i>
CULTURA		<i>Istruzione, cultura, elezioni, musei e istituzioni similari</i>
FAMIGLIA E SOCIETÀ		<i>Comportamenti delle famiglie (salute, letture, consumi, etc.)</i>
PUBBLICA AMMINISTRAZIONE		<i>Amministrazioni pubbliche, conti delle amministrazioni locali</i>
GIUSTIZIA E SICUREZZA		<i>Giustizia civile e penale, criminalità</i>
CONTI ECONOMICI		<i>Conti economici nazionali e territoriali</i>
LAVORO		<i>Occupati, disoccupati, conflitti di lavoro, retribuzioni</i>
PREZZI		<i>Indici dei prezzi alla produzione e al consumo</i>
AGRICOLTURA E ZOOTECNIA		<i>Agricoltura, zootecnia, foreste, caccia e pesca</i>
INDUSTRIA E SERVIZI		<i>Industria, costruzioni, commercio, turismo, trasporti e comunicazioni, credito</i>
COMMERCIO ESTERO		<i>Importazioni ed esportazioni per settore e Paese</i>

Alla produzione editoriale collocata nei 13 settori si affiancano le pubblicazioni periodiche dell'Istituto: Annuario statistico italiano, Bollettino mensile di statistica e Compendio statistico italiano. Il Rapporto annuale dell'Istat viene inviato a tutti gli abbonati anche ad un solo settore.



SISTEMA STATISTICO NAZIONALE
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

La disabilità in Italia

Il quadro della statistica ufficiale

A cura di: Alessandro Solipaca

Coordinamento redazionale: Irene Lofani

Per informazioni sul contenuto della pubblicazione
rivolgersi al Cont@ct Centre dell'Istat all'indirizzo:
<https://contact.istat.it/>

Eventuali rettifiche ai dati pubblicati saranno diffuse
all'indirizzo www.istat.it nella pagina di presentazione del volume

La disabilità in Italia

Il quadro della statistica ufficiale

978-88-458-1628-4

Argomenti n. 37

© 2009

Copertina:
Maurizio Bonsignori

Foto:
© Shutterstock

Realizzazione: Istat, Servizio editoria

Stampato nel mese di aprile 2010 - copie 360
presso il Centro stampa dell'Istat
Via Tuscolana 1788 - Roma

Si autorizza la riproduzione a fini non
commerciali e con citazione della fonte



Indice

	Pag.
Introduzione	9
1. Le persone con disabilità in Italia: numero e caratteristiche sociodemografiche	13
1.1 Le persone con disabilità in Italia	15
1.2 La tipologia di disabilità	21
1.3 Le persone con disabilità in famiglia e in istituto	27
1.4 I livelli di istruzione	29
1.5 La condizione professionale	33
Conclusioni	36
Box: Quante saranno le persone con disabilità in futuro?	36
Bibliografia	38
2. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione con disabilità	39
2.1 La speranza di vita libera da disabilità	40
2.2 La percezione dello stato di salute nella popolazione con disabilità	44
2.3 Le patologie croniche che colpiscono la popolazione con disabilità	49
2.4 Il ricorso ai servizi sanitari delle persone con disabilità	55
Conclusioni	69
Box: L'ospedalizzazione dei pazienti affetti da disturbi psichici	70
Bibliografia	71

	Pag.
3. L'integrazione scolastica delle persone con disabilità	73
3.1 Panoramica sulla normativa inerente alla disabilità e all'istruzione .	74
3.2 L'integrazione scolastica in Italia	76
3.2.1 <i>Livelli di istruzione</i>	76
3.2.2 <i>Alunni</i>	77
3.2.3 <i>L'ambiente scolastico</i>	82
3.2.4 <i>Organico di sostegno</i>	84
3.3 L'integrazione universitaria	86
3.4 L'esperienza scolastica	88
3.4.1 <i>L'esperienza attuale</i>	89
3.4.2 <i>L'esperienza passata</i>	90
Conclusioni	93
Bibliografia	94
4. Le persone con disabilità e il mondo del lavoro	97
4.1 La normativa in vigore	98
4.2 Quali sono e quali dati offrono le fonti informative disponibili	102
4.3 La condizione professionale delle persone con disabilità	103
4.4 I servizi per l'impiego per le persone con disabilità	106
4.5 Gli utenti con disabilità dei servizi per l'impiego	108
4.6 Una realtà complessa: l'inserimento lavorativo	109
Conclusioni	111
Bibliografia	113
5. La vita quotidiana delle persone con disabilità: cultura, socialità e tempo libero	115
5.1 La soddisfazione per la vita quotidiana	115
5.2 Gli spettacoli e intrattenimenti fuori casa	120
5.3 Radio, televisione e letture	127
5.4 Internet e personal computer	131
5.5 Partecipazione politica e sociale	138
5.5.1 <i>La partecipazione politica</i>	138
5.5.2 <i>La partecipazione sociale</i>	144
5.6 Gli amici	149
Conclusioni	152

	Pag.
6. La vita quotidiana delle persone con disabilità: il rapporto con i servizi pubblici	153
6.1 I servizi di sportello: Aziende sanitarie locali, anagrafe e posta	153
6.2 I servizi di trasporto: mezzi pubblici urbani (autobus, filobus e tram), pullman e treno	163
Conclusioni	171
7. Le reti di aiuto delle famiglie con persone con disabilità	173
7.1 Il quadro d'insieme	175
7.2 Gli aiuti ricevuti	179
7.2.1 <i>La rete informale</i>	179
7.2.2 <i>Il ricorso ai servizi a pagamento</i>	182
7.2.3 <i>Il sostegno degli aiuti dal settore pubblico</i>	183
7.3 Il mix degli aiuti	183
Conclusioni	184
Bibliografia	185
8. Caratteristiche dei beneficiari delle pensioni di invalidità	187
8.1 Analisi dei dati	190
Appendice - L'attività internazionale per migliorare l'informazione statistica sulla disabilità	217
Conclusioni	232
Bibliografia	235

Avvertenza - Nelle tavole statistiche sono state adoperate le seguenti convenzioni:

Due puntini (..) stime con errore relativo superiore al 75%

Linea (-) dato non disponibile o rilevabile.



Introduzione

L'Istat è impegnato da alcuni anni nella costruzione dell'informazione statistica sulla disabilità, cercando di colmare un vuoto informativo di diversi anni su un problema molto importante. Prima del 1999, infatti, non sarebbe stato possibile fornire un quadro numerico sul mondo della disabilità, in quanto non si disponeva di un sistema organizzato di flussi informativi in grado di soddisfare il bisogno di documentazione statistica che esisteva su questo argomento.

L'Istat, grazie alla sensibilità dell'allora Dipartimento delle politiche sociali, oggi Ministero del lavoro della salute e delle politiche sociali, ha progettato e implementato un sistema informativo sulla disabilità con l'obiettivo di valorizzare tutto il patrimonio informativo esistente sulla disabilità e di renderlo disponibile per i policy makers, gli operatori del settore sociale e sanitario, la comunità scientifica e tutti i cittadini interessati a questa tematica.

L'impegno posto in questi anni è stato cospicuo, in quanto si è dovuto costruire un quadro numerico risolvendo tutte le disomogeneità delle informazioni disponibili, a partire dalla definizione stessa del concetto di disabilità. La disabilità è un termine che indica gli aspetti negativi dell'interazione tra un individuo, con una determinata condizione di salute, e i contesti ambientali e culturali dove esso vive. A fronte di questa breve ma incisiva definizione di disabilità, in Italia, si assiste a un'enorme confusione di cui vi è

Editing delle tavole e delle figure del volume a cura di Gualtiero Ronca

Si ringraziano la Federazione italiana per il superamento dell'handicap (Fish) e l'Associazione nazionale disabili (Fand) per la collaborazione e i preziosi suggerimenti che ci hanno permesso di migliorare l'informazione statistica sulla disabilità

ampia traccia non solo nel linguaggio comune ma anche nei testi normativi. Dall'analisi normativa e dalla produzione statistica emerge con particolare evidenza che si ha a che fare con due punti di vista estremamente diversi: quello che si riferisce alla mera menomazione fisica o mentale e quello che prende in considerazione, oltre a queste limitazioni, anche gli aspetti legati all'integrazione ed alla partecipazione sociale delle persone con disabilità.

Negli ultimi anni vi sono stati molti progressi culturali rispetto a questo tema, l'esempio più tangibile di questo processo è rappresentato dalla implementazione della nuova classificazione dell'International classification on functioning, disability and health (Icf) che ha recepito gran parte delle riflessioni svolte nel corso degli anni su questo argomento. Con questa classificazione è stato superato il vecchio schema che vedeva la disabilità come un processo lineare che partiva dalla malattia, passava per la menomazione che essa causava e finiva con la condizione di disabilità ed handicap. Il nuovo punto di vista proposto con l'Icf è più generale e prende in considerazione anche i contesti socio-culturali e ambientali di vita degli individui, al fine di valutarne le interrelazioni con le condizioni di salute e l'impatto sull'inclusione sociale delle persone con disabilità.

In questo nuovo e più complesso quadro concettuale la statistica pubblica si trova a dover rispondere a domande sempre più articolate, mosse dal mondo della politica e da quello della ricerca e, in generale, da tutta la società civile la quale, grazie ad una crescente sensibilità verso i fenomeni sociali, fa sentire forte l'esigenza di un'informazione di maggiore qualità. D'altra parte, la politica recepisce i cambiamenti culturali e le spinte della società e domanda sempre maggiore dettaglio nell'informazione, per poter rispondere all'esigenza di programmazione di politiche sociali chiamate a soddisfare bisogni crescenti, sia in termini numerici, sia in termini qualitativi.

Il presente volume si propone di fornire un quadro sulla condizione delle persone con disabilità nel nostro Paese, ricostruendo, attraverso un'analisi multifonte, le diverse fasi della vita di queste persone, dal periodo scolastico a quello della vecchiaia. Le analisi svolte sono finalizzate a documentare le principali dimensioni che caratterizzano l'intero arco di vita, come le condizioni di salute, l'esperienza lavorativa, le relazioni familiari e, più in generale, il livello di partecipazione sociale delle persone con disabilità. Il volume si articola in diversi capitoli tematici che affrontano gli argomenti citati, approfondendo anche gli a-

spetti legati alle politiche sociali finalizzate all'inserimento scolastico, all'integrazione lavorativa e al complesso di aiuti, formali e informali, sui quali le persone con disabilità possono contare. Viene inoltre documentata quella parte della protezione sociale dedicata al sistema di previdenza per le persone con disabilità.

Dalla lettura del lavoro sarà evidente la presenza di diverse definizioni di disabilità, frutto dell'impiego di fonti dati diverse, tuttavia nel testo saranno sempre esplicitate le definizioni sottostanti, con i relativi caveat necessari per una corretta interpretazione e utilizzo delle informazioni riportate.

Per anticipare alcune conclusioni che si possono porre all'attenzione del lettore, possiamo dire che dal lavoro emerge un quadro del mondo della disabilità "in chiaro scuro"; sono infatti evidenti i progressi che le politiche hanno introdotto in un'ottica di inclusione delle persone con disabilità e la legge 104 del 1992 ne costituisce il principale esempio. Altri interventi normativi pregnanti si possono cogliere dalla legge 68 del 1999 in materia di inserimento lavorativo e la 328 del 2000 in tema di integrazione socio sanitaria. Queste leggi pongono l'Italia, per molti aspetti, all'avanguardia tra i Paesi europei in materia di politiche sulla disabilità, tuttavia permangono numerose lacune nell'attuazione di queste normative, dovute probabilmente alla lentezza delle amministrazioni nel loro recepimento e alla scarsità di risorse finanziarie a disposizione dei governi locali competenti in materia sociale. Una delle conseguenze di quanto detto è che nel nostro Paese il principale strumento di supporto alle persone con disabilità e alle loro famiglie è rappresentato dal sistema dei trasferimenti monetari, sia di tipo pensionistico sia assistenziale. Permane quindi la carenza di servizi e assistenza formale da parte del sistema sociale, questo deficit ricade inevitabilmente sulle famiglie che continuano a svolgere e a farsi carico della maggior parte delle attività di cura e di aiuto ai loro componenti in condizione di disabilità.


Le politiche sull'inserimento scolastico e lavorativo non hanno ancora conseguito a pieno gli obiettivi prefissati, lo testimoniano i dati sui livelli di istruzione delle persone con disabilità sensibilmente più bassi rispetto al resto della popolazione e il numero di occupati che non è ancora in linea con il resto del Paese. Inoltre, i dati dei Centri per l'impiego, testimoniano che il numero di coloro che è disposto a lavorare è ancora troppo basso, segno di una persistente sfiducia verso la reale possibilità di svolgere una vita lavorativa, a causa delle limitazioni im-

poste dalla propria condizione di salute e delle barriere, culturali e ambientali, che si frappongono tra le persone con disabilità e il mondo del lavoro.

Altri aspetti qualificanti della partecipazione sociale necessitano ancora di miglioramenti i dati testimoniano, infatti, che vi sono ambiti in cui la mancanza di autonomia costituisce un elemento di esclusione e marginalizzazione. Il disagio si amplifica nei contesti in cui l'attività sociale è condizionata dalla limitazione fisica; un esempio su tutti è rappresentato dalla difficoltà legata all'utilizzo dei trasporti pubblici.

Negli ambiti che non coinvolgono fattori fisici o impedimenti legati all'età, le persone con disabilità svolgono attività di partecipazione molto soddisfacente. In particolare, è il segmento giovanile che si manifesta particolarmente vivace negli ambiti della partecipazione politica e dell'associazionismo, ma anche nell'utilizzo di nuove tecnologie della comunicazione e dell'informazione.

Le conclusioni delle analisi fatte sottolineano con forza quanto la disabilità non sia solo una condizione ineluttabile, frutto di problemi di salute, ma sia anche la conseguenza dell'interazione con un ambiente spesso ostile. Pertanto per attuare politiche sociali efficaci ci si dovrà orientare sempre verso interventi finalizzati ad abbattere le barriere, di qualsiasi natura, che ostacolano il processo di inclusione delle persone con disabilità nel tessuto sociale. Questo obiettivo è perseguibile attraverso un processo virtuoso che parta dall'identificazione dei bisogni della popolazione e arrivi all'individuazione delle azioni da attuare per migliorare il livello di inclusione delle persone con disabilità. In questo processo gioca un ruolo importante anche la statistica ufficiale, la quale dovrà dare il suo supporto, fornendo l'informazione necessaria per descrivere le diverse dimensioni del bisogno e documentare l'efficacia delle politiche attuate.



1. Le persone con disabilità in Italia: numero e caratteristiche sociodemografiche

La disabilità è una condizione difficile da identificare per chi è chiamato a produrre statistiche sulla popolazione, questa difficoltà nasce già dalla sua definizione che non coinvolge solo le limitazioni nelle funzioni fisiche e mentali di un individuo, ma anche i fattori ambientali e culturali che lo circondano. Tale complessità è testimoniata anche dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (Icf), elaborata dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 2001 che propone un nuovo punto di vista per il concetto di disabilità. Infatti, questa viene definita come “la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo”.

La multidimensionalità di tale concetto rende ancora più complicato il compito dello statistico che è chiamato a implementare la definizione a fini statistici, in particolare a tradurre il concetto di disabilità in idonei strumenti di misurazione. Le indagini campionarie sono lo strumento statistico più utilizzato, anche a livello internazionale, per fornire un quadro sufficientemente esaustivo della disabilità, in particolare per quanto riguarda le condizioni di salute e i bisogni ad essa collegati. Le difficoltà che si incontrano nel produrre tali indagini nascono dal fatto che è necessario identificare la condizione di disabilità, attraverso la formulazione di una serie di domande da inserire nei questionari da sottoporre ai cittadini che siano in grado di rilevare gli innumerevoli aspetti che concorrono a definire tale condizione.

La fonte principale per studiare il problema della disabilità in Italia è l'indagine Istat sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Nell'indagine svolta presso le famiglie si rilevano le informazioni sullo stato di salute, il ricorso ai principali servizi sanitari, alcuni fattori di rischio per la salute e i comportamenti di prevenzione. Il set di domande poste alle persone intervistate privilegia quegli aspetti della disabilità legati alle limitazioni che queste incontrano nell'ambito delle normali attività della vita quotidiana, ma non coglie gli aspetti legati alla disabilità mentale e alla condizione di disabilità nei bambini sotto i 6 anni di età.

Rimangono, inoltre, escluse le persone istituzionalizzate in quanto l'universo di riferimento dell'indagine campionaria è rappresentato dalle persone di età superiore ai 6 anni residenti in famiglia in Italia. Per colmare tale lacuna la rilevazione campionaria è integrata con i dati dell'indagine sui "Presidi residenziali socio-assistenziali". Le informazioni raccolte riguardano tutte le strutture residenziali in cui trovano alloggio persone che si trovano in stato di bisogno per motivi diversi: anziani soli o con problemi di salute, disabili, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici e in condizioni di disagio sociale.

Nel presente capitolo si tenterà di disegnare il profilo delle persone con disabilità a partire dalle caratteristiche demografiche di questa popolazione, dai livelli di istruzione e dalla partecipazione al mercato del lavoro, introducendo così alcuni elementi di natura socio-demografica e di contesto utili per approfondire, nei capitoli successivi, il grado di partecipazione sociale delle persone con disabilità, anche attraverso i principali strumenti messi in campo dalle politiche sociali per migliorare le condizioni di vita di queste persone.

1.1 - Le persone con disabilità in Italia

Le persone con disabilità¹ di sei anni e più che vivono in famiglia in Italia nel 2004 sono due milioni e 600 mila, pari al 4,8 per cento della popolazione italiana (Tavola 1.1).

La disabilità è un problema che coinvolge soprattutto gli anziani, infatti, quasi la metà delle persone con disabilità, un milione e 200 mila, ha più di ottanta anni.

Tavola 1.1 - Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia per classe di età e sesso - Anni 2004-2005 (valori assoluti e tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)

SESSO	Classi di età										Totale
	6-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80 e più	
VALORI ASSOLUTI											
Maschi	41	19	28	46	51	76	64	99	131	328	882
Femmine	39	17	24	41	50	98	111	180	289	879	1.727
Totale	81	36	52	86	101	174	174	278	420	1.207	2.609
TASSI DI DISABILITÀ											
Maschi	1,61	0,60	0,66	0,96	1,37	2,21	4,29	7,66	13,41	35,83	3,32
Femmine	1,62	0,58	0,56	0,87	1,29	2,71	6,47	11,41	20,80	48,86	6,12
Totale	1,61	0,59	0,61	0,92	1,33	2,47	5,45	9,72	17,75	44,47	4,76

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

Le differenze di genere evidenziano uno svantaggio tutto al femminile. Il 66,2 per cento delle persone con disabilità sono donne, 1 milione 700 mila, che corrisponde al 6,1 per cento delle donne italiane. Tra gli uomini la percentuale è pari al 3,3 per cento, valore quasi dimezzato rispetto alle donne.

Le differenze di genere non sono legate solo all'invecchiamento, infatti, i tassi di disabilità per classe di età degli uomini e delle donne sono molto vi-

¹ Una persona è definita "disabile" se presenta gravi difficoltà in almeno una delle seguenti dimensioni: difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni quotidiane, difficoltà nella comunicazione (vista, udito o parola). Nel rilevare il fenomeno della disabilità l'Istat ha fatto sempre riferimento al questionario predisposto negli anni Ottanta da un gruppo di lavoro dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) sulla base della classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) - International classification of impairment, disability and handicap - 1980 (Icidh). Sebbene siano noti i limiti di tale strumento, non è ad oggi disponibile una operazionalizzazione della nuova classificazione Icf (International classification of functioning, disability and health), approvata dall'Oms nel 2001 e condivisa a livello internazionale. Cfr. nota metodologica "Le condizioni di salute della popolazione 1999-2000".

cini fino ai 54 anni di età, a partire dai 55 anni si evidenzia una forbice tra i due sessi a svantaggio delle donne. Tale svantaggio femminile cresce con l'aumentare dell'età.

La perdita di autonomia funzionale aumenta all'avanzare dell'età, quando le patologie cronico-degenerative di tipo invalidante si cumulano al normale processo di invecchiamento dell'individuo. Infatti, l'80 per cento delle persone con disabilità ha più di 65 anni, in questa classe di età la quota di persone con disabilità raggiunge il 18,7 per cento. Valori decisamente più alti sono raggiunti dopo gli 80 anni di età, quando il 44 per cento della popolazione non ha più autonomia funzionale.

A livello territoriale, si evidenzia un quadro fortemente disomogeneo rispetto alla prevalenza: la disabilità è più diffusa nell'Italia insulare (5,7 per cento) e nel Sud (5,2 per cento) mentre al Nord la percentuale di persone con disabilità supera di poco il 4 per cento.

Le regioni presentano diversi livelli di disabilità: da valori molto alti di Sicilia (6,1 per cento), Umbria (6,0 per cento), Molise e Basilicata (entrambe 5,8 per cento) si passa a valori decisamente più bassi di Bolzano (2,5 per cento), Trento (2,9 per cento), Lombardia (3,8 per cento) e Valle d'Aosta (4,1 per cento).

Il livello più elevato si registra per le donne del Mezzogiorno, tra le quali la percentuale di disabilità arriva al 7,3 per cento nelle Isole e al 6,6 per cento nel Sud a fronte di una quota del 5,6 per cento e del 5,4 per cento nel Nord ovest e nel Nord est rispettivamente.

Il gradiente Nord-sud aumenta all'aumentare dell'età: emerge nella classe di età 65-74 anni, si evidenzia nella classe successiva 75-79 anni e si acuisce dopo gli 80 anni.

Le differenze tra i tassi di disabilità grezzi per regione non sono imputabili solo alla struttura per età, infatti, le differenze a livello territoriale del fenomeno disabilità sono ancora più nette se si analizzano i tassi di disabilità standardizzati per età²: nelle Isole si arriva al 6,2 per cento della popolazione e nel Sud al 5,8 per cento (Figura 1.1).

In Sicilia si ha un tasso di disabilità del 6,5 per cento, in Puglia del 6,2 per cento, in Calabria del 6,0 per cento e in Campania del 5,7 per cento.

In alcune regioni del Nord si hanno i valori più bassi: Bolzano e Trento entrambe al 3,0 per cento, Emilia Romagna al 3,7 per cento e

² Il tasso è stato standardizzato per classi di età decennali fino a 64 anni e poi per classi di età quinquennali con la popolazione totale dell'indagine "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005".

Friuli Venezia Giulia al 3,9 per cento.

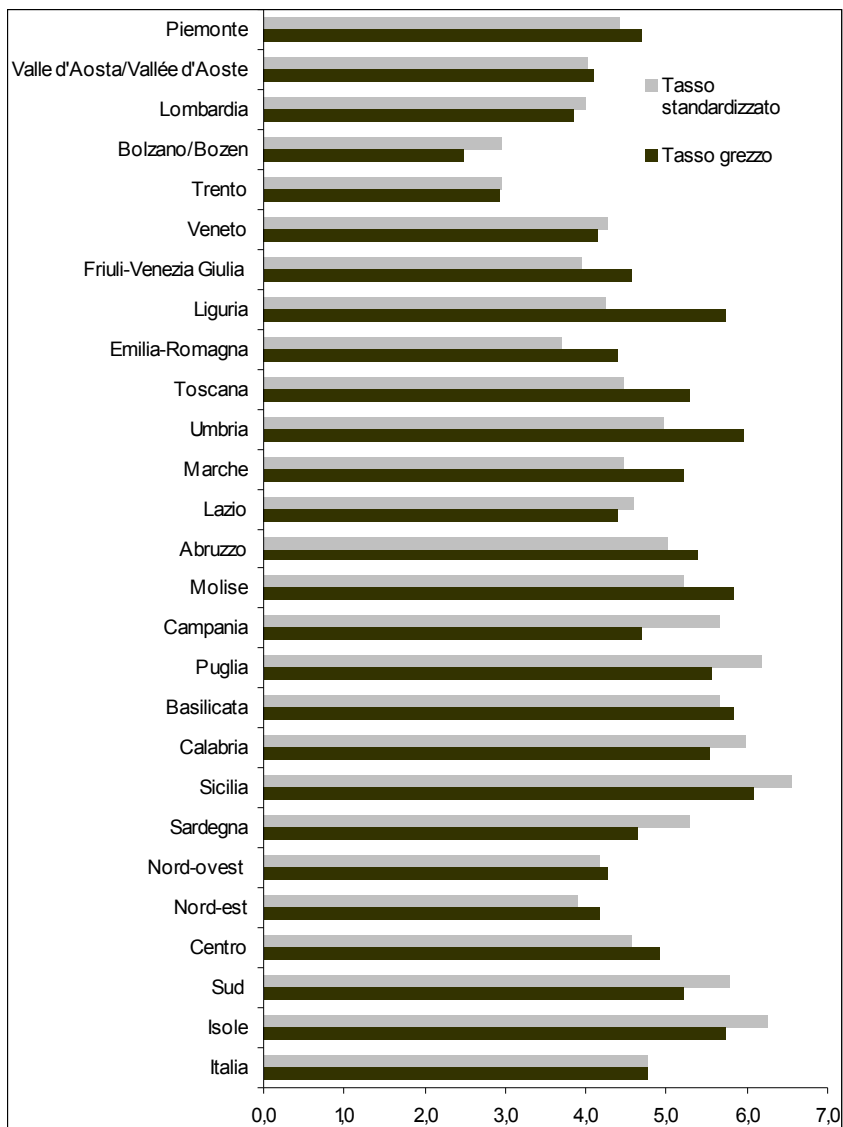
Gli effetti della standardizzazione sui tassi grezzi sono particolarmente evidenti in Campania, Sardegna e Puglia, dove si osservano aumenti consistenti dei tassi, e in Liguria, Umbria e Toscana, dove si sperimentano sensibili riduzioni.

I dati fin qui citati fanno riferimento alle persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia. Per integrare il quadro introduciamo le persone con disabilità che vivono in istituto³ che nel 2004 sono 190 mila circa: lo 0,4 per cento della popolazione italiana.

Anche l'istituzionalizzazione delle persone con disabilità riguarda soprattutto le donne e gli anziani: il 72 per cento dei disabili in istituto sono donne e l'83 per cento ha più di 65 anni.

³ Una persona è definita "disabile" se è un individuo adulto (18-64 anni) classificato con handicap fisico, con handicap psichico, con handicap sensoriale, con handicap plurimo o con problemi psichiatrici oppure se è un individuo anziano (65 anni e oltre) non autosufficiente, ossia un individuo in età anziana, in stato di invalidità permanente o affetto da malattia cronica, con conseguente riduzione dell'autonomia personale tale da richiedere l'aiuto di altre persone in modo continuo o per svolgere funzioni importanti della vita quotidiana.

Figura 1.1 - Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia per regione - Anni 2004-2005 (tassi grezzi e standardizzati per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

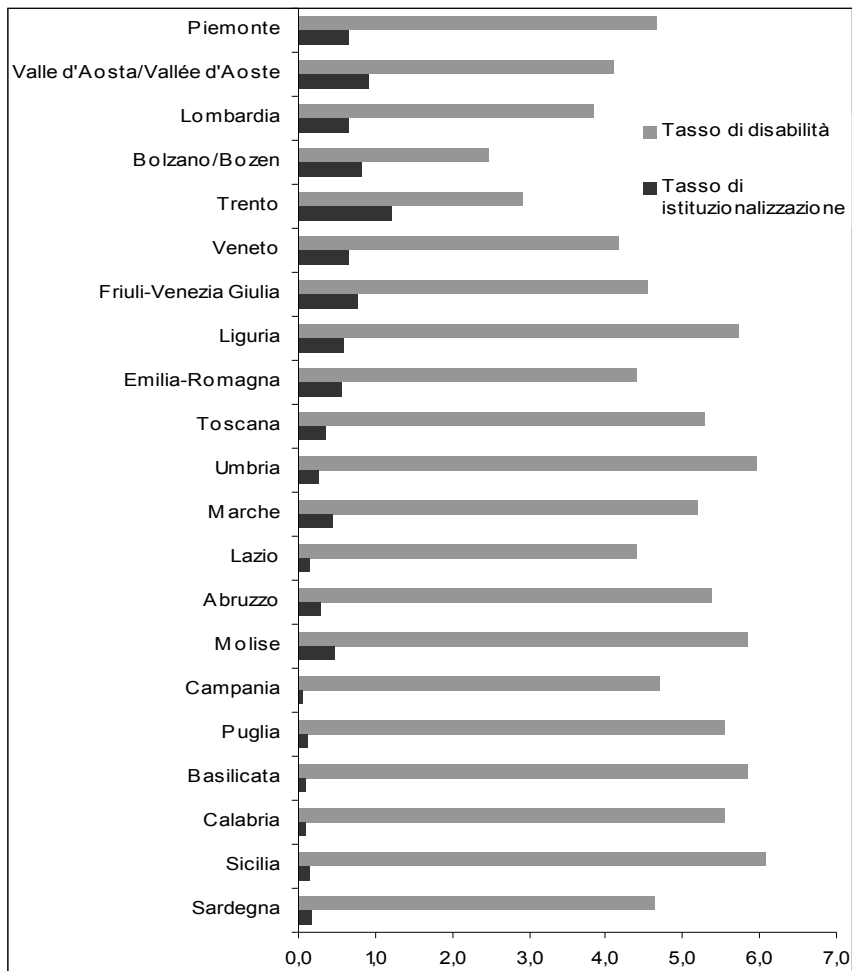
I tassi di istituzionalizzazione delle persone con disabilità sono molto variabili a livello regionale: dal 7 per mille del Nord-est e il 6 per mille del Nord-ovest si scende all'1 per mille del Sud e delle Isole. I tassi di istituzionalizzazione del Nord sono sei volte quelli del Sud e quattro volte quelli delle Isole.

In particolare, si osservano i valori più alti nella provincia autonoma di Trento (12 per mille) e di Bolzano (8 per mille), della Valle d'Aosta (9 per mille) e del Friuli Venezia Giulia (8 per mille) mentre i valori più bassi si registrano in Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia (1 per mille).

La popolazione con disabilità istituzionalizzata del Nord Italia è più anziana della popolazione del Centro e del Mezzogiorno, il contrario di quello che avviene per i disabili che vivono in famiglia. Le persone con disabilità istituzionalizzate al Nord sono il 23 per mille tra gli ultrasessantacinquenni rispetto al 4 per mille del Mezzogiorno. L'istituzionalizzazione dei disabili a livello regionale per classi di età mette in evidenza che oltre i 65 anni di età i tassi sono alti nella provincia autonoma di Trento (45 per mille) e di Bolzano (36 per mille) e in Valle d'Aosta (37 per mille) e bassi in Campania (1 per mille), Basilicata e Calabria (3 per mille).

Il confronto tra il tasso dei disabili che vivono in famiglia e quello dei disabili che vivono in istituto evidenzia che, dove è alto l'uno l'altro è basso e viceversa (Figura 1.2). Questo può dipendere dall'offerta sul territorio di strutture residenziali, dalle diverse strutture familiari esistenti nelle regioni, dagli atteggiamenti culturali, o, più verosimilmente, può dipendere dall'interazione di questi fattori.

Figura 1.2 - Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia e persone con disabilità adulte (18-64 anni) e anziane (65 anni e più) che vivono in istituto per regione - Anni 2004-2005 e Anno 2004 (tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"; Istat, Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali - Anno 2004

1.2 - La tipologia di disabilità

Per quanto riguarda le tipologie di disabilità⁴ si rileva che circa 700 mila persone di 6 anni e più presentano delle difficoltà nel movimento, ossia dichiarano limitazioni motorie, pari all'1,3 per cento delle persone di 6 anni e più (Tavola 1.2). Tassi più alti si riscontrano tra le donne (1,7 per cento) e tra gli anziani ultraottantenni (9,6 per cento).

Le persone di 6 anni e più che hanno delle difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, ossia hanno difficoltà a espletare le principali attività di cura personali, sono circa 376 mila, pari allo 0,7 per cento. Tra le donne sale allo 0,8 per cento la percentuale di persone con difficoltà nelle funzioni, molto più alto è l'incremento tra gli ultraottantenni, per i quali il tasso si attesta al 6,3 per cento.

Le persone di 6 anni e più che dichiarano delle difficoltà nella sfera delle comunicazioni, quali l'incapacità di vedere, sentire o parlare, sono circa 217 mila, pari allo 0,4 per cento. La percentuale è stabile nei due sessi, ma aumenta all'1,9 per cento tra gli anziani ultraottantenni.

Da questo si evince che la metà delle persone con disabilità, corrispondente al 2,4 per cento della popolazione di 6 anni più, presenta una sola tipologia di difficoltà di quelle considerate.

Un milione e 25 mila persone di 6 anni e più dichiarano di avere difficoltà in due delle tre aree considerate, pari all'1,9 per cento della popolazione. Tra le donne il valore sale a 2,5 per cento. Particolarmente alta la quota delle donne ultraottantenni che lamenta limitazioni in due delle aree considerate: 22,7 per cento.

⁴ Sono state costruite cinque tipologie di disabilità: difficoltà in vista, udito e parola, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, due difficoltà e tre difficoltà. Nelle difficoltà in vista, udito e parola sono comprese le limitazioni nel sentire (non riuscire a seguire una trasmissione televisiva anche alzando il volume e nonostante l'uso di apparecchi acustici); limitazioni nel vedere (non riconoscere un amico ad un metro di distanza); difficoltà nella parola (non essere in grado di parlare senza difficoltà).

Le persone con difficoltà nel movimento hanno problemi nel camminare (riescono solo a fare qualche passo senza aver bisogno di fare soste), non sono in grado di salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, non riescono a chinarsi per raccogliere oggetti da terra. Le difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana riguardano la completa assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo.

Le persone con due difficoltà sono quelle che hanno due delle difficoltà citate sopra.

Le persone con tre difficoltà sono quelle che hanno tutte e tre le difficoltà citate sopra.

Tavola 1.2 - Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia per classe di età, sesso e tipologia di disabilità - Anni 2004 - 2005 (a) (tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)

TIPOLOGIA DI DISABILITÀ	Classi di età										
	6-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80 e più	Totale
MASCHI											
Difficoltà in vista, udito e parola	0,17	0,21	0,10	0,24	0,19	0,49	0,45	0,82	1,18	2,72	0,39
Difficoltà nel movimento	0,15	0,14	0,20	0,17	0,55	0,69	1,09	1,98	3,41	8,27	0,83
Disabilità nelle funzioni	1,02	0,10	0,07	0,08	0,15	0,20	0,51	1,04	1,74	5,52	0,52
Due difficoltà	0,22	0,07	0,22	0,38	0,43	0,67	1,79	3,37	5,91	13,72	1,23
Tre difficoltà	0,04	0,08	0,06	0,09	0,04	0,16	0,44	0,45	1,16	5,61	0,35
FEMMINE											
Difficoltà in vista, udito e parola	0,15	0,05	0,10	0,26	0,25	0,25	0,30	1,29	1,50	1,48	0,40
Difficoltà nel movimento	0,08	0,12	0,14	0,21	0,44	1,11	3,25	4,24	6,78	10,35	1,70
Disabilità nelle funzioni	1,21	0,11	0,07	0,08	0,08	0,30	0,61	1,19	2,48	6,77	0,85
Due difficoltà	0,15	0,26	0,14	0,28	0,47	0,91	1,96	3,74	8,19	22,75	2,47
Tre difficoltà	0,04	0,04	0,11	0,04	0,04	0,14	0,35	0,95	1,86	7,52	0,70
TOTALE											
Difficoltà in vista, udito e parola	0,16	0,13	0,10	0,25	0,22	0,37	0,37	1,08	1,37	1,90	0,40
Difficoltà nel movimento	0,12	0,13	0,17	0,19	0,50	0,90	2,24	3,22	5,39	9,65	1,28
Disabilità nelle funzioni	1,11	0,11	0,07	0,08	0,11	0,25	0,56	1,12	2,18	6,35	0,69
Due difficoltà	0,19	0,16	0,18	0,33	0,45	0,79	1,88	3,57	7,25	19,71	1,87
Tre difficoltà	0,04	0,06	0,08	0,06	0,04	0,15	0,39	0,73	1,57	6,87	0,53

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005" (a) Cfr. nota 3 a pagina 17.

Le persone di 6 anni e più che vivono in famiglia e dichiarano di avere difficoltà gravi in tutte e tre le aree considerate sono 290 mila, pari allo 0,5 per cento della popolazione. Il valore sale al 6,9 per cento tra la popolazione ultraottantenne.

Il numero delle aree compromesse potrebbe essere considerato come una proxy della gravità della disabilità e, come è lecito attendersi, il numero delle difficoltà aumenta al crescere dell'età.

La distribuzione territoriale dei tassi di disabilità per tipologia evidenzia alcune peculiarità.

Le persone con una gravità molto elevata della disabilità, ossia che hanno compromesse tutte e tre le sfere considerate, sono soprattutto nel Centro e nel Sud (entrambe allo 0,6 per cento). Nelle Isole si registra un tasso di persone con disabilità con due aree compromesse pari al 2,4 per cento.

Analizzando la tipologia di disabilità per grandi classi di età all'interno delle regioni si evidenziano aspetti interessanti.

Per i problemi legati alle difficoltà nella vista, udito e parola (Tavola 1.3), le prevalenze più alte si rilevano al Nord-ovest tra i giovani e gli adulti di età compresa tra i 6 e i 44 anni, mentre tra le persone comprese nelle classi di età successive (45-64 e 65-74 anni) la quota maggiore di disabili sensoriali si registra nelle regioni del Centro.

Infine, tra gli ultrasessantacinquenni la prevalenza più alta si sperimenta nelle Isole.

Riguardo alle difficoltà nel movimento e nelle funzioni la prevalenza maggiore si registra nel Mezzogiorno per tutte le classi di età.

Passando ad analizzare le persone con disabilità che vivono in istituto occorre osservare che la classificazione utilizzata nell'indagine sui presidi per la tipologia di disabilità non è omogenea con quella impiegata nell'indagine sulle famiglie, quindi non è possibile fare confronti tra le due popolazioni. Il presente lavoro si limiterà ad analizzare la popolazione con disabilità che vive in istituto facendo riferimento alla composizione rispetto alle categorie previste dalla rilevazione⁵.

⁵ Le persone con disabilità rilevate in questa indagine sono classificate come segue: disabilità fisica, psichica, sensoriale, plurima, disabilità con problemi psichici attestati da certificazione medica, anziani non autosufficienti.

Tavola 1.3 - Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia per classe di età, tipologia di disabilità e ripartizione geografica - Anni 2004-2005 (a) (tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Classi di età			
	6-44	45-64	65-74	75 e più
DIFFICOLTÀ IN VISTA, UDITO E PAROLA				
Nord-ovest	0,28	0,25	0,67	1,40
Nord-est	0,11	0,27	0,38	1,87
Centro	0,13	0,36	1,10	1,19
Sud	0,15	0,30	0,82	1,31
Isole	0,09	0,30	0,42	3,54
Italia	0,16	0,29	0,71	1,65
DIFFICOLTÀ NEL MOVIMENTO				
Nord-ovest	0,11	0,57	2,27	7,81
Nord-est	0,07	0,45	2,12	6,89
Centro	0,13	0,77	2,38	6,29
Sud	0,27	0,83	3,50	8,37
Isole	0,20	1,00	4,01	10,25
Italia	0,16	0,69	2,71	7,67
DISABILITÀ NELLE FUNZIONI				
Nord-ovest	0,18	0,21	0,74	4,61
Nord-est	0,15	0,08	0,48	3,09
Centro	0,25	0,10	0,53	4,42
Sud	0,43	0,24	1,57	5,07
Isole	0,26	0,29	0,74	5,08
Italia	0,26	0,18	0,83	4,40
DUE DIFFICOLTÀ				
Nord-ovest	0,18	0,34	2,15	11,16
Nord-est	0,19	0,44	2,21	13,30
Centro	0,23	0,52	2,42	14,06
Sud	0,28	0,99	3,51	15,33
Isole	0,26	1,03	3,80	19,14
Italia	0,23	0,62	2,68	13,90
TRE DIFFICOLTÀ				
Nord-ovest	0,03	0,04	0,36	3,73
Nord-est	0,10	0,10	0,36	3,27
Centro	0,08	0,10	0,50	5,06
Sud	0,08	0,11	0,88	5,67
Isole	0,02	0,17	0,86	4,51
Italia	0,06	0,09	0,55	4,40

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"
(a) Cfr. nota 3 a pagina 17.

Le persone in istituto sono in gran parte (83 per cento) anziani non autosufficienti⁶, il 6 per cento sono adulti con una disabilità psichica e un altro 6 per cento adulti con una disabilità plurima (Tavola 1.4).

Tavola 1.4 - Persone con disabilità adulte (18-64 anni) e anziane (65 anni e più) che vivono in istituto per sesso e tipologia di disabilità - Anno 2004 (valori assoluti e percentuali)

TIPOLOGIA DI DISABILITÀ	Maschi	Femmine	Totale
VALORI ASSOLUTI			
Adulti con disabilità fisica	2.190	1.861	4.051
Adulti con disabilità psichica	6.909	4.886	11.795
Adulti con disabilità sensoriale	291	311	602
Adulti con disabilità plurima	6.016	5.372	11.388
Adulti con problemi psichiatrici attestati da certificazione medica	2.840	2.105	4.945
Anziani non autosufficienti	35.023	122.085	157.108
Totale	53.269	136.620	189.889
VALORI PERCENTUALI			
Adulti con disabilità fisica	4,11	1,36	2,13
Adulti con disabilità psichica	12,97	3,58	6,21
Adulti con disabilità sensoriale	0,55	0,23	0,32
Adulti con disabilità plurima	11,29	3,93	6,00
Adulti con problemi psichiatrici attestati da certificazione medica	5,33	1,54	2,60
Anziani non autosufficienti	65,75	89,36	82,74
Totale	100,00	100,00	100,00

Fonte: Istat, Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali - Anno 2004

Le donne anziane non autosufficienti sono il 64 per cento delle persone che vivono in istituto. La lettura per genere fa emergere come la non autosufficienza colpisca quasi il 90 per cento delle donne con disabilità in istituto contro il 66 per cento degli uomini. Tra gli uomini è molto alta la presenza di adulti con disabilità psichica (13 per cento) o plurima (11 per cento).

Dall'analisi della tipologia di disabilità per grandi classi di età (18-64 anni e 65 e oltre) a livello regionale emergono aspetti interessanti.

Gli anziani non autosufficienti in istituto sono presenti in modo consistente nel Nord Italia (Nord-ovest 225 per 10 mila abitanti e Nord-est 233 per 10 mila abitanti) con valori particolarmente elevati nella provincia autonoma di Trento e Bolzano e in Valle d'Aosta, mentre valori bassi si hanno nel Mezzogiorno (Sud 35 per 10 mila e Isole 43 per 10 mila) con valori

⁶ Si definisce anziano non autosufficiente un individuo in età anziana, in stato di invalidità permanente o affetto da malattia cronica, con conseguente riduzione dell'autonomia personale tale da richiedere l'aiuto di altre persone in modo continuo o per svolgere funzioni importanti della vita quotidiana.

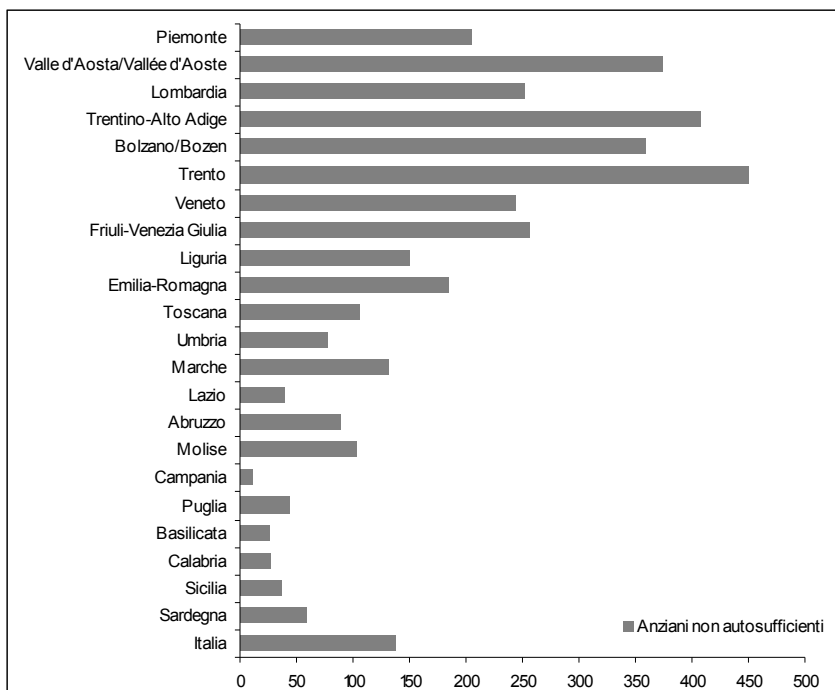
molto bassi in Campania, Basilicata e Calabria (Figura 1.3).

Nella classe di età adulta (18-64 anni) le regioni non presentano un netto gradiente Nord-Sud come per la classe di età più anziana.

Il Nord-ovest e il Nord-est si caratterizzano per avere in istituto una maggiore presenza di adulti con problemi psichici e con disabilità plurime: 4,2 e 3,6 per 10 mila abitanti al Nord-ovest e 4,3 e 5,2 al Nord-est. Per le disabilità psichiche a registrare valori bassi sono il Centro e il Sud, rispettivamente il 2,8 e l'1,9 per 10 mila abitanti. Per le disabilità plurime invece si hanno valori bassi nel Sud e nelle Isole, 1,1 e 0,9 per 10 mila.

I problemi psichiatrici per gli adulti che vivono in istituto si riscontrano soprattutto nelle Isole (1,7 per 10 mila abitanti), mentre nel Sud si hanno i valori più bassi (0,8). Nel dettaglio regionale è nella provincia autonoma di Trento e in Liguria che si hanno i valori più alti.

Figura 1.3 - Persone con disabilità anziane non autosufficienti (65 anni epiù) che vivono in istituto per regione - Anno 2004 (tassi per 10.000 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali - Anno 2004

1.3 - Le persone con disabilità in famiglia e in istituto

In Italia il 93 per cento delle persone con disabilità vive in famiglia. La famiglia è quindi il “soggetto” che generalmente prende in carico il disabile e che rappresenta per la persona stessa una risorsa fondamentale per affrontare le limitazioni derivanti dalla disabilità.

Il 37 per cento delle persone con disabilità vive in coppia (il 27 per cento senza figli e il 10 per cento con figli) (Tavola 1.5). Gli uomini con disabilità che vivono con il partner sono il 60 per cento mentre le donne con disabilità solamente il 26 per cento.

Il 32 per cento delle persone con disabilità vive solo, il valore sale al 41 per cento se si tratta di donne e scende al 15 per cento per gli uomini.

Tavola 1.5 - Persone con disabilità e popolazione totale di 6 anni e più che vivono in famiglia per tipologia familiare e sesso - Anni 2004-2005 (valori percentuali)

SESSO	Tipologia familiare									Totale
	Persona sola	Membro aggregato	Genitore in coppia con figli	Figlio in coppia	Genitore in nucleo mono-genitore	Figlio con un solo genitore	Coniuge in coppia senza figli	Famiglia con più nuclei	Altra famiglia senza nucleo	
DISABILE										
Maschi	15,15	3,30	17,32	9,99	2,08	3,72	42,40	2,38	3,66	100,00
Femmini	40,50	10,93	6,88	4,55	10,15	1,12	18,63	1,65	5,59	100,00
Totale	31,93	8,35	10,41	6,39	7,42	2,00	26,67	1,90	4,94	100,00
TOTALE										
Maschi	9,10	1,15	35,15	25,90	1,23	5,53	18,00	2,34	1,59	100,00
Femmini	13,15	2,05	33,03	20,56	6,01	4,02	16,91	2,35	1,91	100,00
Totale	11,19	1,62	34,06	23,15	3,69	4,76	17,44	2,35	1,76	100,00

Fonte: Istat, Indagine multiscope “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005”

Tra i giovani adulti con disabilità (6-44 anni) il 62 per cento sono figli che vivono con i genitori, tale valore nella popolazione totale è del 43 per cento. Si evidenzia, quindi, una maggiore tendenza a restare nella famiglia di origine da parte delle persone con disabilità (Tavola 1.6).

Tra gli adulti con disabilità (45-64 anni) il 38 per cento è un genitore che vive con i figli e il partner, tale valore nella popolazione totale è del 58 per cento.

Per gli anziani con disabilità (65-74 anni) la condizione più frequente è quella di coabitante con il partner senza figli, di vivere solo o come membro aggregato senza forti differenze rispetto alla popolazione totale, ciò testimonierebbe che si tratta di disabilità insorte con l’invecchiamento.

Tavola 1.6 - Persone con disabilità e popolazione totale di 6 anni e più che vivono in famiglia per tipologia familiare e classe di età - Anni 2004-2005 (valori percentuali)

CLASSI DI ETÀ	Tipologia familiare									Totale
	Persona sola	Membro aggregato	Genitore in coppia con figli	Figlio in coppia	Genitore in nucleo mono- genitore	Figlio con un solo genitore	Coniuge in coppia senza figli	Famiglia con più nuclei	Altra famiglia senza nucleo	
DISABILE										
6-44	3,90	2,02	13,46	61,61	1,06	11,95	1,96	3,53	0,49	100,00
45-64	11,95	2,91	37,75	3,67	5,73	7,28	24,73	1,90	4,09	100,00
65-74	24,47	3,70	13,48	0,00	7,50	0,28	43,08	2,78	4,72	100,00
75 e più	41,76	11,55	4,45	0,00	8,68	0,03	26,29	1,40	5,83	100,00
Totale	31,93	8,35	10,41	6,39	7,42	2,00	26,67	1,90	4,94	100,00
TOTALE										
6-44	5,91	0,95	29,30	43,41	1,68	7,96	7,04	2,54	1,21	100,00
45-64	9,18	0,72	58,27	0,75	5,69	1,91	20,03	2,07	1,38	100,00
65-74	18,74	2,29	20,88	0,00	6,10	0,30	46,29	2,51	2,90	100,00
75 e più	38,11	7,17	6,88	0,00	6,54	0,06	34,82	1,84	4,58	100,00
Totale	11,19	1,62	34,06	23,15	3,69	4,76	17,44	2,35	1,76	100,00

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

Per le persone che vivono in istituto si può analizzare solamente la tipologia della struttura di accoglienza, ma non è possibile avere informazioni sulla famiglia di provenienza.

Il 70 per cento delle persone con disabilità che vive in istituto si trova presso una residenza sanitaria assistenziale o una residenza socio-sanitaria per anziani, tale valore sale al 78 per cento se si tratta di anziani non autosufficienti (Tavola 1.7). Gli adulti con disabilità vivono prevalentemente nelle comunità socio-riabilitative (22 per cento) o nelle residenze sanitarie assistenziali (19 per cento).

Tavola 1.7 - Persone con disabilità adulte (18-64 anni) e anziane (65 anni e più) che vivono in istituto per tipologia di presidio - Anno 2004 (valori percentuali)

TIPOLOGIA DI PRESIDIO	Adulti con disabilità	Anziani non autosufficienti	Totale
Centro di pronta accoglienza	1,12	0,22	0,37
Comunità familiare	1,81	0,09	0,39
Comunità socio-riabilitativa	21,98	0,69	4,36
Comunità alloggio	12,72	1,01	3,03
Residenza assistenziale per anziani autosufficienti	8,79	14,27	13,32
Residenza socio-sanitaria per anziani	11,09	35,66	31,42
Residenza sanitaria assistenziale (Rsa)	19,20	42,61	38,57
Altro (a)	23,30	5,46	8,54
Totale	100,00	100,00	100,00

Fonte: Istat, Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali - Anno 2004

(a) La tipologia di presidio "Altro" è stata riclassificata in una successiva fase, lì dove possibile, in una delle tipologie elencate, secondo le indicazioni date dai presidi e in base alle altre informazioni contenute nel questionario (come da tavole precedenti).

1.4 - I livelli di istruzione

La maggioranza delle persone con disabilità, circa il 50 per cento, ha la licenza elementare (Tavola 1.8). La quota di coloro che è senza titolo di studio è pari al 23 per cento e arriva al 26 per cento tra le donne.

Rispetto alla popolazione totale le persone con disabilità hanno un livello di istruzione più basso. Infatti, il 31 per cento della popolazione italiana ha la licenza media e il 28 per cento il diploma superiore, tali valori nella popolazione con disabilità sono, rispettivamente, il 17 per cento e l'8 per cento.

I dati sul titolo di studio raggiunto vanno letti con una certa cautela, infatti va tenuto presente che il titolo di studio potrebbe essere stato conseguito prima dell'insorgenza della disabilità, quindi il livello di istruzione conseguito non può essere messo in relazione, *sic et simpliciter*, con la presenza della disabilità.

Il titolo di studio conseguito cresce nelle generazioni più giovani. Le persone con disabilità giovani (25-44 anni) hanno nel 44 per cento dei casi la licenza media inferiore e nel 20 per cento il diploma superiore (Tavola 1.9). Nelle classi di età successive (45-69) si abbassa il livello di istruzione raggiunto: la licenza elementare e media sono i titoli di studio più diffusi. Infine, nelle classi di età più anziane (70 anni e più) si riduce ulteriormente il livello di istruzione: la licenza elementare o la mancanza di un titolo di studio sono le realtà più diffuse.

Tavola 1.8 - Persone con disabilità e popolazione totale di 6 anni e più che vivono in famiglia per titolo di studio e sesso - Anni 2004-2005 (valori percentuali)

SESSO	Titolo di studio					Totale
	Dottorato, Laurea, Diploma universitario	Diploma scuola media superiore	Licenza scuola media inferiore	Licenza scuola elementare	Nessun titolo	
DISABILE						
Maschi	4,42	9,19	22,51	47,94	15,93	100,00
Femmine	1,59	6,66	14,53	50,87	26,35	100,00
Totale	2,55	7,52	17,23	49,88	22,83	100,00
TOTALE						
Maschi	8,76	28,74	33,49	20,58	8,44	100,00
Femmine	8,71	27,25	27,92	25,34	10,79	100,00
Totale	8,73	27,97	30,62	23,03	9,65	100,00

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

Tavola 1.9 - Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia per titolo di studio e classe di età - Anni 2004-2005 (valori percentuali)

CLASSI DI ETÀ	Titolo di studio					Totale
	Dottorato, Laurea, Diploma universitario	Diploma scuola media superiore	Licenza scuola media inferiore	Licenza scuola elementare	Nessun titolo	
6-24	0,98	8,13	19,50	11,23	60,16	100,00
25-44	4,19	19,82	44,09	14,51	17,39	100,00
45-64	5,19	15,09	26,25	43,19	10,27	100,00
65-69	2,61	7,35	18,18	55,45	16,41	100,00
70-74	2,25	6,58	12,01	59,57	19,60	100,00
75-79	1,90	5,80	15,21	57,52	19,56	100,00
80 e più	2,19	5,17	13,66	53,47	25,51	100,00
Totale	2,55	7,52	17,23	49,88	22,83	100,00

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

Il livello di istruzione delle persone con disabilità presenta una certa variabilità sul territorio nazionale. Nelle regioni del Sud sono molto più alte rispetto al Nord le percentuali di persone con disabilità che non hanno conseguito un titolo di studio: in particolare nel Sud sono circa il

doppio rispetto al Nord-ovest (31 per cento contro 15 per cento). Nel dettaglio regionale si evidenziano valori alti in Molise (39,1 per cento), Basilicata (36,5 per cento), Calabria (34,4 per cento) e valori bassi in Lombardia (14,1 per cento), Trento (11,7 per cento), Bolzano (12,5) (Tavola 1.10).

Tavola 1.10 - Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia per titolo di studio e regione - Anni 2004-2005 (valori percentuali)

REGIONI	Titolo di studio					Totale
	Dottorato, Laurea, Diploma universitario	Diploma scuola media superiore	Licenza scuola media inferiore	Licenza scuola elementare	Nessun titolo	
Piemonte	2,93	7,54	19,40	55,04	15,10	100,00
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	..	..	19,05	60,19	14,69	100,00
Lombardia	3,34	8,08	18,77	55,69	14,12	100,00
<i>Bolzano/Bozen</i>	..	9,79	14,91	58,69	12,47	100,00
<i>Trento</i>	..	14,31	11,95	60,48	11,67	100,00
Veneto	2,49	6,43	17,02	52,95	21,11	100,00
Friuli-Venezia Giulia	1,76	7,40	20,09	55,94	14,81	100,00
Liguria	2,38	10,58	19,44	52,30	15,30	100,00
Emilia-Romagna	2,98	7,70	16,84	53,33	19,14	100,00
Toscana	3,35	6,84	15,25	57,68	16,87	100,00
Umbria	1,60	9,65	10,32	55,74	22,68	100,00
Marche	1,32	7,27	17,17	46,64	27,60	100,00
Lazio	2,33	10,08	22,90	46,02	18,68	100,00
Abruzzo	1,11	6,98	13,09	49,84	28,98	100,00
Molise	..	9,27	6,59	43,74	39,13	100,00
Campania	2,51	6,07	17,47	44,26	29,69	100,00
Puglia	3,16	6,79	16,77	42,73	30,55	100,00
Basilicata	2,67	5,25	19,07	36,54	36,46	100,00
Calabria	1,30	8,34	13,37	42,61	34,38	100,00
Sicilia	2,02	6,50	14,32	46,95	30,21	100,00
Sardegna	1,96	6,15	18,00	44,04	29,85	100,00
Italia	2,55	7,52	17,23	49,88	22,83	100,00

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"
 (..) = Stime di frequenze con errore relativo superiore al 75 per cento.

Al Nord, 55 per cento nel Nord-ovest e 44 per cento nel Nord-est, sono più alte le percentuali di persone che hanno conseguito la licenza elementare rispetto al Mezzogiorno, 44 per cento nel Sud e 46 per cento nelle Isole. In particolare si hanno valori molto alti nella provincia autonoma di Trento (60,5 per cento) e Bolzano (58,7 per cento), in Valle

d'Aosta (60,2 per cento) e valori bassi in Basilicata (36,5 per cento), Puglia (42,7 per cento), Calabria (42,6 per cento).

I titoli di studio medio alti invece non presentano un netto gradiente Nord-Sud, ma resta l'eterogeneità nelle regioni della stessa area. In Puglia e in Toscana sono alte le percentuali delle persone con disabilità che hanno raggiunto il livello di istruzione più alto, la laurea o il dottorato o la specializzazione, così come nel Lazio è alta la percentuale di quelli con il diploma superiore o la licenza media.

La tipologia di disabilità presenta un'associazione con il livello di istruzione raggiunto, questo potrebbe essere letto tenendo conto del fatto che alcune disabilità consentono più di altre di seguire un regolare corso di studi. Come già detto però, va sempre tenuto presente che il titolo di studio potrebbe essere stato conseguito prima dell'insorgenza della disabilità e che, inoltre, c'è sempre l'effetto della struttura per età della popolazione.

Tra le persone con una difficoltà nella vista, nell'udito o nella parola si hanno alti titoli di studio: il 3,0 per cento ha un dottorato, una laurea o un diploma universitario e il 15,3 per cento un diploma superiore (Tavola 1.11).

Tavola 1.11 - Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia per titolo di studio e tipologia di disabilità (a) - Anni 2004-2005 (valori percentuali)

TIPOLOGIA DI DISABILITÀ	Titolo di studio					
	Dottorato, Laurea, Diploma universitario	Diploma scuola media superiore	Licenza scuola media inferiore	Licenza scuola elementare	Nessun titolo	Totale
Difficoltà in vista, udito e parola	3,04	15,29	27,02	40,74	13,91	100,00
Difficoltà nel movimento	2,60	8,31	18,32	52,18	18,59	100,00
Disabilità nelle funzioni	1,91	6,09	12,94	44,78	34,29	100,00
Due difficoltà	2,74	6,93	16,45	52,49	21,38	100,00
Tre difficoltà	2,17	3,68	15,60	48,56	29,98	100,00
Totale	2,55	7,52	17,23	49,88	22,83	100,00

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"
(a) Cfr. nota 4 pag. 21.

Tra le persone con difficoltà nel movimento o con due difficoltà nelle aree considerate si hanno titoli di studio bassi: rispettivamente il 52,2 per cento e il 52,5 per cento dei casi ha conseguito la licenza elementare. Per chi presenta difficoltà nelle funzioni o tutte e tre le difficoltà di quelle analizzate si riscontra la prevalenza di persone senza un titolo di studio: rispettivamente il 34,3 per cento e il 30,0 per cento. A quest'ultimo riguardo, non va dimenticato che i più gravi hanno età molto anziane le quali, come osservato in precedenza, hanno titoli di studio mediamente più bassi.

1.5 - La condizione professionale

Il 66 per cento delle persone con disabilità è fuori del mercato del lavoro: il 43,9 per cento è in pensione e il 21,8 per cento è inabile al lavoro (Tavola 1.12), mentre solo il 3,5 per cento è occupato e lo 0,9 per cento cerca un'occupazione.

Tavola 1.12 - Persone con disabilità e popolazione totale di 15 anni e più che vivono in famiglia per condizione professionale e sesso - Anni 2004-2005 (valori percentuali)

SESSO	Condizione professionale							Totale
	Occupato	In cerca di occupazione	Casalinga	Studente	Inabile al lavoro	Ritirato dal lavoro	Altra condizione	
DISABILE								
Maschi	6,82	1,86		0,65	23,87	62,44	4,35	100,00
Femmine	1,84	0,39	30,46	0,42	20,80	34,59	11,50	100,00
Totale	3,49	0,88	20,33	0,50	21,82	43,85	9,12	100,00
TOTALE								
Maschi	59,10	5,91		7,90	1,33	23,90	1,85	100,00
Femmine	35,18	5,24	33,43	7,80	1,69	13,99	2,68	100,00
Totale	46,70	5,56	17,33	7,85	1,52	18,77	2,28	100,00

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

Guardando le differenze di genere rispetto alla condizione professionale emerge che la condizione di pensionato è molto più diffusa tra gli uomini che non tra le donne: 62 per cento degli uomini contro 35 per cento delle donne. Come era prevedibile, le donne nel 30 per cento dei

casi sono casalinghe. È tra gli occupati che è maggiore la differenza di genere: gli uomini hanno una percentuale di occupazione quasi quadruplicata rispetto a quella delle donne con disabilità.

Le persone con una difficoltà nella vista, nell'udito o nella parola hanno la percentuale di occupati più alta (16,3 per cento) rispetto a tutte le altre tipologie di disabilità così come è più alta la percentuale di persone in cerca di occupazione (4,3 per cento) (Tavola 1.13). La percentuale di inabili al lavoro cresce all'aumentare della gravità della disabilità: per chi ha solo una difficoltà va da 8,1 per cento a 14,3 per cento, sale a 28,4 per cento per chi ha due difficoltà e arriva a 35,5 per cento per chi ha tre difficoltà. Come già detto anche per il titolo di studio raggiunto, va sempre tenuto presente che la condizione professionale potrebbe essere stata raggiunta prima dell'insorgenza della disabilità e che, inoltre, c'è sempre l'effetto della struttura per età della popolazione.

Tavola 1.13 - Persone con disabilità di 15 anni e più che vivono in famiglia per condizione professionale e tipologia di disabilità (a) - Anni 2004-2005 (valori percentuali)

TIPOLOGIA DI DISABILITÀ	Condizione professionale							Totale
	Occupato	In cerca di occupazione	Casalinga	Studente	Inabile al lavoro	Ritirato dal lavoro	Altra condizione	
Difficoltà in vista, udito e parola	16,31	4,26	20,93	1,99	8,14	41,42	6,96	100,00
Difficoltà nel movimento	4,96	1,23	26,34	0,43	14,25	44,48	8,31	100,00
Disabilità nelle funzioni	1,51	0,65	23,97	1,12	14,20	49,19	9,36	100,00
Due difficoltà	1,34	0,25	17,87	0,18	28,35	42,62	9,40	100,00
Tre difficoltà	0,47	..	10,00	0,00	35,53	42,55	11,44	100,00
Totale	3,49	0,88	20,33	0,50	21,82	43,85	9,12	100,00

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

(a) Cfr. nota 4 a pagina 21.

La fonte di reddito principale per le persone con disabilità è la pensione (85 per cento), mentre nella popolazione totale è il reddito da lavoro (45 per cento) (Tavola 1.14). Solamente il 3 per cento delle persone con disabilità ha come fonte principale un reddito da lavoro, tale valore sale al 6 per cento tra gli uomini.

Le persone che hanno una difficoltà nella vista, nell'udito o nella

parola hanno una percentuale più alta di reddito da lavoro (15,3 per cento) e da mantenimento (13,7 per cento) (Tavola 1.15). La percentuale delle persone che hanno come fonte di reddito principale un'indennità aumenta all'aumentare della gravità della disabilità: 4,1 per cento per chi ha due difficoltà e 5,1 per cento per chi ha tre difficoltà.

Tavola 1.14 - Persone con disabilità di 15 anni e più che vivono in famiglia per fonte di reddito principale e sesso - Anni 2004-2005 (valori percentuali)

SESSO	Fonte di reddito principale					Totale
	Reddito da lavoro	Pensione	Indennità	Redditi patrimoniali	Mantenimento	
Maschi	5,91	85,91	3,00	0,49	4,69	100,00
Femmine	1,55	85,10	3,96	0,26	9,12	100,00
Totale	3,00	85,37	3,65	0,34	7,65	100,00

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

Tavola 1.15 - Persone con disabilità di 15 anni e più che vivono in famiglia per fonte di reddito principale e tipologia di disabilità (a) - Anni 2004-2005 (valori percentuali)

TIPOLOGIA DI DISABILITÀ	Fonte di reddito principale					Totale
	Reddito da lavoro	Pensione	Indennità	Redditi patrimoniali	Mantenimento	
Difficoltà in vista, udito e parola	15,27	67,89	3,01	..	13,66	100,00
Difficoltà nel movimento	4,19	82,30	3,05	0,56	9,90	100,00
Disabilità nelle funzioni	1,51	89,85	2,49	..	6,06	100,00
Due difficoltà	0,98	88,84	4,12	0,28	5,76	100,00
Tre difficoltà	0,00	88,26	5,13	0,39	6,22	100,00
Totale	3,00	85,37	3,65	0,34	7,65	100,00

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

(a) Cfr. nota 4 a pagina 21.

Conclusioni

Dall'analisi descrittiva emerge che le persone con disabilità in Italia sono soprattutto anziani e donne, questo è vero sia per le persone con disabilità che vivono in famiglia sia per quelle che vivono nelle istituzioni.

La metà delle persone con disabilità in Italia ha due o tre difficoltà gravi, molto spesso vivono con il coniuge, soprattutto gli uomini, o soli, in particolar modo le donne che sopravvivono al partner.

Dato che si tratta di persone anziane, presentano anche bassi titoli di studio e risultano soprattutto pensionati.

A livello territoriale i tassi di disabilità per le persone che vivono in famiglia sono più alti nel Mezzogiorno, mentre i tassi di istituzionalizzazione delle persone con disabilità sono più alti al Nord. Questo risultato va letto con cautela, tenendo in considerazione i diversi livelli di offerta territoriale delle strutture di accoglienza, la diversa organizzazione familiare e altri fattori legati al mercato del lavoro.

BOX: Quante saranno le persone con disabilità in futuro?

La disabilità è una condizione strettamente legata all'invecchiamento della persona, tale evidenza rende in larga parte prevedibile l'evoluzione dei livelli di disabilità nel tempo. La stima dell'evoluzione dei livelli di disabilità nella popolazione italiana può fornire utili indicazioni per la programmazione delle politiche indirizzate a tale segmento di popolazione e consente di valutarne, con ragionevole attendibilità, l'impatto in termini di sostenibilità economica futura.

La previsione della popolazione con disabilità si fonda sulla previsione di base della popolazione italiana nel suo complesso e utilizza i trend attesi dei tassi di disabilità per classi di età e sesso (Jacobzone et al., 1999). Tale modo di procedere rappresenta una sorta di previsione derivata di un sottoinsieme della popolazione totale (Livi Bacci, 1999).

La fonte principale⁷ con la quale viene osservato il fenomeno della disabilità in Italia ha cadenza quinquennale, la prima indagine utile per lo scopo del presente lavoro è relativa al 1994, l'ultima rilevazione fa riferimento al periodo 2004-2005.

⁷Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari".

Le proiezioni del numero di persone con disabilità sono state fatte a partire dalle proiezioni della popolazione italiana nel complesso, basate sull'ipotesi centrale, degli anni 2010-2035, alla quale sono stati applicati i tassi di disabilità stimati nelle indagini relative al 1994, 1999-2000 e 2004-2005.

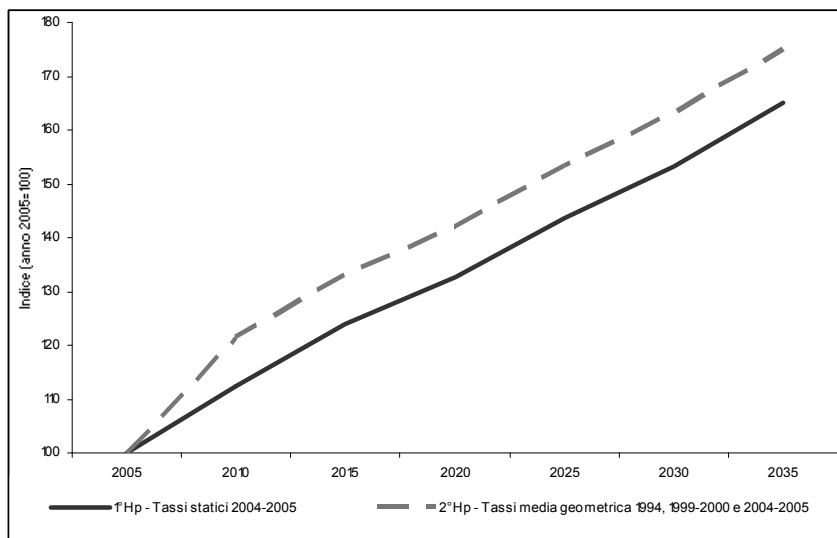
Le proiezioni sono state fatte utilizzando due diversi scenari evolutivi dei tassi di disabilità per sesso e classe di età:

1. la prima ipotesi postula che i tassi di disabilità non varino nel tempo e restino uguali a quelli osservati nell'ultimo anno disponibile, 2004-2005
2. la seconda ipotizza che i tassi di disabilità abbiano in futuro lo stesso trend osservato nei tre anni disponibili all'interno del periodo compreso tra il 1994 e il 2005. L'incremento medio annuo è stimato tramite la media geometrica degli incrementi osservati negli anni disponibili.

Con il primo scenario si stima che il numero di persone con disabilità nel 2035 aumenti del 65 per cento.

Nel secondo scenario l'aumento del numero di persone con disabilità è pari al 75 per cento.

Figura 1.4 - Proiezione del tasso di disabilità secondo le varie ipotesi - Anno 2005-2035 (Numeri indice anno base=2005)



Bibliografia

- Livi Bacci, Massimo. 1999. *Introduzione alla demografia*. Torino: Loescher editore.
- Cutler, M. David. 2001. Declining disability among the elderly. Parigi: *Health Affairs*, 20 (6).
- Oecd. 2007. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 Oecd countries and the future application. Parigi: *Oecd Health Working Papers* 26.
- Jacobzone, Stephane, Emmanuelle Cambois e Jean Marie Robine. 1999. The health of older persons in Oecd countries: Is it improving fast enough to compensate for population ageing?. Parigi: Oecd. *Labour Market and Social Policy Occasional Papers* 37.
- Istat. 2003. *Previsioni della popolazione residente per sesso, età e regione dal 1.1.2001 al 1.1.2051*. Roma. (Informazioni n. 13).
- Istat. 2008. *Previsioni demografiche - 1° gennaio 2007-1° gennaio 2051*. Roma. (Nota informativa 19 giugno).



2. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione con disabilità

Le informazioni statistiche raccolte nell'ambito dell'Indagine condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari consentono di tracciare un profilo epidemiologico basato sulla presenza di malattie croniche e di analizzare il loro impatto sulla percezione degli individui sullo stato psico-fisico.

Un altro aspetto interessante affrontato nel capitolo è legato alla qualità della vita, in particolare per le persone anziane che sono maggiormente a rischio di disabilità. Questo aspetto è diventato di particolare rilievo in considerazione del fatto che il nostro Paese ha raggiunto un livello di sopravvivenza che lo pone al secondo posto tra le popolazioni più longeve del mondo. L'aspetto su cui si intende investigare è la qualità degli anni di vita guadagnati, a tale riguardo è stata analizzata la speranza di vita libera da disabilità che può essere considerata uno degli indicatori di qualità degli anni vissuti dalle persone anziane.

Nel presente capitolo verranno analizzati, inoltre, i differenziali di salute e di consumo sanitario che esistono tra le persone con disabilità e il resto della popolazione, ciò permetterà di evidenziare alcuni fattori di rischio per la disabilità legati sia alla presenza di patologie croniche sia ai fattori socio-economici.

Il paragrafo 2.1 e il box sono a cura di Alessandra Burgio e Alessandra Battisti; il paragrafo 2.2 e 2.3 sono a cura di Gabriella Sebastiani e Lidia Gargiulo; il paragrafo 2.4 è a cura di Alessandra Battisti.

2.1 - La speranza di vita libera da disabilità

La speranza di vita libera da disabilità è una misura sintetica della condizione di disabilità e dell'esperienza di mortalità di una popolazione. L'indicatore esprime il numero medio di anni che una persona di una data età può aspettarsi di vivere senza essere colpita da disabilità. Esso consente quindi una valutazione qualitativa della sopravvivenza e permette di valutare se una vita più lunga significhi anche una vita migliore, ovvero se un incremento consistente della speranza di vita si realizzi in condizioni di cattiva salute.

Una caratteristica importante dell'indicatore è quella di combinare in un'unica misura le informazioni derivanti dai dati di mortalità e di disabilità. Nel caso degli anziani, in particolare, questo aspetto è importante perché consente di valutare, oltre alla quantità di anni che restano da vivere, anche la qualità di questi anni, tenendo conto della capacità del soggetto di adattarsi all'ambiente in cui vive conservando la sua autonomia nelle attività quotidiane.

Tenendo presente che i quesiti sulle funzioni della vita quotidiana, utilizzati per individuare le persone con disabilità, sono posti solo alle persone di 6 anni e più e che le prevalenze di disabilità sono molto basse per le prime classi di età, l'indicatore viene usualmente calcolato a partire dai 15 anni di età ed è per sua natura standardizzato, consentendo in questo modo confronti tra regioni con popolazioni diverse senza risentire della diversa struttura per età di queste.¹ Tra i limiti dell'indicatore va sottolineato che il metodo di Sullivan, qui utilizzato, ipotizza la stazionarietà della probabilità di transizione nei diversi stati del processo in studio (salute, malattia, disabilità, morte).

Facendo riferimento alla condizione di disabilità rilevata nell'indagine Istat sulle condizioni di salute della popolazione nel 1994 e nel 2004/2005, in termini di speranza di vita libera da disabilità si sono registrati guadagni significativi, più evidenti per gli uomini che per le donne, sia in valore assoluto sia rispetto ai corrispondenti incrementi osservati per la speranza di vita complessiva. Gli uomini di 65 anni hanno sperimentato un aumento del numero medio di anni in assenza di disabilità da 12,7 a 14,9 anni mentre per le donne i valori sono passati da 14,2 anni a 16,1 (Tavola 2.1).

¹ Esso risente tuttavia della struttura per età della popolazione stazionaria associata alla tavola di mortalità per questo tende a penalizzare popolazioni a più lunga sopravvivenza per le quali la popolazione stazionaria della tavola è caratterizzata da una maggiore proporzione di anziani, a maggior rischio di disabilità. Questo inconveniente, tuttavia, è rilevante soprattutto quando si mettono a confronto popolazioni con speranze di vita molto distanti tra loro.

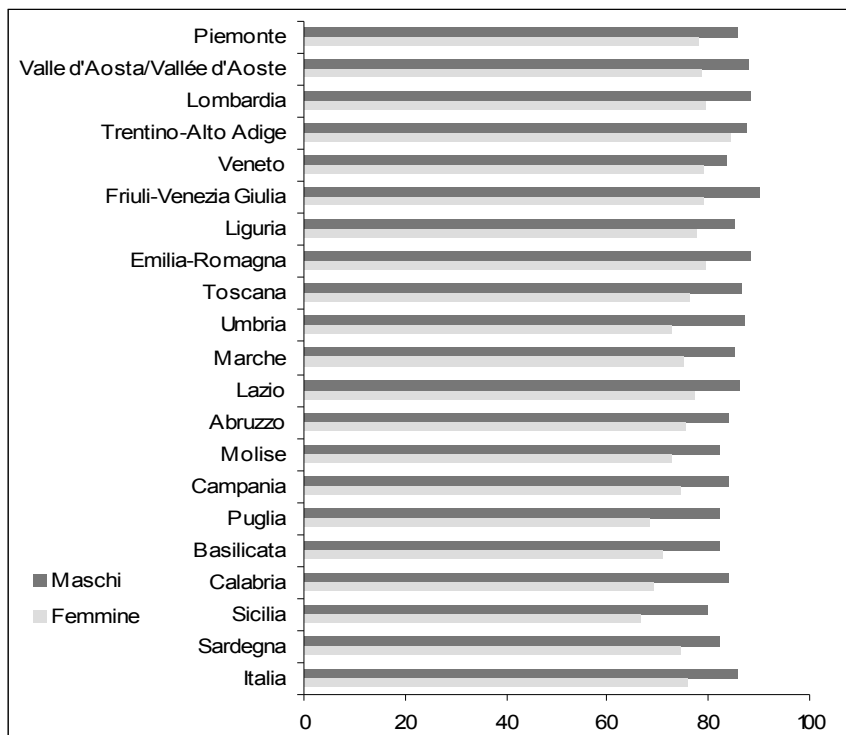
Tavola 2.1 - Speranza di vita libera da disabilità a 15 e a 65 anni per regione e sesso - Anni 2004-2005

REGIONI	Maschi		Femmine	
	Speranza di vita libera da disabilità a 15 anni	Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni	Speranza di vita libera da disabilità a 15 anni	Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni
Piemonte	60,3	14,8	63,8	16,5
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	60,9	15,2	64,0	16,6
Lombardia	61,1	15,4	64,5	17,1
Trentino-Alto Adige	61,4	15,7	66,3	18,5
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>61,1</i>	<i>15,5</i>	<i>66,5</i>	<i>18,7</i>
<i>Trento</i>	<i>61,7</i>	<i>15,8</i>	<i>66,1</i>	<i>18,3</i>
Veneto	60,5	14,6	64,8	17,2
Friuli-Venezia Giulia	61,2	15,5	64,0	16,8
Liguria	60,5	14,8	64,0	16,6
Emilia-Romagna	61,5	15,9	64,5	17,2
Toscana	61,2	15,3	64,3	16,6
Umbria	61,1	15,2	63,2	15,7
Marche	61,7	15,6	64,5	16,7
Lazio	60,4	14,8	63,5	16,1
Abruzzo	60,3	14,7	63,8	16,2
Molise	60,3	14,4	63,3	15,6
Campania	59,0	13,8	62,0	14,8
Puglia	60,4	14,5	62,1	14,4
Basilicata	60,0	14,5	62,3	14,9
Calabria	60,5	14,8	61,8	14,4
Sicilia	59,5	13,7	60,8	13,4
Sardegna	59,6	14,4	63,6	16,0
Italia	60,5	14,9	63,5	16,1

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

Lo scenario attuale consente quindi un cauto ottimismo: a 65 anni una donna può aspettarsi di vivere i tre quarti che le restano da vivere senza disabilità, per un uomo tale condizione è attesa per l'86 per cento dei restanti anni di vita. L'analisi regionale evidenzia il permanere delle differenze di genere e rileva anche una differenza più marcata nelle regione del Sud (Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia) alle quali si aggiungono Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Marche (Figura 2.1). Questo miglioramento del quadro della speranza di vita libera da disabilità appare molto importante in un contesto in cui è sempre più consistente il numero di persone che raggiungono le età avanzate (Figura 2.2).

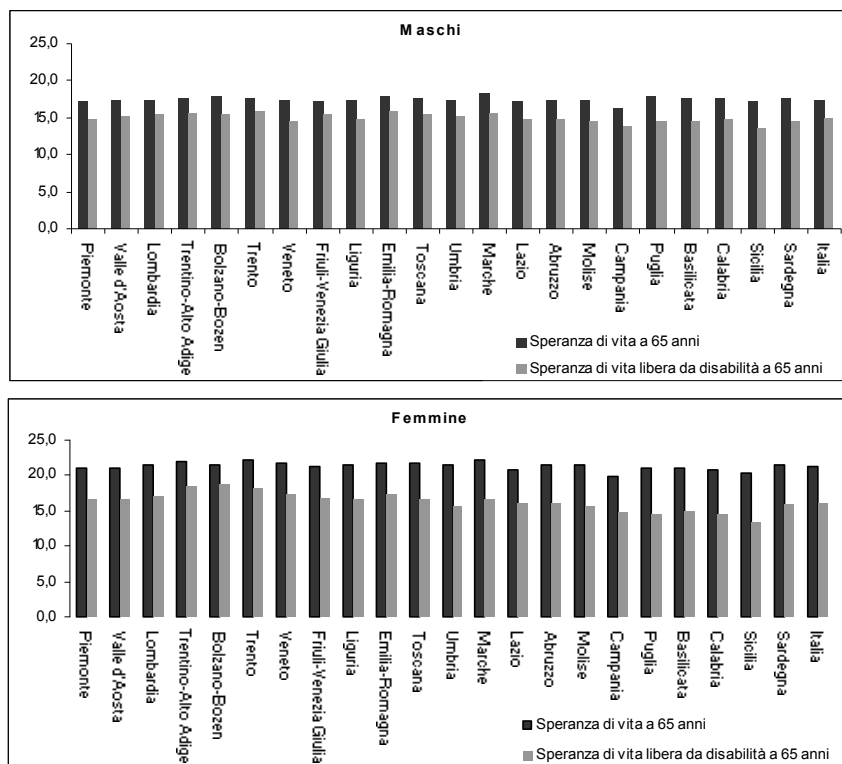
Figura 2.1 - Quota percentuale di anni di vita attesi a 65 anni liberi da disabilità per sesso e regione - Anni 2004-2005



Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

I valori più elevati di speranza di vita libera da disabilità sono nel Centro-nord e quelli più bassi nelle aree meridionali del Paese, dove quasi tutte le regioni presentano valori inferiori alla media nazionale. La Calabria, in particolare, fa registrare i valori più bassi per entrambi i sessi. Inoltre, la Puglia, la Sicilia e la Calabria sono le uniche regioni in cui l'indicatore calcolato a 65 anni per le donne è più basso del corrispondente per gli uomini. Nella maggior parte delle regioni, infatti, le differenze di genere sono a vantaggio delle donne, che possono contare su una più elevata speranza di vita libera da disabilità rispetto agli uomini. Tale vantaggio a livello nazionale ammonta a circa 20 mesi e sale a ben 2,8 anni nel caso del Trentino-Alto Adige e a 2,6 anni nel Veneto.

Figura 2.2 - Speranza di vita (stime 2005) e speranza di vita libera da disabilità a 65 anni per regione e sesso - Anni 2004-2005



Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

2.2 - La percezione dello stato di salute nella popolazione con disabilità

Per un'analisi complessiva dello stato di salute delle persone con disabilità² è rilevante tenere conto della valutazione soggettiva delle condizioni di salute, che consente di cogliere aspetti non rilevabili mediante l'indicatore tradizionale della morbosità. Persone in condizioni di salute analoghe, se valutate per presenza di patologie, possono presentare livelli diversi di riduzione nelle capacità funzionali e relazionali. Rilevare la salute percepita permette di cogliere l'effetto delle condizioni di salute e delle limitazioni fisiche o funzionali sullo stato fisico e mentale degli individui. Concettualmente la percezione di salute non è una misura assoluta ma è relativa a ciascun individuo ed esprime lo scostamento rispetto ad una condizione ritenuta ottimale.

Al fine di descrivere in modo sintetico il giudizio soggettivo sulle condizioni di salute è stato utilizzato il questionario Sf 12 (*Short Form Health Survey*) già utilizzato in numerosi studi empirici condotti su popolazioni europee. Questo strumento, per snellezza e facilità di somministrazione, si è rivelato particolarmente appropriato non solo per studi di epidemiologia, ma anche per indagini sulla popolazione. Con l'Sf12 sono studiati otto diversi aspetti che concorrono nella percezione dello stato di salute: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, stato emotivo, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali e salute mentale. I diversi aspetti sono stati sintetizzati in due indici, uno riguardante lo stato fisico (Pcs - Physical Component Summary), l'altro quello psicologico (Mcs - Mental Component Summary). I punteggi dei due indici (Pcs e Mcs) evidenziano al loro crescere migliori condizioni di salute psicofisica. A livelli molto bassi (orientativamente sotto i 20 punti) di Pcs corrisponde una condizione di "sostanziali limitazioni nella cura di sé e nell'attività fisica, sociale e personale; importante dolore fisico; frequente stanchezza; la salute è giudicata scadente". Un basso indice di stato di salute psicologico evidenzia invece "frequente disagio psicologico; importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi; la salute è giudicata scadente".

Indagando sulla percezione dello stato di salute con questo strumento multidimensionale emerge quanto la presenza di disabilità, incida sulla percezione dello stato di salute.

² Cfr. nota 1 cap. 1 pag. 15.

Nella popolazione disabile, rispetto alle persone libere da disabilità, lo stato fisico è decisamente più compromesso per le maggiori limitazioni nella cura di sé e nella partecipazione alla vita attiva (lavoro, attività fisica, ecc.). Complessivamente si osserva infatti, per l'indice Pcs, uno scarto netto tra popolazione disabile e non disabile di oltre 21 punti. Tra gli anziani la distanza tra persone con disabilità e popolazione senza disabilità nella percezione dello stato di salute fisico, pur mantenendosi elevata, si riduce lievemente (per gli anziani di 65 anni e più è di 16 punti) (Tavola 2.2).

Tavola 2.2 - Indici di stato fisico e psicologico relativi alle persone di 14 anni e più per classe di età, presenza e tipologia di disabilità - Anni 2004-2005 (punteggi medi)

PRESENZA E TIPOLOGIA DI DISABILITÀ	Persone di 14-64 anni		Persone di 65 anni e oltre		Persone di 14 anni e oltre	
	Indice di stato fisico	Indice di stato psicologico	Indice di stato fisico	Indice di stato psicologico	Indice di stato fisico	Indice di stato psicologico
Non disabili	52,9	50,8	44,9	48,4	51,4	50,3
Disabili	35,2	42,0	28,9	39,0	30,0	39,5
Confinamento individuale	32,2	38,6	26,5	35,7	27,3	36,2
<i>di cui confinati a letto o su una sedia</i>	29,9	39,6	24,8	33,0	25,4	33,9
Disabilità nelle funzioni	30,1	40,5	27,4	37,5	27,8	37,9
Difficoltà nel movimento	29,9	40,5	27,9	39,4	28,2	39,5
Difficoltà vista, udito e parola	41,4	45,8	29,9	36,7	32,6	38,8
Confinati in casa con difficoltà nelle funzioni e nel movimento	27,0	35,5	26,1	35,9	26,0	35,9
Difficoltà nelle funzioni e nel movimento	44,0	40,2	26,3	37,5	26,4	37,8

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

Osservando la valutazione del disagio psicologico dei disabili, si rileva che, complessivamente, per l'indice Mcs le distanze tra la popolazione disabile e non disabile sono inferiori rispetto all'indice di stato fisico (10,8 punti per la popolazione di 14 anni e più e 9,4 punti per gli anziani di 65 anni e più).

Complessivamente la percezione più negativa sia per lo stato fisico che per quello psicologico è riferita dalle persone che sono nella condizione più grave di confinamento, vale a dire sono costrette a letto o su

una sedia. Questi ultimi presentano, per entrambi gli indici, i valori più bassi (rispettivamente 25,4 e 33,9). Il confinamento, indica infatti una condizione di elevata o totale perdita di autosufficienza.

Gli indici di stato fisico e psicologico presentano punteggi medi sensibilmente più bassi per le persone che cumulano più limitazioni e per quelle tipologie di disabilità che implicano una limitazione delle capacità motorie e nelle attività quotidiane, mentre per le disabilità che coinvolgono la sfera sensoriale i punteggi medi sono più elevati (per il Pcs 32,6 e per l'indice Mcs 38,8).

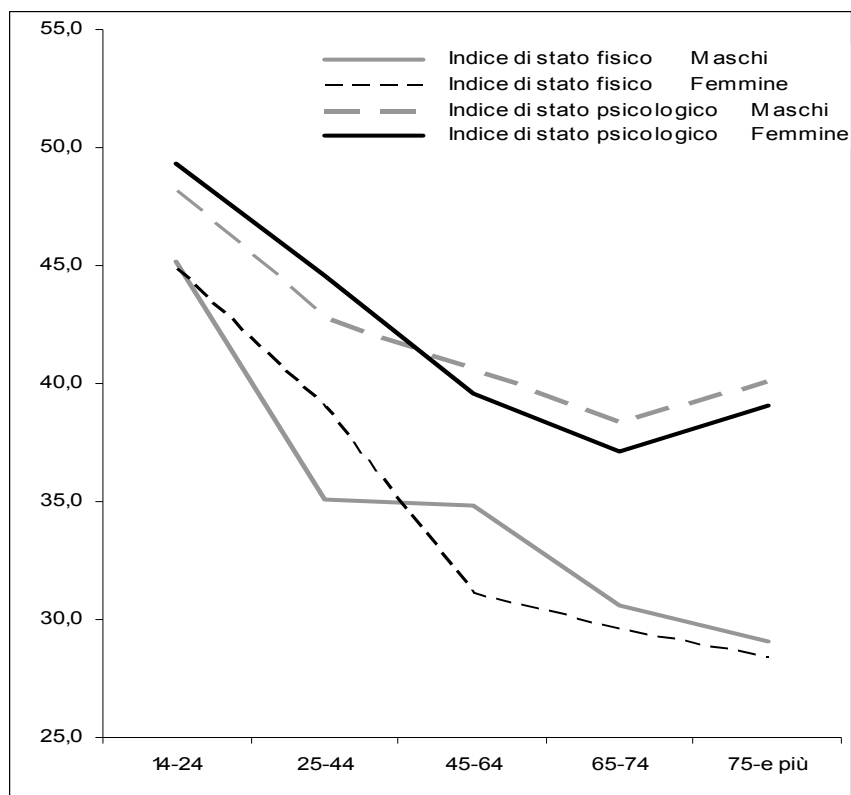
Per tutti i tipi di disabilità, le differenze di genere più rilevanti si osservano per l'indice di stato fisico nella fascia di età adulta. Tra i 25 e i 44 anni si osserva uno svantaggio maschile con uno scarto nel punteggio di circa 4 punti, mentre tra i 45 e i 64 anni la percezione dello stato fisico peggiora sensibilmente fra le donne, portandosi al di sotto di 3,7 punti rispetto al punteggio rilevato per gli uomini (Figura 2.3).

Fra le persone anziane con disabilità, le differenze di genere si attenuano ma le donne presentano punteggi più bassi rispetto agli uomini per entrambi gli indici.

Analizzando la percezione dello stato di salute, a parità di condizioni per presenza di patologie croniche e multicronicità, si osserva che le persone con disabilità multicroniche presentano i punteggi più bassi per entrambi gli indici. La differenza più elevata rispetto alle persone libere da disabilità si evidenzia però per le persone disabili colpite da patologie croniche gravi³.

³ Tra le patologie rilevate, sono considerate gravi: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus-emorragia cerebrale, bronchite cronica-enfisema, tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia), alzheimer e demenze senili, parkinsonismo, cirrosi epatica.

Figura 2.3 - Indici di stato fisico e psicologico delle persone con disabilità di 14 anni e più per sesso e classe di età - Anni 2004-2005 (punteggi medi)



Fonte: Istat, Indagine multiscope "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

Per questi ultimi lo scarto per l'indice di stato fisico è di 16,5 punti fino ai 64 anni e di 13,2 per gli anziani. Per l'indice di stato psicologico la differenza è di circa 9 punti (Tavola 2.3).

Tavola 2.3 - Indici di stato fisico e psicologico relativi alle persone di 14 anni e più per presenza di malattie croniche, disabilità e classe di età - Anni 2004-2005 (punteggi medi)

CLASSI DI ETÀ	Indice di stato fisico			Indice di stato psicologico		
	Nessuna malattia cronica	Almeno una malattia cronica grave	Tre o più malattie croniche	Nessuna malattia cronica	Almeno una malattia cronica grave	Tre o più malattie croniche
DISABILI						
14-64	44,4	29,7	29,6	48,1	37,1	36,5
65 e oltre	36,0	27,8	27,5	45,9	37,4	37,3
Totale	40,4	28,0	27,8	47,0	37,4	37,2
NON DISABILI						
14-64	54,7	46,2	44,7	52,5	46,3	43,8
65 e oltre	50,8	41,0	40,0	51,9	46,3	44,7
Totale	54,4	43,4	42,3	52,4	46,3	44,3
TOTALE						
14-64	54,6	45,4	43,9	52,4	45,8	43,5
65 e oltre	50,1	37,0	36,2	51,6	43,6	42,5
Totale	54,3	40,2	39,3	52,4	44,5	42,9

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

È noto come la salute e quindi la disabilità siano significativamente associate a condizioni economiche⁴ sfavorevoli.⁵ È un circolo vizioso ormai ben noto: i meno abbienti più frequentemente adottano stili di vita insalubri, fanno meno prevenzione e quando si ammalano si curano meno frequentemente, in modo tardivo e meno appropriato. Inoltre in taluni casi, soprattutto partendo già da situazioni di svantaggio, malattie gravi o eventi traumatici possono far precipitare nella ristrettezza economica se non addirittura nell'indigenza.

Gli effetti di questi svantaggi che si cumulano si avvertono più nella popolazione adulta di quanto non avvenga tra gli anziani, probabilmente perché la condizione di precarietà economica e le scarse possibilità di sostegno hanno un maggiore impatto sulla salute in una fase della vita che dovrebbe essere attiva e nella quale la prospettiva temporale è di lungo periodo.

⁴ La condizione economica è rilevata mediante la valutazione soggettiva della disponibilità di risorse economiche. La valutazione è riferita da un componente della famiglia ed è estesa a tutti i membri della famiglia.

⁵ Cfr. Costa G., e Faggiano F., *L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: Franco Angeli, 1994. Cardano M. e Costa G., *Classi sociali e salute. Le disuguaglianze di mortalità a Torino*. (Quaderni di sociologia XLII n.17/1998, 86-121. Facchini C. e Ruspini E., *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*. Milano: Franco Angeli, 2001.

Tavola 2.4 - Indici di stato fisico e psicologico relativi alle persone di 14 anni e più per presenza di disabilità e situazione economica dichiarata - Anno 2005 (punteggi medi)

CLASSI DI ETÀ	Indice di stato fisico		Indice di stato psicologico	
	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili
GIUDIZIO SULLE RISORSE ECONOMICHE COMPLESSIVE DELLA FAMIGLIA "POSITIVO" (OTTIME-ADEGUATE)				
14-24	43,9	55,4	47,6	52,6
25-44	39,2	54,0	45,4	51,7
45-64	34,7	51,5	42,1	50,6
65-74	30,8	47,4	39,7	49,8
75 e oltre	28,8	43,7	40,6	49,1
Totale	30,5	52,0	41,0	51,1
GIUDIZIO SULLE RISORSE ECONOMICHE COMPLESSIVE DELLA FAMIGLIA "NEGATIVO" (SCARSE-ASSOLUTAMENTE INSUFFICIENTI)				
14-24	46,5	55,2	50,0	52,4
25-44	34,7	53,3	41,8	49,6
45-64	30,8	49,0	37,8	47,1
65-74	29,2	44,3	35,5	46,4
75 e oltre	28,4	40,8	37,9	46,0
Totale	29,5	50,2	37,8	48,6

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

La differenza più rilevante nella percezione della salute fisica, in funzione della disponibilità di risorse economiche, si osserva infatti per gli adulti di 25-44 colpiti da disabilità con una differenza di 4,5 punti per l'indice di stato fisico rispetto ai coetanei disabili in posizione economica più favorevole. Sempre per l'indice di stato fisico, la differenza è elevata anche per le persone tra i 45 e i 64 anni (circa 4 punti).

Gli anziani con disabilità che giudicano non adeguate le risorse economiche della famiglia si differenziano dai coetanei in buona posizione economica, più per la percezione dello stato di salute psicologico (4,3 punti di distanza) di quanto avvenga per la valutazione delle condizioni fisiche dove la differenza è solo di 1,6 punti (Tavola 2.4).

2.3 - Le patologie croniche che colpiscono la popolazione con disabilità

L'associazione tra presenza di disabilità e morbilità cronica è, come ovvio, molto forte in quanto le patologie croniche possono essere sia la causa dell'insorgenza della disabilità, sia una conseguenza di deficit funzionali determinati da altri eventi. Le persone con disabilità presen-

tano dunque condizioni di salute nettamente peggiori rispetto alla popolazione non disabile.

Molte delle malattie croniche possono condurre alla disabilità. Alcune particolarmente gravi talvolta, pur non essendo fatali, comportano, per le persone che ne sono colpite, una riduzione dell'autonomia (ictus, infarto, ecc.), altre patologie (osteoporosi, artrosi, ecc.) causano processi degenerativi altamente invalidanti e, una volta insorte, sono causa di una progressiva limitazione dell'autonomia nello svolgere le essenziali attività della vita quotidiana.

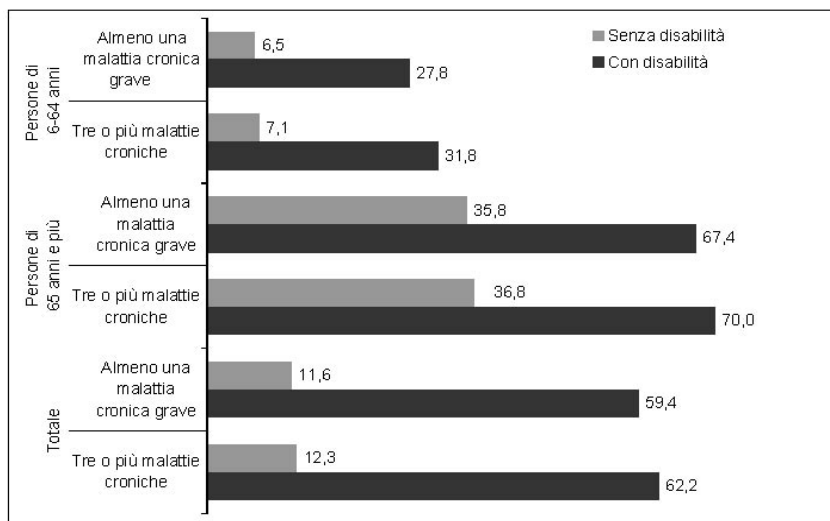
Inoltre, come si è detto, l'insorgenza di patologie croniche può essere connessa alla presenza di disabilità ad esordio infantile o dovute ad eventi traumatici. È il caso, ad esempio, delle persone disabili costrette su una sedia a rotelle, per le quali possono insorgere complicanze dell'apparato circolatorio, dell'apparato digerente, urologico o di altri disturbi.

A prescindere dalla loro eziologia, analizzando complessivamente l'associazione tra presenza di disabilità e morbilità cronica, si rileva che la gran parte dei disabili è colpito da patologie di tipo cronico, con quote importanti di persone in condizioni di multicronicità o affette da malattie gravi.

Ben il 62,2 per cento delle persone con disabilità è colpito da tre o più patologie croniche ed oltre la metà (59,4 per cento) ha almeno una malattia cronica grave⁶; solo il 9,9 per cento non dichiara di essere affetto da patologie croniche. Tra i non disabili la quota di persone con più patologie croniche o in precarie condizioni per la presenza di patologie gravi è decisamente più contenuta: il 12,3 per cento presenta una comorbilità di tipo cronico e l'11,6 per cento dichiara di soffrire di almeno una patologia grave. Questa distanza, pur essendo influenzata dalla maggiore presenza di anziani nella popolazione disabile, è molto forte anche nella popolazione fino ai 64 anni (Figura 2). Tra gli anziani con disabilità, la quota dei multicronici e delle persone colpite da patologie croniche gravi è quasi il doppio di quella che si osserva tra le persone anziane libere da disabilità.

⁶ Nel presente lavoro sono state considerate malattie croniche gravi le seguenti patologie: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; alzheimer, demenze senili.

Figura 2.4 - Persone di 6 anni e più per classe di età, presenza di disabilità e malattie croniche (a) - Anni 2004-2005 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 200004-2005"

a) Malattie croniche gravi: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno; alzheimer, demenze senili; parkinsonismo.

Analogamente a quanto avviene nel totale della popolazione, le differenze di genere sono ben evidenti. Tra le persone disabili le donne sono maggiormente colpite da patologie croniche, con tassi di comorbilità molto più elevati rispetto agli uomini: nel 65,5 per cento dei casi le donne dichiarano di soffrire di almeno tre malattie croniche contro il 55,9 per cento degli uomini. Per questi ultimi, però, ricorrono più di frequente, in particolare nell'età anziana, malattie croniche gravi: tra le donne il 58,6 per cento dichiara la presenza di almeno una malattia cronica grave e tra gli uomini la quota sale invece al 60,8 per cento. Le differenze di genere si incrementano nell'età anziana per quanto riguarda le patologie croniche gravi, mentre sono più rilevanti fino ai 64 anni per le condizioni di multicronicità da cui sono colpite in misura maggiore le donne (Tavola 2.5).

Tavola 2.5 - Persone di 6 anni e più per presenza di malattie croniche, disabilità e classe di età - Anno 2005 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETÀ	Con nessuna malattia cronica		Con almeno una malattia cronica grave (a)		Con tre o più malattie croniche	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
DISABILI						
6-64	32,52	27,12	27,67	27,94	28,96	34,55
65 e oltre	5,57	4,47	74,69	64,29	67,17	71,17
Totale	13,54	7,99	60,79	58,64	55,87	65,48
NON DISABILI						
6-64	67,55	60,95	7,03	5,98	5,28	8,95
65 e oltre	24,16	17,22	41,00	31,52	31,31	41,30
Totale	60,71	52,68	12,39	10,81	9,38	15,07
TOTALE						
6-64	67,13	60,53	7,28	6,25	5,56	9,26
65 e oltre	21,68	14,34	45,49	38,90	36,09	48,03
Totale	59,14	49,94	14,00	13,74	10,93	18,15

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

(a) Malattie croniche gravi: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia), parkinson, alzheimer, demenze senili.

Confrontando la prevalenza tra disabili e non disabili emergono forti differenze per osteoporosi, artrosi/artrite e ipertensione. Tali differenze sono molto più elevate nelle fasce di età giovani e adulte mentre si riducono fra gli anziani: oltre la metà delle persone con disabilità tra i 45 e i 64 anni è affetto da artrosi/artrite (57,5 per cento) contro una quota del 24,3 per cento tra i non disabili. Sempre per queste persone è ancora più accentuata la differenza per l'osteoporosi (17,6 per cento contro il 5,9 per cento) (Tavola 2.6).

Tavola 2.6 - Persone di 6 anni e più per presenza di disabilità, classe di età e tipo di malattie croniche - Anni 2004-2005 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

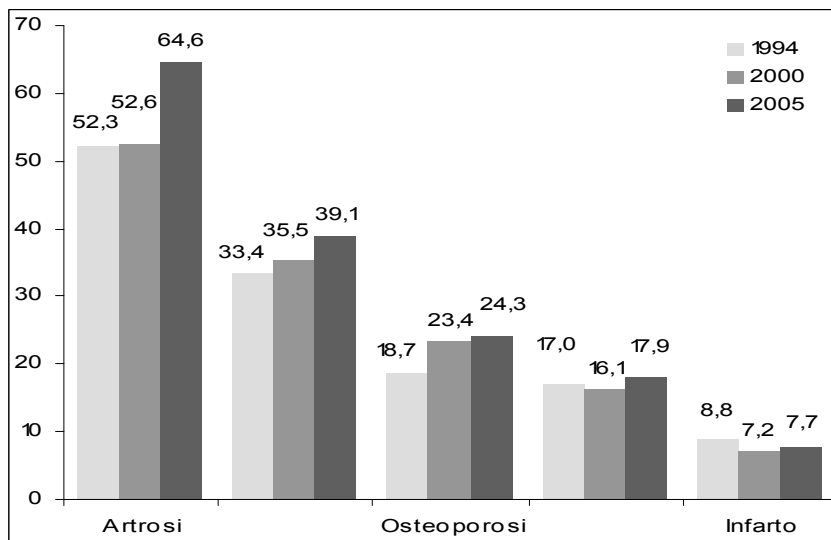
MALATTIE CRONICHE	Disabili				Non disabili				Totale			
	6-44	45-64	65 e oltre	Totale	6-44	45-64	65 e oltre	Totale	6-44	45-64	65 e oltre	Totale
Malattie allergiche	17,3	11,6	9,0	10,1	12,9	9,1	8,2	11,1	13,0	9,1	8,3	11,0
Diabete	0,6	15,7	21,2	18,6	0,5	5,4	13,0	4,1	0,5	5,6	14,5	4,8
Cataratta	2,0	7,2	22,9	19,2	0,1	1,4	10,0	2,2	0,1	1,5	12,4	3,0
Ipertensione	3,0	33,2	47,9	42,0	1,7	19,4	38,9	13,1	1,7	19,7	40,5	14,4
Infarto del miocardio	.	4,7	9,8	8,3	0,1	1,8	5,5	1,5	0,1	1,9	6,3	1,8
Angina pectoris	0,9	2,9	4,6	4,0	0,0	0,7	2,0	0,5	0,0	0,7	2,5	0,7
Altre malattie del cuore	2,0	7,9	20,2	17,1	0,6	2,7	9,3	2,7	0,6	2,8	11,3	3,3
Ictus, emorragia cerebrale	1,3	9,1	13,6	12,0	0,1	0,6	2,4	0,6	0,1	0,8	4,5	1,2
Bronchite cronica, enfisema	4,9	14,2	23,6	20,8	1,2	4,2	11,9	3,9	1,2	4,4	14,1	4,7
Asma bronchiale	4,5	6,9	11,7	10,5	2,9	2,8	5,4	3,3	2,9	2,9	6,5	3,6
Gravi malattie della pelle	0,9	2,9	1,7	1,8	0,9	1,3	1,5	1,1	0,9	1,4	1,5	1,2
Malattie della tiroide	1,9	9,0	5,3	5,3	1,7	5,5	5,0	3,3	1,7	5,6	5,0	3,4
Artrosi, artrite	6,8	57,5	78,3	69,1	2,3	24,3	51,4	16,9	2,4	24,9	56,4	19,4
Osteoporosi	1,9	17,6	30,7	26,5	0,1	5,9	16,1	4,5	0,2	6,1	18,8	5,6
Ulcera gastrica o duodenale	2,1	8,3	6,9	6,6	0,8	3,6	5,0	2,3	0,8	3,7	5,3	2,5
Calcolosi del fegato o delle vie biliari/calcolosi renale	1,4	7,3	6,6	6,2	0,8	3,3	4,5	2,1	0,8	3,4	4,9	2,3
Cirrosi epatica	0,2	0,7	1,3	1,1	0,1	0,4	0,5	0,2	0,1	0,4	0,7	0,3
Tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia)	1,0	7,1	4,6	4,5	0,2	1,3	2,2	0,9	0,2	1,4	2,7	1,0
Cefalea o emicrania ricorrente	6,3	16,1	12,9	12,6	6,6	10,5	7,8	7,9	6,6	10,6	8,7	8,1
Parkinsonismo	.	1,0	4,7	3,9	0,0	0,1	0,7	0,2	0,0	0,1	1,4	0,3
Alzheimer, demenze senili	.	2,4	9,4	7,7	.	0,0	0,6	0,1	.	0,1	2,2	0,5
Depressione e ansietà cronica	8,6	25,7	23,8	22,6	2,1	6,8	10,1	4,8	2,1	7,1	12,7	5,6
Altre malattie del sistema nervoso	16,7	13,3	4,7	6,8	0,6	0,8	1,1	0,7	0,8	1,0	1,8	1,0
Altro	10,6	14,1	8,4	9,2	2,4	4,6	5,0	3,5	2,5	4,8	5,7	3,8

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

Per alcune di queste malattie, negli ultimi dieci anni, si è assistito ad un rilevante incremento. Confrontando le prevalenze standardizzate per età del 1994 con quelle del 2005, si osserva come la quota di popolazione colpita da osteoporosi sia salita, tra le persone con disabilità, di circa il 30 per cento, quella di artrosi e artrite del 23 per cento e quella dell'ipertensione del 17 per cento.

Si tratta di una tendenza in parte forse ascrivibile ad una maggiore diffusione dei controlli diagnostici ma che appare preoccupante tra le persone con limitazioni, tenendo conto dell'elevata prevalenza di queste patologie soprattutto nella popolazione anziana.

Figura 2.5 - Andamento, nella popolazione con disabilità, di alcune delle patologie croniche associate alla disabilità (Confronto 1994-2000-2005 prevalenze standardizzate per età rispetto al 1994)



Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

A parità di alcuni fattori strutturali (età, condizione economica, livello di istruzione e collocazione sul territorio),⁷ si evidenzia, come prevedibile, l'elevato rischio di essere disabili per le persone colpite da malattie croniche gravi.

In particolare, per alzheimer, ictus e parkinson si osservano gli *odds ratio* più alti. Prima dei 65 anni il rischio è più elevato di quanto non sia tra gli anziani per chi è colpito da ictus e osteoporosi (Tavola 2.7).

⁷ È evidente la necessità di controllare l'effetto delle patologie per età, sesso e status, in quanto tra gli anziani, le donne e le persone di status meno elevato la quota di disabili è più alta. Per quanto riguarda la collocazione sul territorio l'analisi dei dati mostra uno svantaggio del Sud a parità di condizioni di salute (presenza di patologie croniche gravi), età e status. È stato osservato come il differenziale Nord-Sud negli indicatori di salute sia in parte attribuibile alle peggiori condizioni socio-economiche del Sud e in parte a quello che viene definito "effetto di contesto", vale a dire ad impatto più severo che la condizione socio-economica svantaggiata ha sulla salute nel Sud del nostro Paese.

Cfr. Costa G., Marinacci C., Chiazzo A. e Spadea T. *Individual and contextual determinants of inequalities in health: the Italian case*. (Int J Health Serv 2003;33: 635-667).

Tavola 2.7 - Impatto di patologie croniche e obesità sulla disabilità. Rischi relativi controllati per età, sesso, ripartizione geografica, titolo di studio e disponibilità risorse economiche - Anni 2005 (odds ratio)

	Classi di età					
	14-64			65 e oltre		
	Stima puntuale	95% - Limiti di confidenza		Stima puntuale	95% - Limiti di confidenza	
Sesso maschi vs femmine	1,16	1,02	1,33	0,56	0,51	0,60
Ripartizione						
Nord vs Sud	0,69	0,60	0,80	0,71	0,66	0,77
Centro vs Sud	0,82	0,68	0,98	0,73	0,66	0,80
Titolo di studio						
Lic. Elementare vs Diploma/Laurea	3,87	3,22	4,65	1,75	1,52	2,00
Lic. Media vs Diploma/Laurea	1,61	1,35	1,93	1,31	1,12	1,53
Risorse economiche scarse Si vs No	1,41	1,24	1,60	1,30	1,21	1,39
Ictus Si vs No	10,32	7,53	14,14	5,77	5,03	6,62
Parkinson Si vs No	8,71	3,74	20,28	6,06	4,72	7,78
Alzheimer Si vs No	41,63	16,41	105,62	16,38	13,19	20,35
Artrosi Si vs No	2,21	1,89	2,59	2,44	2,24	2,66
Malattie del cuore (a) Si vs No	1,39	1,08	1,79	1,80	1,65	1,95
Tumore Si vs No	3,57	2,53	5,04	2,10	1,74	2,53
Osteoporosi Si vs No	2,17	1,74	2,70	1,46	1,34	1,59
Ipertensione Si vs No	1,02*	0,86	1,22	0,94*	0,87	1,01
Diabete Si vs No	1,61	1,28	2,03	1,43	1,30	1,56
Cirrosi epatica Si vs No	1,30*	0,60	2,83	1,80	1,25	2,59
Bronchite cronica, enfisema Si vs No	1,63	1,30	2,05	1,65	1,51	1,81
Obesità Si vs No	1,18*	0,98	1,41	1,13	1,03	1,25

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

(a) Infarto del miocardio, angina pectoris e altre malattie del cuore;

(*) Stima statisticamente non significativa.

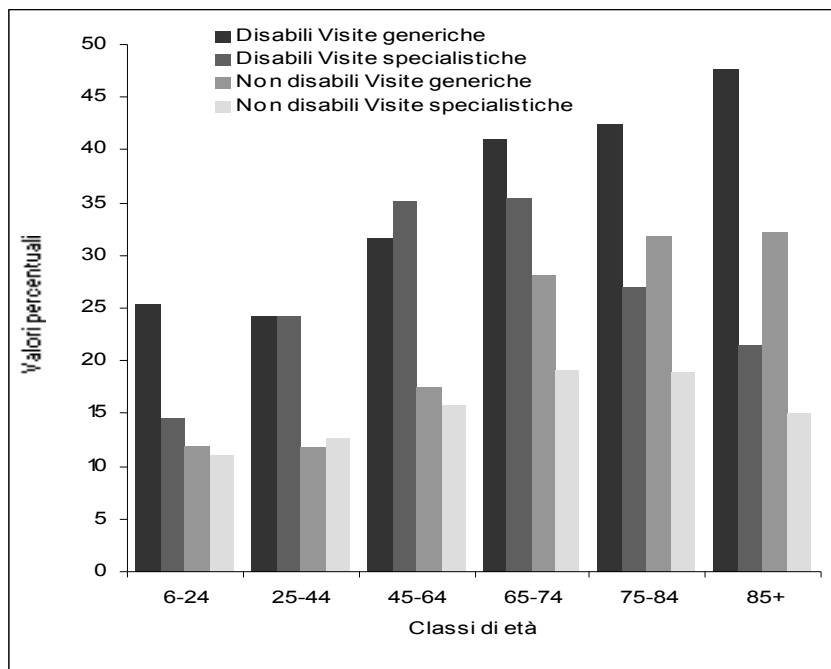
2.4 - Il ricorso ai servizi sanitari delle persone con disabilità

Gli elevati livelli di morbosità riscontrabili tra le persone con disabilità determinano inevitabilmente un maggiore ricorso ai servizi socio-sanitari. Il 51,8 per cento delle persone con disabilità ha effettuato almeno una visita nelle quattro settimane precedenti l'intervista, contro il 25,8 per cento della popolazione senza disabilità, con un numero medio di visite, nello stesso

periodo di riferimento, di 2,2 nei primi a fronte di 1,7 nella popolazione senza disabilità. Su 100 persone con disabilità di 6 anni e più le consultazioni presso un medico generico sono state circa 69 a fronte delle 20 effettuate dalla popolazione senza disabilità. La fruizione di visite specialistiche da parte di persone con disabilità è pari al doppio di quella osservata nel resto della popolazione (46 visite specialistiche a fronte di 23 della popolazione libera da disabilità).

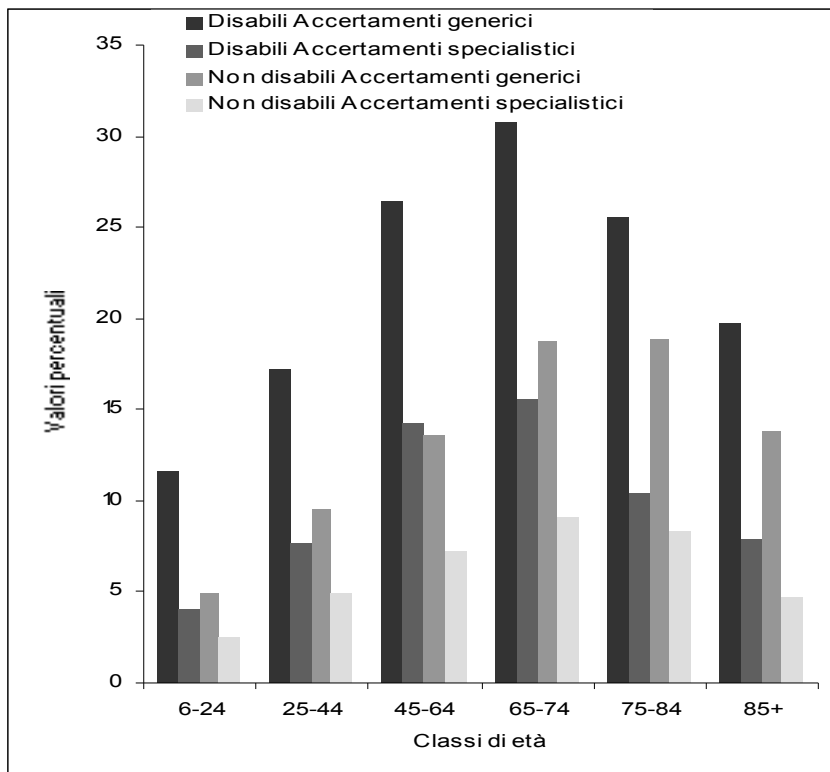
Differenze nei livelli di consumo sanitario permangono anche quando si conducono analisi per singole classi di età. Il 25 per cento delle persone di età compresa tra i 6 e i 24 anni ha fatto almeno una visita generica nel resto della popolazione tale percentuale scende al 12 per cento (Figura 2.6). Tra gli ultraottantacinquenni con disabilità sono il 48 per cento coloro che hanno effettuato almeno una visita generica mentre nella popolazione della stessa età la percentuale è pari al 32 per cento. Se si fanno gli stessi confronti per le visite specialistiche si riscontrano differenziali minori.

Figura 2.6 - Persone di 6 anni e più per tipo di visita medica effettuata, classe di età e presenza di disabilità - Anno 2004-2005



Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

Figura 2.7 - Persone di 6 anni e più per tipo di accertamento diagnostico, classe di età e presenza di disabilità - Anno 2004-2005

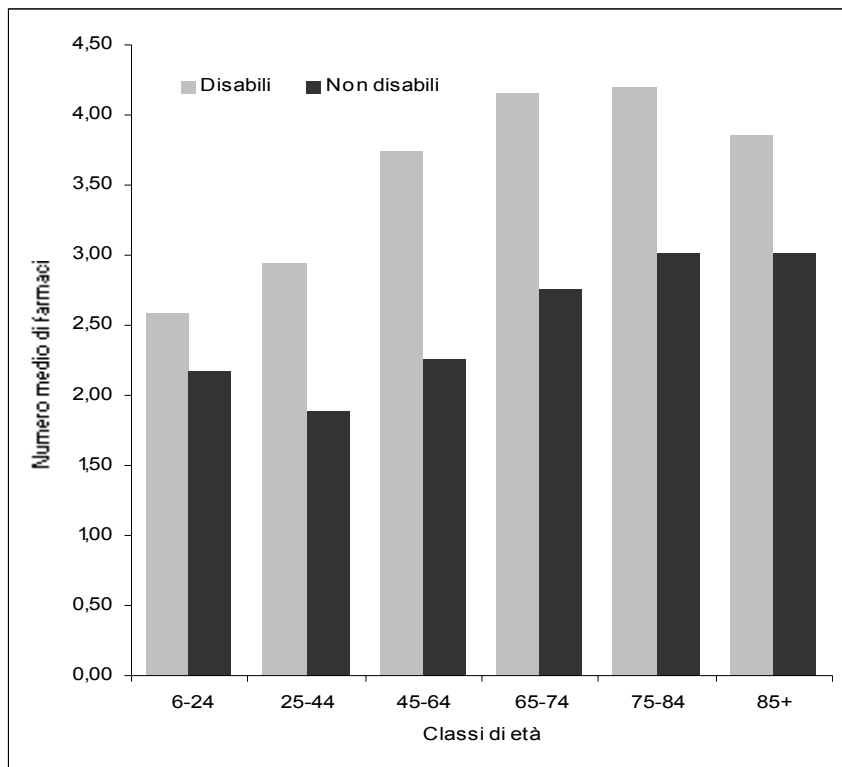


Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

Sono il 15 per cento le persone con disabilità tra i 6 e i 24 anni che hanno effettuato nelle quattro settimane precedenti l'intervista almeno una visita specialistica contro l'11 per cento della popolazione senza disabilità. Tra gli ultraottantacinquenni i valori sono rispettivamente pari a 21 per cento e 15 per cento.

Quanto osservato per le visite mediche si verifica anche per gli accertamenti diagnostici, infatti, il 24,2 per cento delle persone con disabilità ha effettuato almeno un accertamento contro l'11,3 per cento delle persone senza disabilità (Figura 2.7). Particolarmente differente tra le due popolazioni è il ricorso a due o più accertamenti, modalità che

Figura 2.8 - Numero medio di farmaci per classe di età e presenza di disabilità di colui che li assume - Anno 2004-2005



Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

sembra caratterizzare fortemente la popolazione con disabilità (19,4 per cento contro 7,5 per cento della popolazione non disabile).

Circa il 14 per cento delle persone con disabilità è stato ricoverato almeno una volta nei 3 mesi precedenti l'intervista a fronte del 3 per cento circa della popolazione senza disabilità, in entrambe le popolazioni però sembra prevalere il fattore età che gioca un ruolo importante nel ricorso all'ospedalizzazione.

Gli elevati livelli di morbosità delle persone con disabilità rispetto alla popolazione non disabile sono riscontrabili anche dal consumo farmaceutico. L'utilizzo quotidiano di farmaci cresce all'aumentare dell'età ma resta comunque sempre maggiore, a parità di età, nelle per-

sone con disabilità rispetto a quelle senza disabilità. Le persone con disabilità assumono regolarmente 4 farmaci diversi mentre la popolazione senza disabilità assume in media regolarmente 2,5 farmaci (Figura 2.8).

Per le persone con disabilità assumono particolare rilievo i servizi di riabilitazione, infatti, il 13,3 per cento di queste ha effettuato almeno un trattamento di riabilitazione contro appena il 3,3 per cento della popolazione non disabile.

Per quanto riguarda la medicina non convenzionale, questa sembra ancora essere poco diffusa sia nella popolazione con disabilità sia in quella senza disabilità, si può però sicuramente dire che le persone non disabili utilizzano molto di più la medicina omeopatica e quella fitoterapica, mentre le persone con disabilità usufruiscono più frequentemente l'agopuntura ed i trattamenti manuali. Le differenze permangono se si analizzano le due popolazioni a parità di classe di età.

Fondamentale per le persone con disabilità è anche l'assistenza sanitaria erogata a domicilio. Sono il 13 per cento le famiglie con almeno una persona con disabilità che usufruiscono dell'assistenza domiciliare sanitaria. L'offerta di questo servizio però non sembra soddisfare pienamente la domanda, infatti è molto alta la percentuale di famiglie con almeno una persona con disabilità che dichiara di non usufruire del servizio di assistenza sanitaria domiciliare ma di averne bisogno (33 per cento) (Tavola 2.8).

La geografia del bisogno insoddisfatto è caratterizzata da un gradiente Nord-sud sfavorevole per le regioni del mezzogiorno. La percentuale di famiglie con almeno una persona con disabilità che non ha potuto usufruire di assistenza domiciliare sanitaria, pur avendone bisogno, è quasi doppia nelle regioni del Sud (in particolare in Puglia, Abruzzo, Campania, Calabria) rispetto a quelle del Nord. Una situazione di carenza si evidenzia anche in Umbria e nel Lazio, con percentuali tra il 35 per cento e il 41 per cento.

Tavola 2.8 - Ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria delle famiglie con almeno una persona con disabilità per regione - Anni 2004-2005 (valori percentuali)

REGIONI	Assistenza domiciliare sanitaria	
	Ha usufruito	Non ne ha usufruito ma ne avrebbe avuto bisogno
Piemonte	18,20	26,70
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	19,40	22,30
Lombardia	14,50	23,40
Trentino-Alto Adige	25,50	19,80
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>30,90</i>	<i>18,70</i>
<i>Trento</i>	<i>22,00</i>	<i>20,30</i>
Veneto	13,10	27,10
Friuli-Venezia Giulia	16,90	31,50
Liguria	7,20	24,50
Emilia-Romagna	15,20	22,50
Toscana	17,40	25,40
Umbria	22,80	35,00
Marche	14,80	21,80
Lazio	15,60	41,20
Abruzzo	8,30	44,70
Molise	11,30	33,50
Campania	10,40	42,30
Puglia	9,60	45,20
Basilicata	14,60	33,10
Calabria	9,80	41,10
Sicilia	9,10	40,90
Sardegna	8,10	31,80
Italia	13,20	32,80

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

Per quanto riguarda i servizi sanitari finalizzati alla prevenzione si osserva che le persone con disabilità di 18 anni e più effettuano più frequentemente, rispetto alle persone senza disabilità, controlli ematologici. Nel dettaglio il ricorso a controlli per il colesterolo ha interessato l'80,6 per cento contro il 52,4 per cento della popolazione senza disabilità, per la glicemia l'81,7 per cento della popolazione con disabilità contro il 52,8 per cento del resto della popolazione ed in generale per le analisi del sangue rispettivamente 90,3 per cento e 63,2 per cento. Anche in questo caso l'analisi per età non mostra un quadro differente rispetto a quello appena descritto.

La prevenzione femminile presenta invece una situazione più eterogenea. Tra la popolazione di 45 anni e più che si sottopone ad analisi per constatare la presenza di osteoporosi, l'analisi dei dati evidenzia, sia per le donne con disabilità, sia per quelle senza disabilità, un maggior ricorso a questo tipo di accertamen-

to nella classe di età tra i 65 e i 74 anni. I dati evidenziano inoltre un maggiore ricorso, a parità di età, a questo tipo di analisi da parte della popolazione femminile con disabilità rispetto a quella senza disabilità. Il ricorso alla mammografia e al paptest in assenza di disturbi o sintomi è, invece, molto più frequente tra le donne senza disabilità di 25 anni e più rispetto a quelle con disabilità (44,8 per cento contro 29,4 per cento per la mammografia; 67,0 per cento contro 36,2 per cento per il paptest). L'analisi per età conferma un maggior ricorso delle donne senza disabilità rispetto a quelle con disabilità, tale differenza diminuisce all'aumentare dell'età della popolazione oggetto di studio.

Un'altra importante caratterizzazione dell'ospedalizzazione per disturbi psichici riguarda la distinzione tra trattamenti per acuti, di lungodegenza e riabilitazione. I primi rappresentano il 92,7 per cento del totale (circa 303.000), i secondi il 3,1 per cento (circa 10.000) e gli ultimi il 4,2 per cento (quasi 14.000).

Per quanto riguarda le caratteristiche dei pazienti, a carico delle donne si registra un numero di dimissioni lievemente maggiore rispetto agli uomini (50,9 per cento nel 1999 e 51,5 per cento nel 2004). In termini di tasso di dimissione i valori sono leggermente più elevati per gli uomini: pari nel 2004 a circa 565 dimissioni maschili e 560 femminili per 100 mila abitanti. Eliminando l'effetto della diversa struttura per età dei due collettivi le differenze di genere divengono più marcate: gli uomini risultano avere un tasso di dimissione standardizzato⁸ pari a 562 mentre per le donne scende a 555.

Analizzando anche l'età dei pazienti una prima considerazione interessante riguarda l'andamento temporale. I tassi di dimissione ospedaliera per disturbi psichici che, come detto in precedenza, tendono nel complesso a ridursi leggermente tra il 1999 e il 2004 e presentano un andamento differenziato per età evidenziando un'importanza crescente dell'ospedalizzazione dei minorenni. Le dimissioni ospedaliere di pazienti con età inferiore ai 18 anni passano nel periodo di osservazione da 17.406 a 24.037 negli uomini e da 12.103 a 16.027 nelle donne. L'importanza crescente dell'ospedalizzazione dei minorenni emerge anche osservando i tassi di dimissione in entrambi i sessi: in questa classe d'età subiscono un incremento da 340 a 471 per 100 mila uomini (+38 per cento) e da 249 a 332 per 100 mila donne (+33 per cento). La diversità tra maschi e femmine nella distribuzione per età si riflette nella distribuzione per stato civile: la metà delle dimissioni maschili riguarda i celibi, mentre le nubili costituiscono appena un terzo delle dimissioni femminili.

⁸ Il tasso è stato calcolato con il metodo della standardizzazione diretta utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione residente italiana al censimento del 2001.

Tavola 2.9 - Dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da disturbi psichici per sesso, classe di età e stato civile - Anno 2004

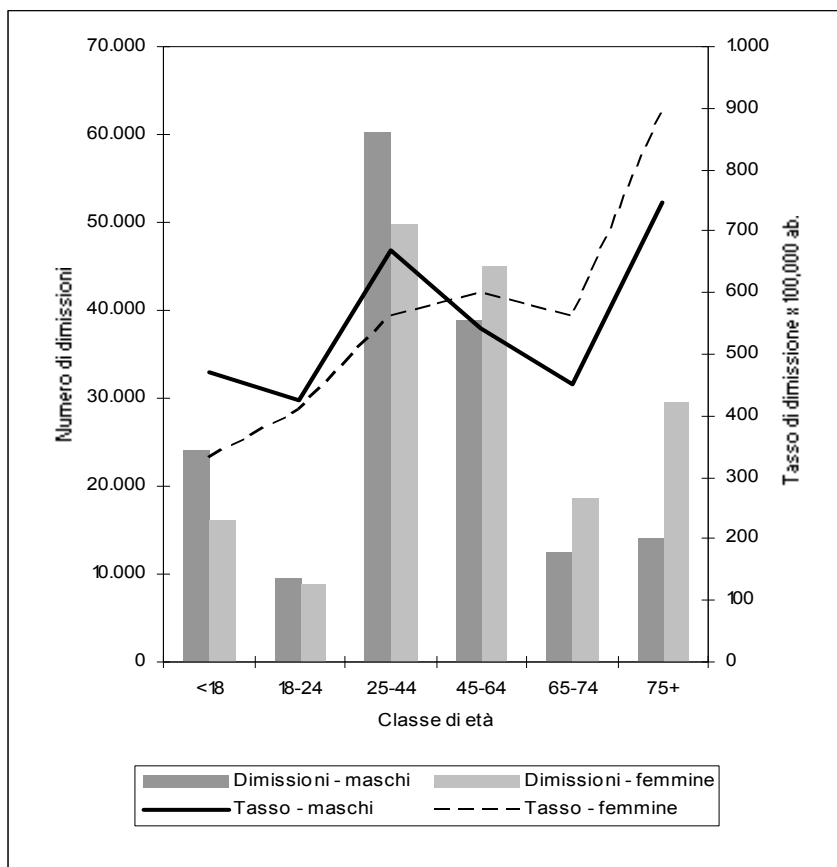
CLASSI DI ETÀ STATO CIVILE	Maschi			Femmine			Non indicato	Totale		
	Dimissioni	% sul totale (a)	% sul totale Sdo	Dimissioni	% sul totale (a)	% sul totale Sdo		Dimissioni	% sul totale (a)	% sul totale Sdo
<18 anni										
Celibe/Nubile	21.797	90,68	3,09	14.504	90,50	2,68	0	36.301	90,61	2,91
Coniugato/a	20	0,08	1,52	28	0,17	1,08	0	48	0,12	1,23
Separato/a-Divorziato/a	1	0,00	3,23	0	0,00	0,00	0	1	0,00	1,28
Vedovo/a	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
Non dichiarato	2.007	8,35	2,82	1.295	8,08	2,41	0	3.302	8,24	2,64
Non indicato	212	0,88	1,26	200	1,25	1,48	0	412	1,03	1,36
Totale	24.037	15,08	3,03	16.027	9,56	2,62	0	40.064	12,25	2,85
18-24 anni										
Celibe/Nubile	7.411	77,53	4,20	6.733	76,64	3,64	0	14.144	77,10	3,91
Coniugato/a	208	2,18	2,81	487	5,54	0,63	0	695	3,79	0,82
Separato/a-Divorziato/a	8	0,08	5,80	31	0,35	2,65	0	39	0,21	2,98
Vedovo/a	4	0,04	8,00	7	0,08	6,25	0	11	0,06	6,79
Non dichiarato	1.721	18,00	4,41	1.353	15,40	2,73	0	3.074	16,76	3,47
Non indicato	207	2,17	3,98	174	1,98	2,78	0	381	2,08	3,33
Totale	9.559	6,00	4,19	8.785	5,24	2,75	0	18.344	5,61	3,35
25-44 anni										
Celibe/Nubile	35.395	58,67	10,09	19.477	39,08	5,29	0	54.872	49,80	7,63
Coniugato/a	9.993	16,56	2,66	16.901	33,91	1,54	0	26.894	24,41	1,82
Separato/a-Divorziato/a	2.608	4,32	11,98	3.949	7,92	6,80	0	6.557	5,95	8,21
Vedovo/a	167	0,28	11,72	502	1,01	6,36	0	669	0,61	7,18
Non dichiarato	10.833	17,96	6,14	7.972	15,99	3,04	0	18.805	17,07	4,29
Non indicato	1.335	2,21	5,83	1.044	2,09	2,99	0	2.379	2,16	4,11
Totale	60.331	37,85	6,36	49.845	29,72	2,72	0	110.176	33,68	3,96
45-64 anni										
Celibe/Nubile	11.998	30,83	8,44	7.269	16,17	6,47	0	19.267	22,98	7,57
Coniugato/a	15.560	39,98	1,47	23.071	51,33	2,26	0	38.631	46,07	1,86
Separato/a-Divorziato/a	3.678	9,45	7,27	4.570	10,17	7,78	0	8.248	9,84	7,54
Vedovo/a	615	1,58	3,30	2.775	6,17	3,59	0	3.390	4,04	3,53
Non dichiarato	6.297	16,18	2,48	6.459	14,37	2,84	0	12.756	15,21	2,65
Non indicato	767	1,97	2,20	801	1,78	2,70	0	1.568	1,87	2,43
Totale	38.915	24,41	2,50	44.945	26,80	2,94	0	83.860	25,64	2,72
65-74 anni										
Celibe/Nubile	1.858	14,92	2,47	2.186	11,76	2,99	0	4.044	13,03	2,73
Coniugato/a	7.362	59,11	0,85	8.869	47,71	1,55	0	16.231	52,28	1,13
Separato/a-Divorziato/a	448	3,60	2,23	864	4,65	3,62	0	1.312	4,23	2,98
Vedovo/a	701	5,63	1,44	3.856	20,74	1,97	0	4.557	14,68	1,87
Non dichiarato	1.873	15,04	0,96	2.536	13,64	1,50	0	4.409	14,20	1,21
Non indicato	212	1,70	0,86	279	1,50	1,40	0	491	1,58	1,10
Totale	12.454	7,81	1,01	18.590	11,08	1,76	0	31.044	9,49	1,36
>= 75 anni										
Celibe/Nubile	1.115	7,90	1,82	2.823	9,56	2,53	0	3.938	9,03	2,28
Coniugato/a	7.991	56,63	1,18	7.989	27,06	1,90	0	15.980	36,63	1,45
Separato/a-Divorziato/a	241	1,71	1,66	882	2,99	2,42	0	1.123	2,57	2,20
Vedovo/a	2.041	14,46	1,58	12.249	41,50	2,33	0	14.290	32,75	2,18
Non dichiarato	2.446	17,33	1,27	4.985	16,89	1,90	0	7.431	17,03	1,63
Non indicato	277	1,96	1,23	591	2,00	2,04	0	868	1,99	1,68
Totale	14.111	8,85	1,28	29.519	17,60	2,13	0	43.630	13,34	1,76
Celibe/Nubile	79.574	49,92	5,27	52.992	31,60	3,81	0	132.566	40,53	4,57
Coniugato/a	41.134	25,80	1,38	57.345	34,19	1,79	0	98.479	30,11	1,59
Separato/a-Divorziato/a	6.984	4,38	6,52	10.296	6,14	5,77	0	17.280	5,28	6,05
Vedovo/a	3.528	2,21	1,78	19.389	11,56	2,40	0	22.917	7,01	2,28
Non dichiarato	25.177	15,79	2,71	24.600	14,67	2,40	0	49.777	15,22	2,55
Non indicato	3.010	1,89	2,37	3.089	1,84	2,32	0	6.099	1,86	2,34
Totale	159.407	100,00	2,72	167.711	100,00	2,49	0	327.118	100,00	2,60

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute, schede di dimissione ospedaliera

(a) Le percentuali per età sono riferite al totale dei casi. Le percentuali per stato civile sono riferite al totale per classi di età.

Nella Figura 2.9 sono riportati gli andamenti per sesso e classe d'età delle dimissioni e dei tassi specifici di dimissione per l'anno 2004. La classe di età modale in cui si rileva il numero più elevato di dimissioni è quella dei 25-44 anni per entrambi i sessi. Ma in termini di tassi i valori tendono ad aumentare al crescere dell'età con un picco in corrispondenza degli ultra-settantacinquenni.

Figura 2.9 - Dimissioni ospedaliere e tassi di dimissione per 100 mila abitanti di pazienti affetti da disturbi psichici per classe di età e sesso - Anno 2004



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute, schede di dimissione ospedaliera

Tavola 2.10 - Dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da disturbi psichici per sesso e Aggregati clinici di codici (Acc) - Anni 1999 e 2004

ACC	1999					
	Dimissioni	Tasso	Tasso	% sul totale	Degenza media in regime ordinario	% casi trattati in day hospital
		grezzo per 100.000 abitanti	standardizzato per 100.000 abitanti (a)			
MASCHI						
Ritardo mentale	5.705	20,70	19,50	3,40	15,94	26,12
Disturbi mentali dovuti ad abuso di alcol	23.552	85,45	84,57	14,05	7,70	4,01
Disturbi mentali dovuti ad abuso di droghe	6.912	25,08	23,88	4,12	6,16	3,39
Disturbi mentali senili e organici	17.537	63,62	80,46	10,46	17,29	12,28
Disturbi affettivi	26.685	96,81	99,44	15,91	15,99	10,38
Schizofrenia e disturbi correlati	35.608	129,19	126,01	21,24	20,78	8,79
Altre psicosi	8.640	31,35	31,70	5,15	12,75	5,79
Ansia, disturbi somatoformi, dissociativi e	27.208	98,71	96,82	16,23	9,67	12,03
Disturbi dell'età preadulta	1.858	6,74	6,41	1,11	8,93	37,46
Altre condizioni mentali	13.450	48,80	47,28	8,02	7,76	44,42
Anamnesi personale di disturbo psichico	524	1,90	1,83	0,31	5,99	53,63
Totale	167.679	608,34	617,91	100,00	13,75	12,79
FEMMINE						
Ritardo mentale	3.841	13,09	13,44	2,21	20,91	26,30
Disturbi mentali dovuti ad abuso di alcol	6.460	22,01	22,38	3,72	8,82	5,42
Disturbi mentali dovuti ad abuso di droghe	3.465	11,80	11,85	1,99	6,45	3,98
Disturbi mentali senili e organici	27.401	93,35	83,96	15,77	23,95	13,34
Disturbi affettivi	48.824	166,33	165,31	28,09	17,55	10,29
Schizofrenia e disturbi correlati	21.347	72,73	74,36	12,28	25,63	8,17
Altre psicosi	8.497	28,95	28,72	4,89	15,75	5,57
Ansia, disturbi somatoformi, dissociativi e della personalità	34.872	118,80	119,67	20,06	10,55	13,43
Disturbi dell'età preadulta	871	2,97	3,04	0,50	9,41	32,03
Altre condizioni mentali	17.683	60,24	60,55	10,17	11,70	35,50
Anamnesi personale di disturbo psichico	535	1,82	1,86	0,31	6,75	56,64
Totale	173.796	592,09	585,15	100,00	17,08	13,77
TOTALE (b)						
Ritardo mentale	9.546	16,77	16,51	2,80	17,93	26,19
Disturbi mentali dovuti ad abuso di alcol	30.012	52,73	52,85	8,79	7,94	4,31
Disturbi mentali dovuti ad abuso di droghe	10.377	18,23	17,94	3,04	6,26	3,58
Disturbi mentali senili e organici	44.938	78,95	83,41	13,16	21,33	12,93
Disturbi affettivi	75.511	132,67	134,43	22,11	17,00	10,33
Schizofrenia e disturbi correlati	56.955	100,07	100,38	16,68	22,61	8,56
Altre psicosi	17.137	30,11	30,32	5,02	14,24	5,68
Ansia, disturbi somatoformi, dissociativi e della personalità	62.080	109,07	108,79	18,18	10,16	12,81
Disturbi dell'età preadulta	2.729	4,79	4,74	0,80	9,09	35,73
Altre condizioni mentali	31.134	54,70	54,12	9,12	10,14	39,35
Anamnesi personale di disturbo psichico	1.059	1,86	1,85	0,31	6,36	55,15
Totale (b)	341.478	599,97	605,34	100,00	15,44	13,29

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute, schede di dimissione ospedaliera

(a) Il tasso standardizzato è stato calcolato utilizzando come popolazione standard quella residente al Censimento 2001.

(b) La somma di maschi e femmine in alcuni casi è diversa dal totale perché ci sono dimissioni per cui non è stato indicato il sesso.

Tavola 2.10 segue - Dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da disturbi psichici per sesso e Aggregati clinici di codici (Acc) - Anni 1999 e 2004

ACC	2004					
	Dimissioni	Tasso grezzo per 100.000 abitanti	Tasso standardizzato per 100.000 abitanti (a)	% sul totale	Degenza media in regime ordinario	% casi trattati in day hospital
MASCHI						
Ritardo mentale	4.868	17,25	17,45	3,05	11,35	42,42
Disturbi mentali dovuti ad abuso di alcol	18.111	64,17	63,61	11,36	9,05	5,54
Disturbi mentali dovuti ad abuso di droghe	4.310	15,27	15,41	2,70	7,82	7,94
Disturbi mentali senili e organici	18.228	64,59	62,13	11,43	12,87	19,99
Disturbi affettivi	27.098	96,01	95,31	17,00	16,01	15,30
Schizofrenia e disturbi correlati	32.879	116,50	116,31	20,63	18,59	13,39
Altre psicosi	8.663	30,70	30,75	5,43	12,90	7,27
Ansia, disturbi somatoformi, dissociativi e della personalità	24.325	86,19	86,50	15,26	10,93	20,45
Disturbi dell'età preadulta	3.619	12,82	12,95	2,27	12,28	62,59
Altre condizioni mentali	16.857	59,73	60,20	10,57	8,49	63,28
Anamnesi personale di disturbo psichico	449	1,59	1,61	0,28	4,86	60,58
Totale	159.407	564,82	562,22	100,00	13,50	21,59
FEMMINE						
Ritardo mentale	3.320	11,08	11,21	1,98	15,59	46,11
Disturbi mentali dovuti ad abuso di alcol	5.932	19,80	19,67	3,54	10,19	5,93
Disturbi mentali dovuti ad abuso di droghe	2.618	8,74	8,77	1,56	7,03	10,73
Disturbi mentali senili e organici	28.544	95,30	91,04	17,02	13,95	21,35
Disturbi affettivi	47.188	157,54	156,10	28,14	16,82	14,82
Schizofrenia e disturbi correlati	20.647	68,93	68,52	12,31	20,15	11,25
Altre psicosi	8.529	28,47	28,38	5,09	14,03	6,80
Ansia, disturbi somatoformi, dissociativi e della personalità	29.613	98,87	99,18	17,66	11,53	21,92
Disturbi dell'età preadulta	1.330	4,44	4,49	0,79	11,24	57,89
Altre condizioni mentali	19.530	65,20	66,17	11,65	14,27	55,25
Anamnesi personale di disturbo psichico	460	1,54	1,54	0,27	6,15	65,65
Totale	167.711	559,92	555,07	100,00	15,01	21,77
TOTALE						
Ritardo mentale	8.188	14,07	14,24	2,50	13,00	43,92
Disturbi mentali dovuti ad abuso di alcol	24.043	41,33	41,03	7,35	9,33	5,64
Disturbi mentali dovuti ad abuso di droghe	6.928	11,91	12,00	2,12	7,53	8,99
Disturbi mentali senili e organici	46.772	80,40	77,05	14,30	13,53	20,82
Disturbi affettivi	74.286	127,69	126,57	22,71	16,52	15,00
Schizofrenia e disturbi correlati	53.526	92,01	91,75	16,36	19,20	12,56
Altre psicosi	17.192	29,55	29,53	5,26	13,47	7,04
Ansia, disturbi somatoformi, dissociativi e della personalità	53.938	92,72	93,01	16,49	11,26	21,26
Disturbi dell'età preadulta	4.949	8,51	8,59	1,51	11,97	61,33
Altre condizioni mentali	36.387	62,55	63,22	11,12	11,87	58,97
Anamnesi personale di disturbo psichico	909	1,56	1,57	0,28	5,47	63,15
Totale	327.118	562,30	558,58	100,00	14,27	21,68

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute, schede di dimissione ospedaliera

(a) Il tasso standardizzato è stato calcolato utilizzando come popolazione standard quella residente al Censimento 2001.

Sia in valore assoluto che con riferimento alla popolazione residente le dimissioni degli uomini sono più elevate di quelle delle donne fino ai 44 anni, mentre la situazione si inverte dai 45 anni.

Le diagnosi principali più frequenti per gli uomini affetti da disturbi psichici, secondo la classificazione Acc (Aggregati clinici di codici), appartengono al gruppo della schizofrenia e disturbi correlati: nel 2004 si sono registrate oltre 33 mila dimissioni (una dimissione su cinque). Seguono per frequenza i disturbi affettivi (27.000 circa) e il gruppo “ansia, disturbi somatoformi, dissociativi e della personalità” (24.000 circa). Nelle donne i disturbi affettivi sono al primo posto con un totale di circa 47 mila dimissioni (28 per cento del totale). Seguono il gruppo “ansia, disturbi somatoformi, dissociativi e della personalità” e i disturbi mentali senili e organici con poco meno di 30.000 dimissioni rispettivamente.

In entrambi i sessi i problemi di salute connessi alla schizofrenia e ai disturbi correlati sono le patologie che necessitano mediamente di una degenza più lunga (19 giorni), mentre i ricoveri per disturbi mentali dovuti ad abuso di alcol e di droghe presentano una degenza media prossima a quella del complesso delle dimissioni (rispettivamente 6 e 9 giorni).

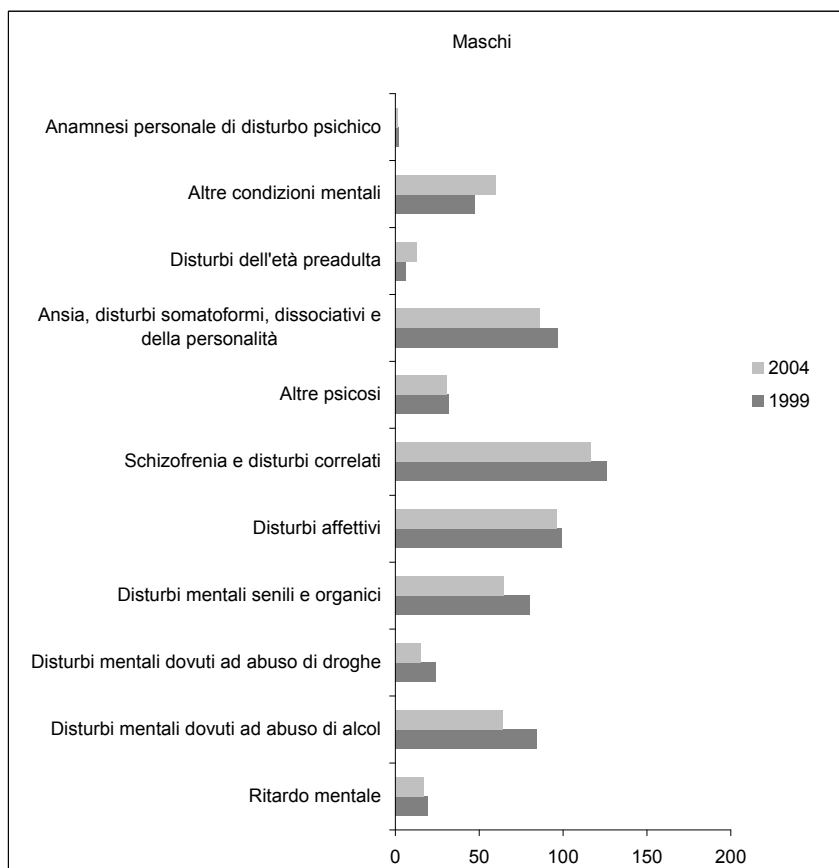
L'utilizzo delle strutture di day hospital che, come detto, interessa circa il 22 per cento delle dimissioni di pazienti affetti da disturbi psichici è molto differenziato per Acc. Una quota minima di ricoveri (inferiore per tutti i gruppi di diagnosi al 10 per cento) avviene in regime di day hospital nel caso di dimissioni per disturbi mentali dovuti ad abuso di alcol o droghe e per il gruppo “altre psicosi”, mentre più della metà dei trattamenti dei disturbi dell'età preadulta e del gruppo eterogeneo delle “altre condizioni mentali” interessa questa modalità di erogazione della prestazione ospedaliera. Da notare che anche nel caso del ritardo mentale la percentuale di dimissioni dal day hospital ammonta nel 2004 a oltre il 44 per cento.

Dal dettaglio delle prime 50 diagnosi principali alla dimissione,⁹ risulta che le patologie più frequenti tra gli uomini sono il tipo paranoide (7,8 per cento delle dimissioni), la dipendenza da alcol (4,9 per cento), la depressione maggiore (3,5 per cento) e gli stati di ansia (3,4 per cento). Tra le donne la depressione maggiore è al primo posto con il 7,6 per

⁹ La diagnosi è quella ottenuta considerando le prime tre cifre del codice ICD-IX-CM (Manuale di classificazione delle malattie).

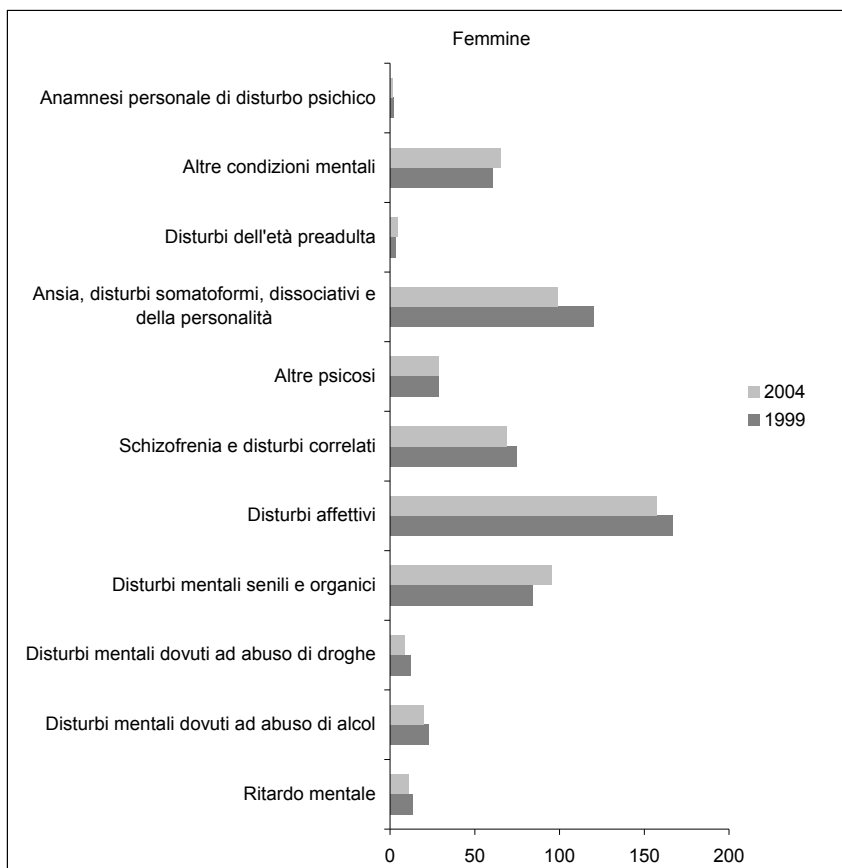
cento dei casi; seguono la depressione nevrotica (6,5 per cento) e gli stati di ansia (4,9 per cento). Da notare, sempre per le donne, che tra il 1999 e il 2004 raddoppiano i casi di ricovero per malattia di Alzheimer (da 3.327 a 7.092), passando dalla dodicesima alla quarta posizione nella graduatoria. Anche negli uomini questa malattia fa registrare un sensibile aumento (da 1.747 a 3.793 casi), passando dalla ventitreesima alla tredicesima posizione.

Figura 2.10 - Tassi di dimissione ospedaliera per 100 mila abitanti di pazienti affetti da disturbi psichici per Aggregati clinici di codici (Acc) e sesso - Anni 1999 e 2004



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute, schede di dimissione ospedaliera

Figura 2.10 segue - Tassi di dimissione ospedaliera per 100 mila abitanti di pazienti affetti da disturbi psichici per Aggregati clinici di codici (Acc) e sesso - Anni 1999 e 2004



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute, schede di dimissione ospedaliera

L'informazione relativa ai Trattamenti sanitari obbligatori (Tso) va interpretata con cautela in quanto alcune variazioni tra un anno e l'altro sembrerebbero attribuibili principalmente a problemi di qualità della variabile, più che a variazioni reali del fenomeno. In valore assoluto, infatti, il numero di Tso aumenta da 10.722 casi nel 1999, a 12.317 nel 2000, 17.440 nel 2001, per poi riscendere a 10.562 nel 2004. Questi rappresenterebbero quindi circa il 4 per cento delle dimissioni di pazienti affetti da disturbi psichici. Risultano inoltre esse-

sere più frequenti tra gli uomini (5,0 per cento) e in particolare nella classe di età degli adulti di 25-44 anni (5,0 per cento). All'interno dei singoli Acc, il ricorso al Tso è più frequente in corrispondenza dei ricoveri per schizofrenia e disturbi correlati (8,6 per cento) e per le altre psicosi (11,1 per cento).

In conclusione l'analisi dei dati in serie storica evidenzia, dal punto di vista dell'utilizzo delle risorse ospedaliere, un aumento consistente del ricorso al day hospital e un aumento del peso relativo dei ricoveri di riabilitazione. Per quanto riguarda i pazienti aumenta nel tempo il peso dei ricoveri femminili e dei molto anziani, cui si accompagna un peso più elevato delle patologie legate ai disturbi senili.

Un aspetto interessante riguarda l'aumento del tasso di dimissione ospedaliera dei minori. Purtroppo i dati disponibili non consentono di capire le ragioni di tale aumento, che potrebbe dipendere sia da un aumento della diffusione delle patologie specifiche in questo gruppo di popolazione, sia da fattori esterni legati ad una struttura di offerta territoriale non adeguata per l'assistenza di bambini e giovani con disturbi psichici.

Conclusioni

Sotto il profilo epidemiologico la disabilità è fortemente associata a forme patologiche di tipo cronico-degenerativo: tra le persone con disabilità, infatti la quota di coloro che sono affetti da malattie gravi o sono multicronici è sensibilmente superiore a quanto si osserva tra la popolazione non disabile. Questa associazione, pur essendo condizionata dalla maggiore presenza di anziani nella popolazione con disabilità, si presenta anche nelle fasce di popolazione più giovani.

L'oggettiva presenza di un quadro multimorboso nella popolazione con disabilità ha effetti anche sull'analisi degli indicatori sintetici di salute fisica e psichica. Nella popolazione con disabilità, infatti, lo stato fisico è decisamente più compromesso rispetto alle persone senza disabilità. Tra gli anziani la distanza tra le due popolazioni nella percezione dello stato di salute fisico si riduce lievemente. Una riduzione delle differenze tra popolazione con disabilità e popolazione senza disabilità si ha nella valutazione dell'indice di disagio psicologico.

L'analisi dei due indici ha inoltre evidenziato differenze rilevanti di genere per l'indice di stato fisico nella fascia di età adulta. Fra le persone anziane con disabilità, le differenze di genere si attenuano e le donne presentano punteggi più bassi rispetto agli uomini per entrambi gli indici.

Per quanto riguarda il ricorso ai servizi sanitari i dati confermano che le persone con disabilità rappresentano quella parte della popolazione che necessita di maggiori risorse sanitarie, essendo i consumi sanitari associati agli elevati livelli di morbosità, che qualificano la popolazione oggetto di studio come un consumatore "forte" dei servizi socio-sanitari. A questo risultato contribuisce notevolmente anche il fatto che la maggior parte delle persone con disabilità sono anziane.

BOX: L'ospedalizzazione dei pazienti affetti da disturbi psichici

La salute mentale costituisce attualmente una delle aree socio-sanitarie di maggior interesse data l'importanza crescente di questi problemi nei Paesi industrializzati. Gli elevati costi economici e sociali per i pazienti, i loro familiari e la collettività hanno fatto sì che negli ultimi anni aumentasse il livello di attenzione per tali problematiche, sia a livello nazionale che internazionale.

In Italia, i dati relativi al periodo 1999-2004 indicano annualmente circa 330-340 mila dimissioni attribuibili a pazienti con disturbi psichici distribuiti in circa 1.100 ospedali. Rispetto ai 12,5 milioni di dimissioni complessivi questi rappresentano il 2,7 per cento. Il trend delle dimissioni nel tempo presenta oscillazioni contenute sia in valore assoluto, che in rapporto alla popolazione residente: il tasso di dimissione ospedaliera passa da 600 per 100 mila residenti nel 1999 a 562 nel 2004. Eliminando l'effetto della struttura per età della popolazione (standardizzazione del tasso), la differenza tra inizio e fine periodo aumenta: il tasso passa da 605 nel 1999 a 559 nel 2004. I ricoveri avvengono quasi esclusivamente in ospedali del Servizio sanitario nazionale (Ssn), le strutture pubbliche costituiscono circa il 60 per cento del totale e danno luogo al 79 per cento delle dimissioni. Se si aggiungono le strutture private accreditate, le percentuali diventano rispettivamente del 95,6 per cento per le strutture e del 99,6 per cento per le dimissioni. In particolare quasi la metà delle dimissioni avviene dai presidi delle Asl (42,2 per cento), ma una quota altrettanto significativa

(35,6 per cento) è a carico delle case di cura private accreditate. Una quota inferiore allo 0,4 per cento riguarda dimissioni da case di cura private non convenzionate con il Ssn.

Per quanto riguarda il trattamento dei pazienti, come per il complesso dei ricoveri, nel tempo vi è la tendenza alla diminuzione delle dimissioni in regime ordinario ed all'aumento di quelle in regime di day hospital. Queste ultime, rispetto al totale delle dimissioni per disturbi psichici, passano dal 13 per cento del 1999 al 22 per cento del 2004 (quasi 71.000 casi). Ben oltre la metà dei trattamenti avviene in regime diurno nel caso dei policlinici universitari (69 per cento) e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (58 per cento).

Bibliografia

- Apolone, Giovanni, Paolo Mosconi, Luciana Quattrociochi, E. A.L. Gianicolo, N. Groth, e John. E. Ware. 2001. *Questionario sullo stato di salute Sf-12*. Milano: Guerini e associati Editore. (Versione italiana).
- Costa, Giuseppe, Chiara Marinacci, Antonio Chiazzo, e Teresa Spadea. Individual and contextual determinants of inequalities in health: the Italian case. *International Journal of Health Service* 2003;33: 635-667.
- Costa, Giuseppe, e F. Faggiano (a cura).1994. *L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: Franco Angeli.
- Cardano, Mario., e Giuseppe Costa. Classi sociali e salute. Le disuguaglianze di mortalità a Torino. *Quaderni di sociologia*, 1998, XLII, 17, 86-121)
- Facchini, C., e E. Ruspini. (a cura).2001. *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*. Milano: Franco Angeli.
- Istat. *Le condizioni di salute della popolazione 1999-2000*. <http://www.istat.it/dati/catalogo>.
- Istat. 2004. *Atti del Convegno - Informazione statistica e politiche per la promozione della salute - Roma 10-11-12 settembre 2002*. Roma.
- Istat.2007. *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*. Roma. (Statistica in breve).
- Istat. *L'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici*. Anni vari. (Collana Informazioni e Tavole di dati). <http://www.istat.it/dati/catalogo/>

- Stewart, Anita L., e John. E. Ware. 1992. *Measuring functioning and well-being*. Durham. N.C.: Duke University Press.
- Solipaca, Alessandro, e Daniele Spizzichino. La Soddifazione nel Servizio Sanitario Pubblico. In *Rapporto Osservasalute 2007*.
- Ware, John E., K.K. Snow, M. Kosinski, e B. Gandek. 1993. *Sf-36 Health. Survey manual and interpretation guide*. Boston MA: New England Medical Center, The Health Institute.
- Who. 1948. *Official records of the World Health Organization*. Geneva. (n.2).
- Who. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. World Health Organization. Geneva, reprint. 1993.
- Who. *International Classification of Functioning, Disability and Health ICF*. World Health Organization, Geneva, 2001a.



3. L'integrazione scolastica delle persone con disabilità

A partire dagli anni Settanta, si assiste in Italia, a livello normativo, ad un graduale passaggio dal concetto di inserimento a quello di integrazione degli alunni con disabilità nella scuola statale. A venticinque anni dall'emanazione della legge n. 577 del 1977, che ha dato avvio al processo di integrazione dei ragazzi con disabilità nelle scuole normali statali, si può affermare che i risultati conseguiti mostrano livelli elevati di inserimento, nel senso che sono aumentati considerevolmente gli iscritti con disabilità.

L'integrazione scolastica è un concetto che va aldilà del mero aumento di iscritti nelle scuole. Sfolgiando la letteratura si riscontra come spesso si tende a considerare l'integrazione scolastica come una delle dimensioni della qualità di un sistema scolastico. Il rapporto tra qualità ed integrazione può essere visto in due modi diversi. Da una parte si afferma che "lavorare per una scuola inclusiva, in grado di integrare le differenze, significa operare per migliorare la struttura educativa nel suo complesso",¹ dall'altra "le esperienze inclusive di maggior significato possono svilupparsi solo in un contesto fatto di competenze, organizzazione, flessibilità, capacità di lavoro comune, tipico di una scuola di qualità. ... Interrogarsi sui processi che descrivono la qualità del processo di integrazione degli allievi con bisogni educativi speciali significa, di fatto, concentrare l'attenzione sugli stessi indicatori che descrivono la qualità della scuola."² Quindi una misura del livello di integrazio-

Il capitolo è a cura di Alessandra Battisti

¹ Cottini Lucio. *Didattica speciale e integrazione scolastica*. Roma: Carocci editore, 2004.

² Cfr. nota 1 cap. 1 pag. 15.

ne scolastica può essere fatta a partire da indicatori che descrivano sia le risorse umane messe in campo sia la presenza di strutture scolastiche adeguate; che forniscano informazioni sui livelli di attuazione di tutte le procedure amministrative previste; che permettano la verifica sia degli obiettivi stabiliti all'inizio del percorso scolastico, sia la rispondenza degli interventi ai bisogni dei singoli; infine che consentano il monitoraggio dei costi.³

I dati attualmente disponibili riguardano, invece, esclusivamente la presenza di alunni con disabilità nelle scuole statali e non statali, e non consentono, per esempio, una conoscenza più approfondita della diversità dei bisogni educativi ed assistenziali della popolazione scolastica con disabilità. La classificazione adottata, nell'ambito del sistema informativo della scuola per distinguere le diverse tipologie di disabilità, risponde, infatti, solo ad esigenze di tipo amministrativo, legate ai requisiti richiesti al docente di sostegno piuttosto che alla reale descrizione dei bisogni dell'alunno.

Nel corso del capitolo si fornirà una breve ricognizione delle normative in tema di integrazione scolastica degli alunni con disabilità passando successivamente ad analizzare i dati disponibili a livello nazionale.

3.1 - Panoramica sulla normativa inerente alla disabilità e all'istruzione

L'analisi della produzione normativa testimonia i diversi passaggi con i quali si è sviluppato un processo inteso a promuovere un percorso di inserimento e di integrazione delle persone con disabilità in ambito scolastico. Tale processo ha avuto come obiettivo quello di dare attuazione ad un "diritto", ma soprattutto di implementare strumenti, metodi e servizi, per favorire la partecipazione sociale e migliorare il rendimento scolastico delle persone con disabilità.

Il percorso per l'integrazione è stato abbastanza lungo ed è iniziato negli anni Settanta, quando si è cominciato a garantire il diritto all'istruzione nella scuola comune (legge n. 118/71). Successivamente si è passati a riconoscere l'importanza di interventi educativi rivolti al pieno sviluppo delle capacità individuali di ogni alunno (la legge n. 517/77). All'inizio degli anni Novanta i concetti di inserimento e di pro-

³ Cfr. nota 1.

getto educativo individuale sono stati ripresi e rafforzati all'interno della legge quadro sull'handicap (legge n. 104/92). Attraverso questa normativa ci si propone di promuovere la piena integrazione delle persone con disabilità in ogni ambito di vita: "nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società" (art. 1, comma 1, lett. a). Per quanto attiene l'ambito scolastico, la legge sopra-citata ribadisce come priorità che l'istruzione delle persone con disabilità debba essere compiuta attraverso un loro inserimento "nelle classi comuni delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado e nelle istituzioni universitarie" (art. 12, comma 2).

Sempre nell'ambito della stessa legge viene ribadita l'importanza di individuare interventi educativi rivolti ai bisogni specifici dei singoli alunni. L'introduzione del Profilo dinamico funzionale (Pdf) utile alla definizione del livello di sviluppo che l'alunno con disabilità può raggiungere in tempi brevi (sei mesi) e in tempi medi (due anni), nasce proprio con l'obiettivo di fornire indicazioni specifiche attraverso le quali poter progettare un percorso educativo individualizzato. Il Profilo funzionale viene redatto sulla base della Diagnosi funzionale (Df), che consiste in una descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psicofisico dell'alunno. Entrambi gli strumenti sopra definiti permettono di elaborare il Piano educativo individualizzato (Pei), ossia un documento in cui vengono descritti gli interventi, i progetti didattico - educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, nonché le modalità di integrazione tra attività scolastiche ed extrascolastiche. Un successivo decreto (Dpr del 24/02/1994) indica in modo specifico e circostanziato le caratteristiche che devono avere la Diagnosi funzionale, il Profilo dinamico funzionale e il Piano educativo individualizzato; da chi debbano essere redatte; quando e da chi debbano essere effettuate le verifiche.

Il regolamento sull'autonomia scolastica, approvato dal Consiglio dei ministri il 25 febbraio 1999 ha recepito appieno l'importanza di strategie di integrazione fondate su piani di intervento individualizzati. Nel regolamento si sottolinea la necessità di considerare ciascun individuo nelle sue diversità (comprese quelle legate alla presenza di disabilità) e di prevedere "interventi di educazione, formazione ed istruzione mirati allo sviluppo della persona umana, adeguati ai diversi contesti, alla domanda delle famiglie e alle caratteristiche specifiche dei soggetti coinvolti" (art. 1, comma 2).

Nel 1999 oltre ad aver elevato di due anni l'obbligo scolastico anche per i ragazzi con disabilità (legge n. 9/1999), si è iniziato a soffermare l'attenzione anche sull'integrazione universitaria degli studenti con disabilità. La legge n. 17/99 garantisce, infatti, agli studenti universitari con disabilità sia sussidi tecnici e didattici, sia servizi di tutorato specializzato, nonché trattamenti individualizzati in occasione degli esami universitari e la presenza di un docente con funzioni di coordinamento, monitoraggio e supporto di tutte le iniziative inerenti l'integrazione nell'ambito dell'ateneo.

Negli ultimi anni l'intero sistema scolastico è stato sottoposto a numerose innovazioni normative che non sempre sono state convertite in reali modifiche. La formazione e la stabilizzazione degli insegnanti di sostegno; la configurazione della scuola come soggetto responsabile della presa in carico globale dell'alunno con disabilità; l'aumento degli investimenti sulle nuove tecnologie in modo da migliorare i livelli di integrazione, sono solo alcune delle sfide che il sistema scuola ha deciso di affrontare.

3.2 - L'integrazione scolastica in Italia⁴

3.2.1 - Livelli di istruzione

I dati relativi alla distribuzione delle persone per presenza di disabilità e titolo di studio presentati nel capitolo 1, evidenziano che le persone con disabilità conseguono livelli di istruzione mediamente inferiori rispetto al resto della popolazione.

In generale, la concentrazione delle persone con disabilità nei livelli d'istruzione più bassi, potrebbe essere in parte imputata all'elevata percentuale di persone anziane presenti nella popolazione oggetto di studio, ovvero quella popolazione anziana che essendo disabile non ha da una parte potuto usufruire delle "recenti" normative a favore dell'integrazione scolastica delle persone con disabilità, dall'altra è stata vittima di retaggi culturali che tendevano a segregare queste persone all'interno delle mura domestiche.

Tuttavia il divario permane anche se si analizza il fenomeno per fasce di età.

Ma allora a cosa possono essere imputate le differenze nei livelli di

⁴ Per ulteriori dettagli consultare il sito del Sistema informativo sulla disabilità: www.disabilitaincifre.it.

istruzione tra la popolazione con disabilità e quella senza. Una motivazione potrebbe essere che gli studenti con disabilità restano a scuola fino alla conclusione della scuola dell'obbligo, interrompendo successivamente il loro percorso di studi. Questa interruzione potrebbe essere dovuta da una parte da una auto-esclusione degli stessi soggetti con difficoltà o delle loro famiglie da percorsi formativi più avanzati, dall'altra, da una effettiva maggiore difficoltà dei percorsi di studi superiori e universitari contrapposta ad una minore presenza di servizi di sostegno.

3.2.2 - Alunni

I dati relativi agli iscritti mettono in evidenza che nell'anno scolastico 2005/2006 gli alunni con disabilità, inseriti in ogni ordine di scuola, sono in totale 178.220 e rappresentano l'2,0 per cento del totale degli alunni iscritti (Tavola 3.1).

Tavola 3.1 - Alunni con disabilità per ordine scolastico. Anno scolastico 2005-2006 (a)

ORDINE SCOLASTICO	Alunni con disabilità	% sul totale alunni
Materna	17.481	1,1
Elementare	67.755	2,4
Secondaria di I grado	55.244	3,1
Secondaria di II grado	37.740	1,4
Totale	178.220	2,0

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Sistema informativo del Ministero della pubblica istruzione - Anno scolastico 2005-2006

(a) Cfr. nota 5.

La percentuale di alunni con disabilità è più o meno la stessa nei diversi ordini scolastici. Sulla numerosità degli studenti con disabilità delle scuole elementari e medie non incide soltanto la distribuzione per età dei minori in età scolastica, ma anche la notevole frequenza di "ripenenza", nonché il ritardo con cui certe forme di disabilità che ostacolano l'apprendimento si manifestano e vengono diagnosticate. Il fenomeno della ripetenza non ha solo una connotazione negativa, ma nel caso della persona con disabilità grave può rappresentare un fattore positivo, per-

⁵ Le prevalenze di disabilità calcolate utilizzando l'Indagine multiscope sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari sono le seguenti: scuola elementare (6-10 anni) 2,5 per cento (IC95 per cento 2,0-3,0); scuola media (11-13 anni) 0,4 per cento (IC95 per cento 0,1-0,6); scuola superiore (14-19 anni) 0,6 per cento (IC95 per cento 0,4-0,8).

mettendole di rimanere per più tempo nella scuola così da poter acquisire maggiori conoscenze e nello stesso tempo mantenere le relazioni sociali.

Dall'analisi della distribuzione territoriale degli alunni con disabilità (Tavola 3.2) emerge che la percentuale più alta di alunni si ha nel Lazio (2,4 per cento), mentre la più bassa nella Basilicata (1,4 per cento); inoltre non si riscontra una sostanziale differenza tra le distribuzioni regionali relative alla scuola statale e alla scuola non statale.

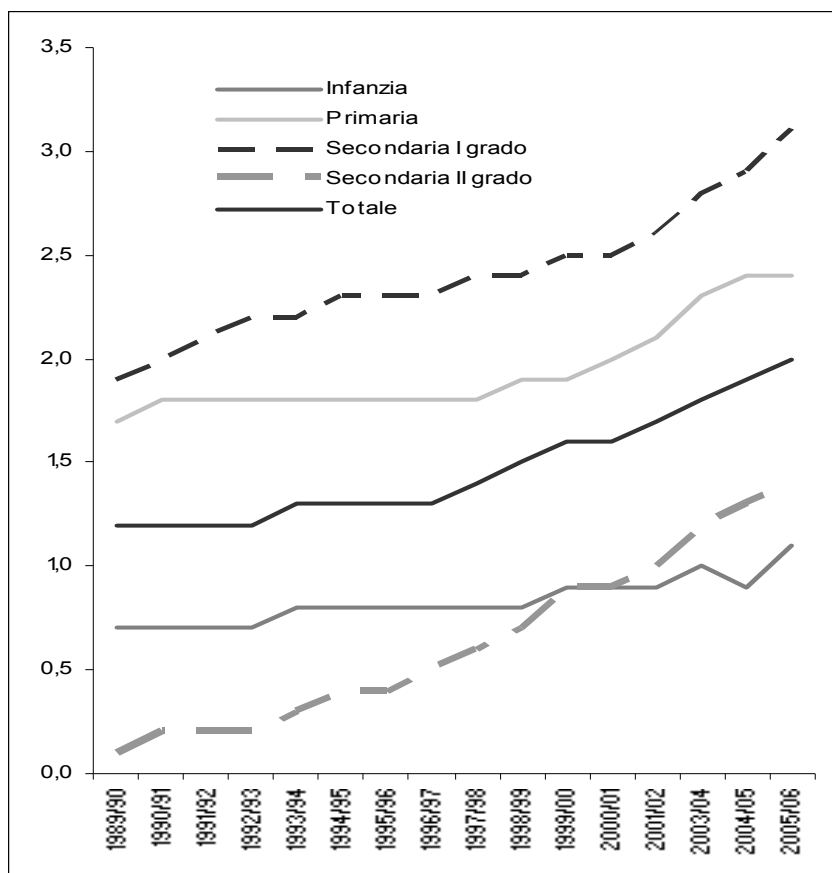
Tavola 3.2 - Alunni con disabilità per tipo di gestione della scuola e regione - Anno Scolastico 2005-2006 (valori assoluti e percentuali)

REGIONI	Scuola statale		Scuola non statale		Totale	
	Valori assoluti	% sul totale alunni	Valori assoluti	% sul totale alunni	Valori assoluti	% sul totale alunni
Piemonte	10.534	2,1	528	1,0	11.062	2,0
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	-	-	267	1,6	267	1,6
Lombardia	23.729	2,3	2.393	0,9	26.122	2,0
Trentino-Alto Adige	-	-	3.672	2,4	3.884	2,5
<i>Bolzano/Bozen</i>	-	-	2.477	3,2	2.477	3,2
<i>Trento</i>	-	-	1.195	1,5	1.195	1,5
Veneto	11.098	2,0	918	0,8	12.016	1,8
Friuli-Venezia Giulia	2.665	2,0	132	0,6	2.797	1,8
Liguria	3.627	2,2	240	0,8	3.867	2,0
Emilia-Romagna	10.215	2,2	869	1,4	11.084	2,1
Toscana	7.974	1,9	362	0,8	8.336	1,8
Umbria	1.948	1,8	39	0,5	1.987	1,7
Marche	3.773	1,8	114	1,8	3.887	1,8
Lazio	18.444	2,6	1.199	1,1	19.643	2,4
Abruzzo	4.226	2,3	47	0,4	4.273	2,2
Molise	883	1,9	5	0,2	888	1,8
Campania	21.625	2,2	949	0,7	22.574	2,0
Puglia	12.871	1,9	383	0,7	13.254	1,8
Basilicata	1.396	1,4	13	1,4	1.409	1,4
Calabria	6.517	2,0	95	0,4	6.612	1,8
Sicilia	19.288	2,3	418	0,7	19.706	1,9
Sardegna	4.478	1,9	74	0,4	4.552	1,8
Italia	165.291	2,2	12.929	0,9	178.220	2,0

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Sistema informativo del Ministero della pubblica istruzione - Anno scolastico 2005-2006

Un'analisi di tipo temporale evidenzia una progressiva crescita della percentuale di alunni con disabilità sia nel complesso, sia in ogni singolo ordine di scuola. Nell'anno scolastico 1989/1990 si registra, infatti, una percentuale di alunni con disabilità pari all'1,2 per cento, valore che raggiunge nell'anno scolastico 2005/2006 il 2,0 per cento.

Figura 3.1 - Serie storica della percentuale di alunni in situazione di handicap sul totale degli alunni per ordine scolastico - Scuole statali e non statali



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Sistema informativo del Ministero della pubblica istruzione

Ad un più ampio e diffuso inserimento delle persone con disabilità nella scuola, ha contribuito considerevolmente l'innalzamento dell'obbligo scolastico. Infatti, tra gli anni scolastici 1998/1999 e 1999/2000 si assiste ad un incremento di 2.610 unità, per gli "alunni in situazione di handicap" che frequentano il primo anno delle scuole secondarie superiori statali e non statali; tale incremento in percentuale è però superiore a quello registrato per il totale degli alunni. Il rapporto dei primi sui secondi è passato, infatti, da 0,76 per cento a 1,16 per cento, ossia è cresciuto più del 50 per cento, dimostrando che la risposta all'intervento legislativo, in termini numerici degli alunni con disabilità, è stato più consistente rispetto a quello del complesso degli studenti. Gli alunni senza disabilità, infatti, nella maggior parte dei casi, avrebbero proseguito gli studi indipendentemente dall'innalzamento dell'obbligo scolastico.

Nelle scuole non statali⁶ la percentuale di alunni con disabilità è inferiore rispetto alle scuole statali. Infatti, fino all'istituzione delle scuole parificate,⁷ generalmente gli alunni con disabilità presenti nelle scuole non statali (pubbliche e private) erano concentrati in alcune scuole speciali, oppure nelle scuole elementari, in quanto per queste ultime erano previsti appositi finanziamenti qualora vi fossero stati inseriti alunni con disabilità. Oggi, invece, ciò è diventato un requisito essenziale per ottenere la "parità"; per tale motivo è ipotizzabile un aumento del numero dei disabili in tali scuole. Attualmente la percentuale degli alunni con disabilità sul complesso degli iscritti nelle scuole non statali è poco più della metà (0,9 per cento) di quella delle scuole statali (2,2 per cento) (Tavola 3.3).

⁶ Le scuole non statali comprendono sia le scuole private parificate che quelle degli enti locali.

⁷ Le scuole private parificate sono quelle scuole in cui gli insegnanti seguono gli ordinamenti generali dell'istruzione impartiti dallo Stato e pertanto la scuola privata è equiparata alla scuola pubblica e i suoi studenti godono di pari trattamento degli studenti delle scuole pubbliche. Le scuole private non parificate sono, invece, quelle scuole in cui gli insegnanti non sono tenuti a seguire i programmi ministeriali e in questo caso la scuola non è equiparata a quella pubblica.

Tavola 3.3 - Alunni con disabilità per tipo di gestione e ordine di scuola - Anno scolastico 2005-2006 (Valori assoluti e percentuali)

ORDINE SCOLASTICO	Scuola statale		Scuola non statale		Totale	
	Valori assoluti	% sul totale alunni	Valori assoluti	% sul totale alunni	Valori assoluti	% sul totale alunni
Materna	12.369	1,3	5.112	0,8	17.481	1,1
Elementare	63.762	2,5	3.993	1,5	67.755	2,4
Secondaria di I grado	52.717	3,2	2.527	1,9	55.244	3,1
Secondaria di II grado	36.443	1,5	1.297	0,5	37.740	1,4
Totale	165.291	2,2	12.929	0,9	178.220	2,0

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Sistema informativo del Ministero della pubblica istruzione - Anno scolastico 2005-2006

Pur essendo aumentata la presenza degli alunni con disabilità all'interno della scuola secondaria non sembra essere però variata la presenza di questi alunni nelle diverse tipologie di scuole. L'analisi della distribuzione degli alunni con disabilità per tipo di istruzione evidenzia, infatti, che più del 60 per cento degli studenti con disabilità presenti nella scuola secondaria è iscritto nell'istruzione professionale (Tavola 3.4). Le possibili motivazioni sono di carattere culturale: da una parte la possibilità di ottenere un titolo di studio intermedio dopo tre anni di corso, dall'altra la convinzione delle famiglie che ritengono più adatte questo tipo di scuole, in quanto ritenute meno impegnative.

I dati pubblicati dal Ministero della Pubblica istruzione permettono una disaggregazione degli alunni con disabilità secondo tre tipologie: psicofisica, visiva ed uditiva. Queste tipologie non consentono però un'analisi molto precisa della diversità dei bisogni degli alunni inseriti nella scuola. La classificazione adottata, infatti, è di tipo amministrativo ed è legata più ai requisiti richiesti al docente di sostegno piuttosto che alla descrizione delle difficoltà e dei bisogni dell'alunno. Questa scelta fa sì che sotto la voce "psicofisico" si ritrovano quasi il 90 per cento degli studenti con disabilità, inglobando in questo modo all'interno di un'unica tipologia un'ampia varietà di deficit sia di tipo fisico che mentale.

Tavola 3.4 - Alunni con disabilità della scuola secondaria di II grado statale e non statale per tipo di istruzione e tipo di istituto - Anno scolastico 2005-2006

TIPO DI ISTRUZIONE	Valori assoluti	% sul totale alunni
Liceo classico	647	0,2
Liceo linguistico	79	0,5
Liceo scientifico	1.174	0,2
Istituto/Scuola magistrale	2.228	1,0
Istruzione classica, scientifica e magistrale	4.128	0,4
Istruzione tecnica	7.715	0,8
Istruzione professionale	22.532	4,1
Istituto d'arte	2.692	4,4
Liceo Artistico	673	1,5
Istruzione artistica	3.365	3,2
TOTALE SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO	37.740	1,4

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Sistema informativo del Ministero della pubblica istruzione - Anno scolastico 2005-2006

3.2.3 - L'ambiente scolastico

Nel mondo della scuola l'ambiente, in senso stretto, sembra ancora rappresentare una barriera all'integrazione scolastica delle persone con disabilità. La presenza di scuole con strutture per il superamento delle barriere architettoniche è ancora molto bassa. Dai dati del Ministero della pubblica istruzione del 2003/2004 su 40.383 strutture scolastiche censite solo il 30,7 per cento delle scuole statali è dotato di servizi igienici a norma, il 29,7 per cento di porte a norma e il 20,3 per cento di ascensori o scale per il superamento delle barriere architettoniche (Tavola 3.5).

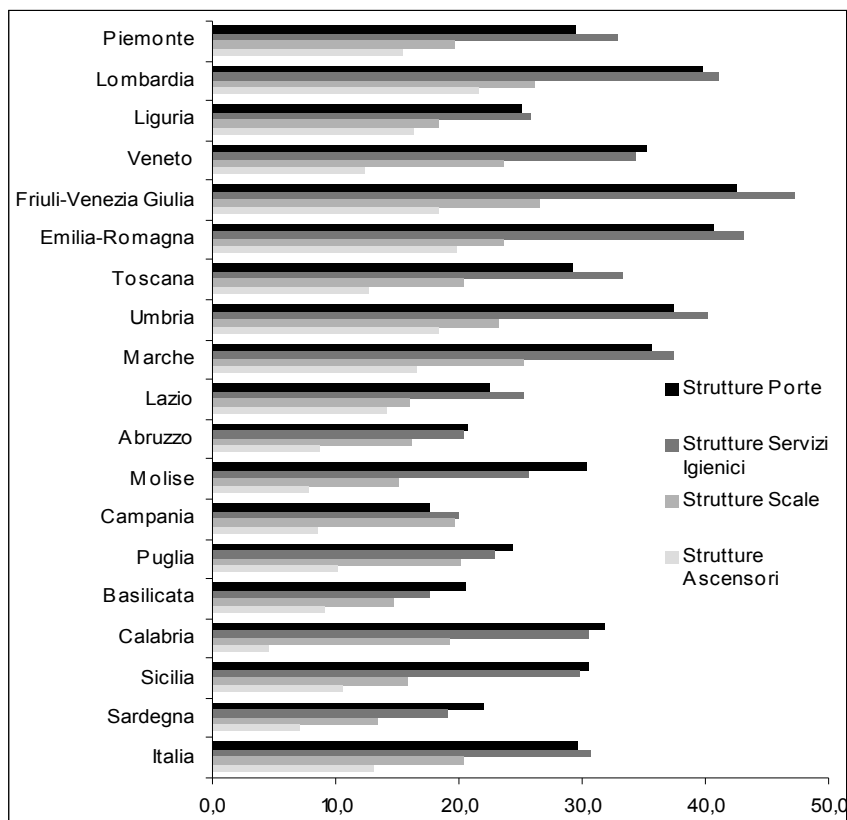
L'analisi sul territorio pur evidenziando differenze cospicue tra le diverse regioni, mostra come anche nelle regioni più "virtuose" il 60 per cento delle scuole non ha ancora terminato l'abbattimento delle barriere architettoniche delle strutture scolastiche presenti nel proprio territorio.

Tavola 3.5 - Scuole statali dotate di strutture per il superamento delle barriere architettoniche per tipo di struttura e regione - Anno scolastico 2003-2004

REGIONI	Scuole censite	Strutture			
		Porte	Servizi igienici	Scale	Ascensori
Piemonte	3.037	29,4	32,9	19,6	15,5
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	-	-	-	-	-
Lombardia	5.044	39,9	41,0	26,1	21,7
Trentino Alto Adige	-	-	-	-	-
<i>Bolzano/Bozen</i>	-	-	-	-	-
<i>Trento</i>	-	-	-	-	-
Veneto	3.019	35,2	34,4	23,6	12,4
Friuli-Venezia Giulia	930	42,6	47,3	26,5	18,3
Liguria	871	25,0	25,8	18,4	16,3
Emilia-Romagna	2.211	40,7	43,0	23,6	19,9
Toscana	2.518	29,2	33,2	20,3	12,7
Umbria	758	37,5	40,2	23,2	18,3
Marche	1.274	35,7	37,4	25,2	16,6
Lazio	3.202	22,5	25,3	16,0	14,1
Abruzzo	1.263	20,7	20,3	16,1	8,8
Molise	360	30,3	25,6	15,0	7,8
Campania	4.375	17,6	20,0	19,7	8,5
Puglia	2.605	24,3	22,9	20,2	10,1
Basilicata	696	20,5	17,7	14,7	9,1
Calabria	2.642	31,8	30,6	19,3	4,6
Sicilia	3.996	30,5	29,8	15,9	10,6
Sardegna	1.582	22,0	19,0	13,5	7,1
Italia	40.383	29,7	30,7	20,3	13,1

Fonte: Sistema informativo del Ministero della pubblica istruzione - Anno scolastico 2003-2004

Figura 3.2 - Scuole statali dotate di strutture per il superamento della barriere architettoniche per tipo di strutture e regione - Anno scolastico 2003-2004 (valori percentuali)



Fonte: Sistema informativo del Ministero della pubblica istruzione - Anno scolastico 2003-2004

3.2.4 - Organico di sostegno

Un ruolo fondamentale nel processo di inserimento scolastico e della socializzazione degli alunni con disabilità è svolto dai docenti di sostegno. In passato gli insegnanti di sostegno venivano calcolati sulla base del rapporto di 1 posto ogni 4 alunni con disabilità, con eventuali deroghe connesse alla gravità della disabilità. A seguito della legge n.449 del 1997 i posti di sostegno ad oggi sono calcolati invece in rapporto al numero totale di alunni iscritti e pari a 1 posto ogni 138 alunni. Il rapporto di 1 a 4 è rimasto solo come numero “massimo” di alunni con disabilità da assegnare ad ogni docente, ad eccezione del caso in cui si

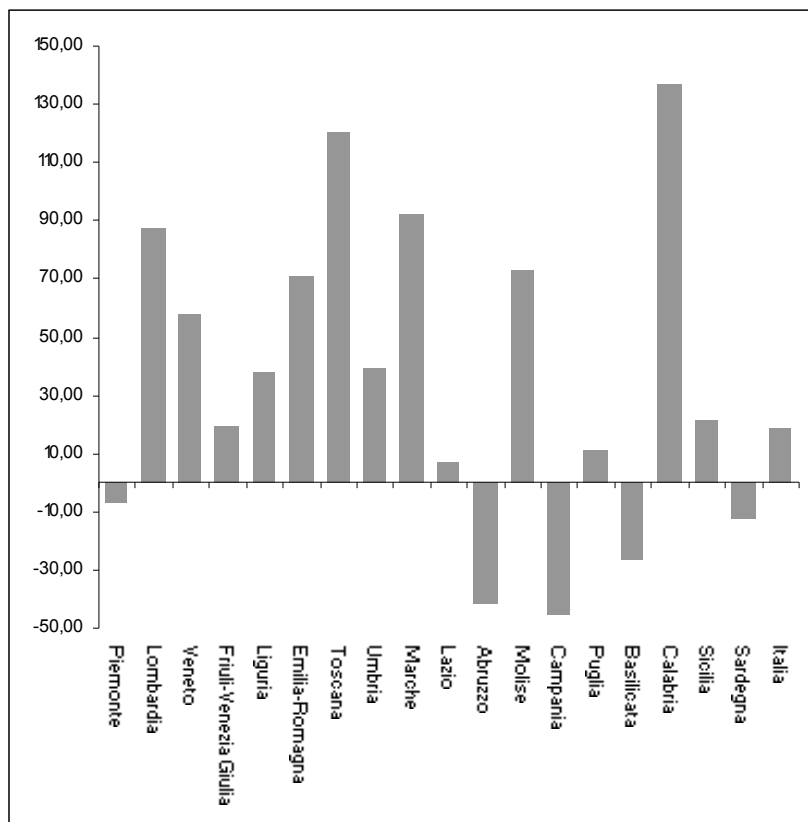
chiedano deroghe per “gravità” accertata per gli alunni da seguire, per cui il rapporto può essere anche di 1 a 1.

In Italia i docenti impegnati in attività di sostegno nell'anno scolastico 2005-2006 sono 80.013. Gli insegnanti di sostegno nel corso degli anni sono aumentati in relazione alla crescita del numero degli alunni con disabilità e al numero delle deroghe richieste e concesse. L'incremento costante di posti di sostegno, che richiedono un titolo di specializzazione apposito, ha avuto un duplice effetto: da un lato ha contribuito in modo significativo ad alimentare il numero di personale assunto con contratto a tempo determinato (oggi il 43 per cento dei docenti su posti di sostegno ha tale tipologia di contratto), dall'altro, in presenza di forti contrazioni di cattedre di ruolo, ha rappresentato per molti docenti con contratto a tempo indeterminato, l'unico mezzo per non subire trasferimenti di sede di servizio.

Infatti, gli insegnanti di sostegno, sia per i docenti con contratto a tempo indeterminato (che trovano una possibilità di reimpiego) che per quelli con contratto a tempo determinato (che altrimenti non avrebbero sbocchi), provengono da discipline con un numero più elevato di insegnanti in soprannumero (per esempio quelli in scienze motorie). Bisogna però ricordare anche che nel corso degli anni la formazione degli insegnanti è diventata sempre più complessa ed articolata in modo da poter garantire all'alunno con disabilità un percorso formativo che fosse più qualificato e specializzato.

Un'altra evidenza che si è andata consolidando negli anni è la crescita della quota di insegnanti a tempo determinato. Le realtà territoriali sono tra loro molto variegate. Tra le regioni con un forte aumento si trovano la Calabria con un incremento tra l'anno scolastico 1997/98 e il 2005/2006 pari a 137,0 per cento, seguita dalla Toscana, dalle Marche e dalla Lombardia con rispettivamente 120,4 per cento, 92,6 per cento e 87,5 per cento. Tra le regioni che invece hanno riportato un decremento del rapporto tra personale a tempo determinato e quello a tempo indeterminato emergono: la Campania (-45,1 per cento), l'Abruzzo (-41,9 per cento), la Basilicata (-26,7 per cento), e la Sardegna (-12,5 per cento).

Figura 3.3 - Variazione percentuale del rapporto fra docenti di sostegno a tempo determinato e docenti di sostegno a tempo indeterminato nelle scuole statali per regione - Anno scolastico 1997-1998 e 2005-2006



Fonte: Sistema informativo del Ministero della pubblica istruzione - Anno scolastico 2003-2004

3.3 - L'integrazione universitaria

I dati sugli studenti con disabilità iscritti all'Università statale presentano un trend crescente (Tavola 3.6).

Infatti dall'anno accademico 2000-01 all'anno accademico 2004-05 gli studenti con disabilità passano da 4.813 iscritti (3 per mille del totale degli studenti iscritti) a 9.134 iscritti (5,4 per mille del totale degli studenti iscritti); in particolare nel triennio considerato si ha un incremento

relativo pari al 90 per cento.

La distribuzione per tipologia di disabilità (Tavola 7) mostra che gli studenti con disabilità motorie costituiscono la percentuale maggiore (30,8 per cento) degli iscritti con disabilità, mentre le percentuali minori si riscontrano nei casi di studenti con dislessia (0,7 per cento) e con difficoltà mentali (3,2 per cento).

Tavola 3.6 - Serie storica degli studenti con disabilità iscritti all'università statale per tipologia di disabilità (valori assoluti e valori per 100 iscritti disabili)

TIPOLOGIA DI DISABILITÀ	Anno accademico				
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
VALORI ASSOLUTI					
Cecità	537	567	677	713	764
Sordità	314	368	449	470	542
Dislessia	131	95	92	63	68
Disabilità motorie	1.724	1.837	2.302	2.601	2.814
Difficoltà mentali	144	134	207	249	290
Altro	1.963	2.946	3.253	3.970	4.656
Totale	4.813	5.947	6.980	8.066	9.134
VALORI PERCENTUALI					
Cecità	11,2	9,5	9,7	8,8	8,4
Sordità	6,5	6,2	6,4	5,8	5,9
Dislessia	2,7	1,6	1,3	0,8	0,7
Disabilità motorie	35,8	30,9	33,0	32,2	30,8
Difficoltà mentali	3,0	2,3	3,0	3,1	3,2
Altro	40,8	49,5	46,6	49,2	51,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

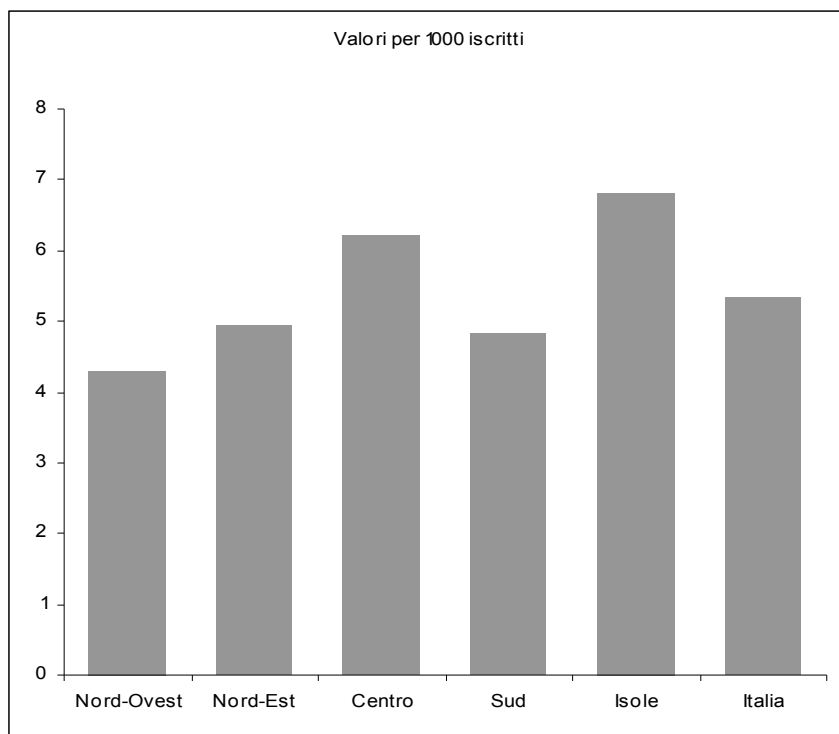
Fonte: Banca dati Cineca-Miur (Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca - Consorzio interuniversitario)

A livello territoriale, le percentuali maggiori di studenti con disabilità iscritti all'università statale nell'anno accademico 2004-05, sul totale degli iscritti, si hanno nelle Isole e al Centro (rispettivamente 6,8 per mille e 6,2 per mille del totale degli iscritti).

3.4 - L'esperienza scolastica

Nel 2004 l'Istat ha condotto un'indagine sulle persone con disabilità che vivono in famiglia per cogliere, da un lato, l'integrazione sociale dei disabili nel loro contesto di vita (rete di relazioni, scuola, lavoro, tempo libero, ecc.), dall'altro, i fattori che ostacolano o che hanno ostacolato tale integrazione (limitazioni nella mobilità, mancanza di adeguati

Figura 3.4 - Studenti con disabilità iscritti all'università statale per ripartizione geografica - Anno accademico 2004-2005 (valori per 1.000 iscritti)



Fonte: Banca dati Cineca-Miur

sostegni, ecc.).⁸ In particolare nel prosieguo del paragrafo si soffermerà l'attenzione sui risultati relativi all'integrazione scolastica tenendo distinti coloro che al momento dell'indagine erano inseriti nel sistema scuola da coloro che invece hanno affrontato l'esperienza scolastica in passato.

3.4.1 - *L'esperienza attuale*

Nel 2004 si dichiarano iscritte ad un corso scolastico o universitario 114 mila persone con disabilità. Il livello di gravità della disabilità è alto per il 37,8 per cento degli iscritti, medio per il 40,8 per cento e basso per il 21,4 per cento. Le tipologie di disabilità sono equamente rappresentate.

Il 35,3 per cento degli iscritti frequenta la scuola materna o elementare, il 19,2 per cento la scuola media inferiore, mentre il 44,5 per cento è iscritto alla scuola media superiore, all'università o a corsi post universitari.

In relazione al percorso scolastico si evidenzia come l'8,73 per cento degli studenti con disabilità ha dovuto iniziare la scuola in ritardo a causa delle condizioni fisiche o mentali.

Tuttavia il 26,3 per cento degli iscritti ha ripetuto almeno un anno durante il corso degli studi e tra di essi la maggior parte presenta condizioni di disabilità grave. La ripetenza, pur non rappresentando per alcune tipologie di disabilità severa, un fallimento, può evidenziare in alcuni casi una funzione suppletiva della scuola nei confronti di servizi sociali territoriali molto spesso assenti.

Per quanto riguarda l'accessibilità alle strutture scolastiche o universitarie, tra gli studenti con disabilità di tipo motorio o visivo (50,7 per cento degli studenti con disabilità) si evidenzia che il 18 per cento frequenta una scuola con barriere che possono rendere difficile o impossibile l'accesso (scale o gradini, porte strette, bagni inadeguati, ascensore inesistente o inaccessibile, assenza di parcheggio). Questo dato conferma quanto rilevato anche dai flussi informativi del Ministero della pubblica istruzione.

⁸ Il collettivo è stato individuato tra quanti, in occasione dell'Indagine condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari realizzata nel 1999-2000, avevano riferito di avere difficoltà nelle funzioni (motorie, sensoriali o delle attività della vita quotidiana), di essere affetti da invalidità o di avere una riduzione di autonomia. In totale sono state intervistate telefonicamente 1.632 persone tra i 4 e i 67 anni, che rappresentano una popolazione di 1 milione 641 mila individui della stessa fascia di età. L'analisi relativa alla qualità del percorso scolastico è stata condotta analizzando separatamente coloro che erano inseriti al momento dell'intervista nel mondo della scuola e coloro che invece hanno affrontato questo mondo nel passato. In entrambi i casi sono stati considerati soltanto coloro che hanno riferito limitazioni che si sono manifestate prima o durante il periodo di formazione (36,5 per cento delle persone con disabilità, pari a 599 mila persone).

Il 32,7 per cento degli iscritti usufruisce di un insegnante di sostegno, la cui attività è valutata abbastanza favorevolmente dagli interessati: il livello di gradimento medio attribuito è 3,8 (valutato su di una scala che va da 1, valore minimo, a 5, valore massimo). Appare inoltre positivo il fatto che, tra quanti non dispongono dell'aiuto di un insegnante di sostegno, quasi la totalità dichiara di non averne bisogno.

In generale, il 39,9 per cento degli iscritti ritiene che le sue condizioni psico-fisiche hanno causato nel percorso formativo solo un lieve svantaggio o non lo hanno causato affatto ed il 29,8 per cento riferisce un livello medio di svantaggio. Va però sottolineato come siano ancora il 30 per cento degli alunni iscritti a sentirsi invece molto svantaggiati, tra questi la presenza di persone con disabilità gravi è molto elevata.

3.4.2 - *L'esperienza passata*

Le persone che hanno frequentato in passato corsi di studi in condizione di disabilità e che, al momento dell'indagine, non erano iscritte ad alcun corso scolastico o universitario sono 485 mila. Il 16,3 per cento di esse ha un'età inferiore ai 19 anni, il 28 per cento ha un'età compresa tra i 20 ed i 34 anni, il 35 per cento ha tra i 35 e i 54 anni ed il restante 20,7 per cento ha tra i 55 e i 67 anni.

Il 52,3 per cento delle persone che ha avuto un'esperienza scolastica in condizione di disabilità, presenta un alto livello di gravità della disabilità, il 37,1 per cento ha un livello medio ed il 10,6 per cento ha un livello di disabilità lieve. I due tipi di disabilità prevalenti sono quella motoria (33,8 per cento) e quella mentale anche associata ad altri tipi di disabilità (25 per cento).⁹ Il 21,5 per cento di questo collettivo ha disabilità di tipo sensoriale (difficoltà nella vista, nell'udito e nella parola) e l'8,9 per cento ha difficoltà sia motorie che sensoriali.

L'11,4 per cento di coloro che hanno frequentato la scuola in passato ha iniziato in ritardo, il 27,8 per cento ha avuto bisogno di un insegnante di sostegno, l'8,1 per cento ha frequentato scuole speciali, la stessa percentuale ha frequentato classi speciali in scuole normali e il 5,7 per cento ha studiato a casa. I dati fin qui presentati testimoniano un buon livello di inserimento, tuttavia una percentuale non trascurabile di persone, il 5,4 per cento, si è dovuta trasferire in collegio a causa della presenza di disabilità (Tavola 3.7). La situazione è più critica per le

⁹ Il 21,5 per cento di questo collettivo ha disabilità di tipo sensoriale (difficoltà nella vista, nell'udito e nella parola) e l'8,9 per cento ha difficoltà sia motorie che sensoriali.

persone con un più alto livello di disabilità, soprattutto per quanto riguarda l'insegnante di sostegno e l'inizio tardivo della scuola.

Tavola 3.7 - Persone di 4-67 anni con disabilità che hanno frequentato la scuola in passato, secondo alcune caratteristiche del percorso di studio connesse alla presenza di disabilità (valori per 100 persone con le stesse caratteristiche)

CARATTERISTICHE PERCORSO DI STUDI	Valori percentuali
Ha iniziato la scuola più tardi	11,4
Ha avuto bisogno di insegnanti di sostegno	27,8
Ha frequentato scuole speciali	8,1
Ha frequentato classi speciali in scuole normali	8,1
Ha studiato a casa	5,7
Si è dovuto trasferire in collegio	5,4

Fonte: Istat, 2004

Tra coloro che al momento dell'indagine, non frequentavano alcun corso di studi, la distribuzione per titolo di studio conseguito, evidenzia uno svantaggio rispetto al complesso della popolazione. È più bassa la quota di quanti hanno conseguito un titolo di studio medio-alto (33,5 per cento contro il 45,7 per cento del totale della popolazione), sono analoghe le percentuali di chi ha conseguito la licenza di scuola media inferiore (30,9 per cento) o la licenza elementare (21,3 per cento) ed è invece maggiore la quota di coloro che non hanno conseguito alcun titolo di studio (14,2 per cento contro l'1,8 per cento) (Tavola 3.8).

Quasi la metà delle persone con disabilità più grave (46,7 per cento) non ha alcun titolo di studio o ha conseguito solo la licenza elementare.

Le persone con disabilità di tipo mentale sono particolarmente svantaggiate, il 59,7 per cento di esse ha conseguito solo la licenza elementare o non ha alcun titolo di studio. Al contrario, le persone con disabilità di tipo motorio o sensoriale hanno conseguito prevalentemente il diploma di scuola media superiore o la laurea (48 per cento).

Tra coloro che hanno frequentato in passato corsi scolastici in condizione di disabilità e non sono iscritti al momento della rilevazione, ad alcun corso di studi, il 47,9 per cento dichiara di avere avuto un grado elevato di svantaggio nell'affrontare il percorso di studi, il 21 per cento riferisce uno svantaggio medio ed il 27,1 per cento uno svantaggio lieve o nessuno svantaggio, mentre il restante 4 per cento non esprime alcun giudizio.

Tavola 3.8 - Persone di 4-67 anni con disabilità che hanno frequentato la scuola in passato, per titolo di studio e sesso (valori percentuali)

SESSO	Grado di istruzione				Totale
	Laurea, diploma scuola media superiore	Licenza scuola media inferiore	Licenza scuola elementare	Nessun titolo	
Maschi	39,6	30,4	17,4	12,6	100,0
Femmine	25,7	31,5	26,4	16,3	100,0
Totale	33,5	30,9	21,3	14,2	100,0

Fonte: Istat, 2004

La valutazione complessiva dell'esperienza scolastica è comunque complessivamente buona. Infatti il punteggio medio, calcolato sulla base di una scala di valori crescenti che va da 1 a 5, è pari a 4,0 ed oltre un terzo di questo collettivo ritiene molto positiva la sua esperienza scolastica. Anche per il livello di soddisfazione che queste persone esprimono rispetto alle relazioni con i compagni, ai rapporti con gli insegnanti e con altri operatori scolastici, si registra un giudizio complessivamente positivo. Per tutti gli aspetti considerati, la maggioranza dei rispondenti si ritiene molto o abbastanza soddisfatto per i rapporti avuti con i compagni (84,6 per cento), per le relazioni con gli insegnanti (85,1 per cento) e per quanto riguarda i rapporti con gli altri operatori (84,2 per cento).

A questo quadro a prima vista positivo si contrappone una mancanza di libertà nel determinare autonomamente l'interruzione del proprio percorso di studi. Il dato di coloro che non hanno portato a termine il ciclo scolastico è il 13,1 per cento. Le motivazioni di questa interruzione sono riconducibili per il 33 per cento dei casi alla condizione di disabilità, al quale si aggiunge il 20 per cento che ha avuto difficoltà di apprendimento; c'è poi un 12 per cento che non ha proseguito per mancanza di strutture e servizi che avrebbero favorito il proseguimento del ciclo scolastico.

Conclusioni

Il numero di alunni con disabilità è progressivamente cresciuto negli ultimi 15 anni. Tale incremento può essere interpretato come segnale di un maggiore inserimento nel sistema scuola dei ragazzi con disabilità, poco o nulla si può dire, invece, sulla qualità dell'integrazione scolastica.

Un'area sulla quale bisognerebbe investire molto risulta essere quella che attiene le strutture scolastiche. Sono poche, infatti, le scuole nelle quali si rileva il superamento delle barriere architettoniche quali, ad esempio la presenza di bagni accessibili ai disabili, di apparecchiature funzionali agli spostamenti, di accessori per gli allievi con specifiche minorazioni (ipovedenti e audiolesi). Gli istituti sembrano invece essere maggiormente dotate di strumentazione e ausili tecnologicamente avanzati a supporto della qualità dell'insegnamento.

È inoltre indispensabile realizzare progetti integrati scuola-lavoro, che consentano un passaggio concreto dal progetto didattico ed educativo al più generico "progetto di vita" per i ragazzi con disabilità.

Il viaggio attraverso i numeri dell'integrazione scolastica delle persone con disabilità ha messo in luce un aspetto interessante, cioè la forte presenza degli alunni con disabilità nelle scuole statali rispetto alle scuole non statali e alla presenza di bassissime percentuali di scuole speciali. Questo risultato rappresenta un vanto per il nostro Paese, che ritiene che il processo di integrazione debba avvenire nelle scuole normali. L'Italia è, infatti, il paese europeo dove maggiore è l'inserimento delle persone con disabilità nelle scuole normali, mentre ci sono molti paesi europei che tendono a preferire l'utilizzo delle scuole speciali.

Importanti risultati sul versante dell'istruzione scolastica sono stati ottenuti, ma è ancora lunga la strada da percorrere al fine di migliorare e rendere più efficiente il sistema. In questa ottica appare necessario monitorare costantemente le politiche sociali a favore delle persone con disabilità verificando i risultati prodotti dall'applicazione di tali normative, il tutto con il fine di rispondere, con forte competenza, ai bisogni complessivi dei giovani con disabilità. Uno dei dati che emerge dal presente lavoro è che il 13 per cento delle persone che non frequenta la scuola ha dovuto interrompere gli studi a causa di problemi legati alle carenze o all'inadeguatezza dell'offerta di istruzione/formazione. Questo potrebbe essere un dato dal quale partire per

monitorare l'efficacia degli interventi per l'inserimento scolastico. Un altro target per le valutazioni potrebbe essere rappresentato dal livello di soddisfazione che i giovani con disabilità dichiarano di avere per il sistema scolastico. Infine, merita una maggiore riflessione il dato sulle ripetente, laddove questo si possa configurare come utilizzo improprio del sistema scolastico finalizzato a sopperire alla carenza di strutture e servizi più adeguati a perseguire la completa inclusione sociale dei giovani con disabilità.

Bibliografia

Normative

- Legge 30 marzo 1971, n. 118, Conversione in legge del D.l. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili.
- Legge 4 agosto 1977, n. 517, Norme sulla valutazione degli alunni e sull'abolizione degli esami di riparazione nonché altre norme di modifica dell'ordinamento scolastico.
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104, Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.
- Decreto del Presidente della Repubblica del 24 febbraio 1994, Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap.
- Legge 27 dicembre 1997, n. 449, Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica, art. 40.
- Decreto legislativo del 31 marzo 1998, n. 112, Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della Legge n. 59 del 15 marzo 1997.
- Decreto ministeriale 24 luglio 1998, n. 331, Disposizioni concernenti la riorganizzazione della rete scolastica, la formazione delle classi e la determinazione degli organici del personale della scuola.
- Legge 20 gennaio 1999, n. 9, Disposizioni urgenti per l'elevamento dell'obbligo di istruzione.
- Legge 28 gennaio 1999, n. 17, Integrazione e modifica della legge-quadro 5 febbraio 1992, n. 104, per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.
- Regolamento in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche approvato dal Consiglio dei ministri il 25 febbraio 1999.
- Nota Ministeriale – Ministero dell'istruzione, dell'università e della ri-

cerca - del 30 novembre 2001, Protocollo n. 3390, Assistenza di base agli alunni in situazione di handicap.

Pubblicazioni

- Eurostat. 2001. Disability and social participation in Europe. *Key Indicators*. Brussels: 2001 Edition. <http://epp.eurostat.ec>.
- Invalsi (Istituto nazionale per la valutazione del sistema educativo di istruzione e di formazione). *Rapporto finale dell'indagine sull'integrazione scolastica degli alunni con disabilità: anno scolastico 2005-2006*.
- Istat. *Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"*. <http://www.istat.it>.
- Istat. *Progetto sistema informativo sull'handicap. Fase I: Studio di Fattibilità: 22 agosto 2000*.
- Istat. *Indagine multiscopo sulle famiglie "L'integrazione sociale delle persone con disabilità"*. (Statistiche in breve). <http://www.istat.it>.
- Istat. *Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari - anni 2004- 2005"*. (Statistiche in breve e Tavole di dati). <http://www.istat.it>.
- Ministero della pubblica istruzione. *L'handicap e la scuola: i dati dell'integrazione: anno scolastico 1999/2000*. Roma: Eds Italia.
- Ministero della pubblica istruzione. 2000. *La scuola statale: sintesi dei dati: anno scolastico 1999/2000*. Roma. <http://www.istruzione.it>.
- Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca. 2003. *L'handicap e l'integrazione nella scuola*. Roma. <http://www.integrazionescolastica.it>.
- Ocse. Special Needs Education. In *Statistics and Indicators: anno 2000*. <http://www.oecd.org/health>.
- Presidenza del consiglio dei ministri, Dipartimento per gli affari sociali. *Relazione annuale al Parlamento sullo stato di attuazione delle politiche per l'handicap in Italia: anno 2002*.



4. Le persone con disabilità e il mondo del lavoro

La legislazione italiana in tema di inserimento lavorativo delle persone con disabilità ha avuto un'evoluzione significativa con l'emanazione della legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili". Questa nuova disciplina in materia di diritto al lavoro delle persone con disabilità, si è inserita in uno scenario di politiche profondamente modificate, rientrando in un processo di ridefinizione degli aspetti istituzionali e di devoluzione amministrativa, costituito dal decreto legislativo n. 469/97 sul riordino dei Servizi per l'impiego. Uno scenario che ha assunto come punto focale la trasformazione del collocamento da attività burocratica, incentrata essenzialmente sulla gestione amministrativa delle graduatorie degli iscritti, in un servizio che deve informare, orientare, promuovere e supportare l'inserimento lavorativo delle persone.

In seguito al d.lgs 469/97, con lo scopo di evitare squilibri territoriali, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, insieme alle Regioni, alle Province e alle parti sociali, ha stilato il "Masterplan" dei servizi per l'impiego¹. Questo è stato poi articolato in altrettanti "Masterplan" regionali. La logica del "Masterplan" è quella di concordare obiettivi di tipo quantitativo e qualitativo che siano condivisi da tutte le parti coinvolte, fissando con precise fasi temporali il raggiungimento di un'efficienza misurabile in termini di effetti oggettivamente apprezzabili.

Il capitolo è a cura di Elisabetta Del Bufalo

¹ Ministero del lavoro e della previdenza sociale, Direzione generale per l'impiego "Masterplan" dei Servizi per l'impiego: linee di organizzazione (concertato con Regioni, Province e parti sociali e adottato formalmente, per le Regioni dell'obiettivo 3, nella seduta del Comitato di sorveglianza del Q.c.s. del 20 dicembre 2000. L'allestimento del "Masterplan" si articolerà in altrettanti "Masterplan regionali").

L'importanza di questa riorganizzazione regionale è dovuta al fatto che sono proprio gli organismi regionali, deputati dal decreto legislativo, ad individuare nell'ambito del nuovo "sistema di servizi per l'impiego e delle reti informative" gli uffici competenti alla programmazione degli interventi previsti dalla normativa sull'inserimento lavorativo dei disabili, nonché alla tenuta delle liste degli iscritti, al rilascio delle autorizzazioni, alla stipula delle convenzioni e all'attuazione del collocamento mirato.

In questa sede ci si pone l'obiettivo di testimoniare lo stato dell'arte dell'inserimento lavorativo delle persone con disabilità, focalizzando dapprima l'attenzione sulle novità normative introdotte dalla legge n. 68/99, per poi passare ad una breve descrizione delle fonti dati disponibili e alla successiva analisi dei dati. Tale analisi si concentrerà sul quadro occupazionale delle persone con disabilità, sull'offerta e sulla domanda di lavoro per poi focalizzare l'attenzione sull'esperienza della ricerca di lavoro. Lo studio sarà condotto analizzando i dati più recenti a disposizione, per questo motivo alcune volte al variare dell'oggetto di analisi varieranno anche gli anni di riferimento dei dati.

4.1 - La normativa in vigore

La legge del 12 marzo 1999 n. 68 "Norme sul diritto al lavoro dei disabili" è la disciplina che regola attualmente l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità e rappresenta una profonda innovazione culturale nell'ambito dell'integrazione lavorativa, in quanto ha introdotto una disciplina ispirata al concetto di "collocamento mirato"² consentendo di superare i limiti burocratici e assistenzialistici della precedente normativa (legge n. 482/68).³ La legge promuove e sostiene l'inserimento individualizzato nel mondo del lavoro delle persone con disabilità in base ad un'analisi delle capacità lavorative del singolo soggetto, delle caratteristiche del posto di lavoro, incoraggiando un'attivazione di azioni positive di sostegno e prevedendo quindi la rimozione dei problemi ambientali e relazionali, che rendono difficile l'inserimento nell'attività lavorativa.

² La legge n.68/99 ha esteso su tutto il territorio nazionale la metodologia del "collocamento mirato", già operativa con grande successo in molte regioni italiane a seguito, in molti casi, dell'iniziativa comunitaria "Occupazione", promossa dalla Commissione europea tramite due comunicazioni nel 1994 e nel 1996.

³ "Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private".

L'accertamento della condizione di disabilità è un requisito necessario per accedere al sistema per l'inserimento lavorativo previsto dalla legge n. 68/99. Per chi possiede un'invalidità da lavoro con un grado superiore al 33 per cento, un'invalidità di guerra, un'invalidità civile di guerra o per servizio, la certificazione di invalidità ottenuta in precedenza vale anche quale accertamento della condizione di disabilità per l'inserimento lavorativo. Al contrario gli invalidi civili, i non vedenti e i sordomuti sono tenuti, invece, a sottoporsi allo specifico accertamento della condizione di disabilità.

Secondo le più recenti e condivise definizioni internazionali di disabilità si ha una condizione di disabilità quando è rilevata una restrizione nel grado di funzionamento della persona, in relazione all'insieme delle dimensioni riguardanti le funzioni e strutture corporee, le capacità di svolgere attività e il grado di partecipazione alle situazioni di vita. La valutazione della disabilità si distingue, pertanto, da quella di invalidità civile e invalidità da lavoro, dove viene preso in considerazione solo il grado di capacità lavorativa. L'entità della disabilità non è, inoltre, direttamente correlabile al grado di compromissione delle funzioni e strutture corporee; può, ad esempio, verificarsi la situazione in cui, rispetto a due persone con la stessa compromissione funzionale, una soltanto presenti significative riduzioni delle capacità e/o restrizioni nella partecipazione sociale. Si determinano, così, diverse condizioni di disabilità e diverse valutazioni sulle possibilità di inserimento lavorativo e sui sostegni necessari.

Per quanto riguarda le imprese, la normativa affianca agli strumenti che impongono un obbligo misure di incentivazione. In questo contesto, si assiste da una parte ad una riduzione percentuale della quota di riserva da assegnare alle persone con disabilità,⁴ dall'altra ad una cancellazione del sistema burocratico impositivo legato alla precedente normativa.

La logica di questa legge richiede profondi cambiamenti nelle metodologie operative e negli investimenti:

- valorizzazione delle capacità lavorative personali in modo da garantire l'identità lavorativa di ciascuna persona con disabilità rispetto al lavoro;
- cambiamento delle vecchie ed inadeguate logiche di accerta-

⁴ Nel calcolo della quota di riserva sono comprese anche le imprese aventi un numero di dipendenti compreso tra 15 e 35.

mento utilizzando le indicazioni della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute dell'Organizzazione mondiale della sanità,⁵

- armonizzazione, mediante appositi strumenti, delle modalità di iscrizione e accesso ai percorsi di integrazione lavorativa, adottati dai servizi per l'impiego;
- garanzia di tutoraggio e accompagnamento della persona con disabilità nel difficile percorso di inserimento prevedendo anche, quando necessario, un intervento economico.

Per attuare l'insieme delle azioni proprie della nuova logica dell'inserimento mirato è necessario realizzare una fitta rete di relazioni tra tutti gli enti coinvolti (scuola, Asl, Comuni e Province, servizi di integrazione lavorativa, associazioni, cooperative, servizi per la formazione professionale, organizzazioni sindacali). A tal fine i servizi per l'impiego che operano a livello provinciale istituiscono i Comitati tecnici provinciali.⁶ Si tratta di specifici e importanti servizi tecnici deputati alla realizzazione di progetti individualizzati di collocamento mirato basati sulla:

- valutazione delle capacità e potenzialità dei lavoratori;
- definizione degli strumenti atti all'inserimento lavorativo;
- predisposizione di un piano di sostegno e tutoraggio all'inserimento;
- controlli sul luogo di lavoro per valutare l'andamento dell'inserimento, stesura dei programmi di formazione e riqualificazione professionale dei lavoratori disabili.

Un altro strumento creato con il fine di incentivare l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità è il Fondo per il diritto al lavoro delle persone con disabilità,⁷ istituito presso il Ministero del Welfare. Il fondo serve a finanziare le convenzioni tra datori di lavoro e uffici competenti per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità, inclusi la fiscalizzazione dei contributi previdenziali a favore delle imprese ed i rimborsi parziali per le spese sostenute per l'adattamento degli ambienti di lavoro.

Inoltre, la legge n. 68/99, così come la successiva Riforma Bia-

⁵ International Classification of Functioning, Disability and Health, <http://www.who.int/en>.

⁶ I Comitati tecnici sono composti da funzionari ed esperti del settore sociale e medico-legale coadiuvati da una commissione formata da sindacati e associazioni di persone con disabilità.

⁷ Per il 2007 l'ammontare del Fondo per il diritto al lavoro delle persone con disabilità è pari a 37 milioni di euro ripartiti tra tutte le regioni e le province autonome tranne la Valle d'Aosta e la Calabria che hanno dichiarato di non aver utilizzato i finanziamenti relativi agli anni precedenti.

gi⁸ in parte modificate dalla recente n. 247/2008 (articolo 1, commi 36-38), promuovono l'istituto delle convenzioni,⁹ in quanto consentono la sperimentazione di iniziative dirette a rendere compatibile la realtà produttiva con le esigenze lavorative delle persone con disabilità. Nel caso delle convenzioni ex-articolo 11 si tratta di convenzioni stipulate tra gli uffici competenti e il datore di lavoro con il fine di programmare specifici programmi di inserimento lavorativo delle persone con disabilità. Tra le varie possibilità legate alla stipula delle convenzioni vi sono la possibilità di una scelta nominativa, lo svolgimento di specifici tirocini, periodi di prova più lunghi rispetto a quelli previsti dal contratto collettivo. Tale convenzione può essere estesa anche ai datori di lavoro non soggetti agli obblighi di assunzione. L'istituto della convenzione ex articolo 12 si configura, invece, come un'atipica forma di distacco del lavoratore disabile, assunto a tempo indeterminato presso il datore di lavoro, contestualmente alla stipula della convenzione, ed assegnato ad attività svolte presso le cooperative sociali o presso un libero professionista, cui il datore di lavoro stesso affida commesse di lavoro. In questo modo si tende a favorire da una parte la programmazione delle assunzioni, dall'altra un miglioramento qualitativo e quantitativo degli inserimenti al lavoro anche per il datore di lavoro, in funzione delle specificità tecniche ed organizzative delle aziende. È anche vero che in un periodo nel quale l'attuazione di politiche di *Mainstreaming* sembra essere un obiettivo che tutti i governi si pongono, privilegiare la stipula di convenzioni può assumere una connotazione di "esclusione" dal mondo del lavoro delle persone con disabilità, "relegandole" nelle cooperative sociali. È bene sottolineare che l'interesse finora manifestato verso le convenzioni ex art. 12, quelle che prevedono il distacco del lavoratore disabile è stato finora molto basso.

⁸ Legge n. 30 del 14 febbraio 2003, delega al governo in materia di occupazione e mercato del lavoro.

⁹ La legge n. 68/99 prevede due forme diverse di convenzione, regolamentate da due articoli diversi della normativa: l'articolo 11 ed l'articolo 12. Le convenzioni ex articolo 11 vengono stipulate tra gli uffici competenti ed il datore di lavoro al fine di programmare i tempi e le modalità di assunzione della persona con disabilità; le convenzioni ex articolo 12 vengono invece stipulate tra gli uffici competenti, i datori di lavoro e le cooperative sociali e sono finalizzate all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità presso le cooperative sociali, alle quali i datori di lavoro si impegnano ad affidare commesse.

4.2 - Quali sono e quali dati offrono le fonti informative disponibili

Sebbene le fonti di dati relative all'integrazione lavorativa delle persone con disabilità siano molteplici, sia a livello centrale sia a livello territoriale, queste non consentono ancora di verificare in modo omogeneo, né a livello territoriale né temporale, la reale efficacia della normativa sull'inserimento lavorativo.

A livello centrale sono disponibili i dati Istat relativi all'Indagine sulle forze di lavoro, che nel luglio 2002 ha inserito un modulo ad hoc, progettato a livello comunitario, con lo scopo di individuare le persone con disabilità presenti nella popolazione; sempre l'Istat realizza l'Indagine sulle cooperative sociali che fornisce alcune informazioni sulle cooperative dedite all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità. Grazie all'Indagine condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari è possibile investigare tra i vari aspetti della vita delle persone con disabilità anche la loro condizione professionale. Infine, sempre tra le attività dell'Istat, è stata realizzata l'Indagine sull'integrazione sociale delle persone con disabilità. L'indagine è stata condotta nel 2004, su un collettivo individuato tra quanti, in occasione dell'indagine realizzata nel 1999-2000, avevano riferito di avere difficoltà nelle funzioni (motorie, sensoriali o delle attività della vita quotidiana), un'invalidità o una riduzione di autonomia.

Sempre a livello centrale i monitoraggi che l'Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori¹¹ (Isfol) conduce annualmente, sia sui Centri per l'impiego¹⁰ che sui servizi per l'impiego,¹¹ rappresentano una preziosa fonte informativa, rilevando caratteristiche relative sia all'utenza che ai servizi erogati. A livello locale si trova, invece, una grande quantità di dati e d'informazioni

¹⁰ I Centri per l'impiego operano a livello provinciale secondo gli indirizzi dettati dalle Regioni. Hanno l'obiettivo di migliorare le possibilità di accesso dei disoccupati al mondo del lavoro e di assistere le imprese, favorendo l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro. I Centri per l'impiego offrono una serie di servizi destinati ai lavoratori e alle imprese.

¹¹ I servizi per l'impiego si rivolgono a lavoratori e imprese con l'obiettivo di favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro. Si occupano della prima accoglienza e dell'orientamento del lavoratore, al quale forniscono tutte le informazioni relative al mondo del lavoro, dalla normativa alle opportunità di impiego, ai percorsi formativi finalizzati all'inserimento o al reinserimento lavorativo. La riforma Biagi delinea un mercato del lavoro nel quale operatori pubblici e operatori privati autorizzati svolgono la propria attività in regime di competizione e concorrenza. Il Dlgs 276/2003 rende operativa la riforma dei servizi per l'impiego, accostando ai tradizionali operatori pubblici del mercato (i Centri per l'impiego), le nuove agenzie per il lavoro e gli altri operatori autorizzati. L'obiettivo è realizzare un sistema coerente di strumenti, per garantire la trasparenza e l'efficienza del mercato del lavoro anche grazie all'interconnessione con la Borsa nazionale del lavoro.

che non sempre vengono completamente utilizzate, basti pensare ad esempio a tutte le informazioni contenute nella scheda anagrafica e professionale prevista dal decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza sociale del 30 maggio del 2001 che tutte le persone devono compilare per iscriversi al collocamento. Purtroppo, almeno per ora, fatta eccezione di alcune agenzie regionali per il lavoro o di qualche servizio per l'impiego, la maggior parte di queste informazioni sono inutilizzabili in quanto non informatizzate.

Per l'analisi in corso l'attenzione sarà focalizzata solo su alcuni dati provenienti dalle fonti Istat o Isfol, rimandando per ulteriori approfondimenti al sito del Sistema di informazione statistica sulla disabilità¹² realizzato dall'Istat e al sito dell'Isfol.¹³

4.3 - La condizione professionale delle persone con disabilità

Secondo i dati provenienti dall'Indagine sulle condizioni di salute ed il ricorso ai servizi sanitari,¹⁴ risultano occupati meno del 18 per cento delle persone con disabilità in età lavorativa, contro poco più del 54, per cento delle persone non disabili. Analizzando i dati per classi di età si vede come nella fascia 15-44 anni la percentuale delle persone con disabilità occupate è del 18,4 per cento (22,3 per cento tra i maschi e il 13,9 per cento tra le femmine di pari età). Più basse, tranne in pochi casi, le percentuali di coloro che dichiarano di essere occupati tra i 45 e i 64 anni, infatti tra le persone con disabilità tale percentuale raggiunge il 17,0 per cento, 24,6 per cento tra i maschi e 10,4 per cento tra le femmine. Nel resto della popolazione nella classe di età 15-44 gli occupati sono il 62,5 per cento mentre nella classe 45-64 anni la percentuale scende al 54,9 per cento; questo andamento è confermato sia tra gli uomini (73,3 per cento gli occupati tra i 15-44 anni e 70,6 per cento tra 45-64 anni) sia tra le donne (51,5 per cento le occupate tra i 15-44 anni contro il 39,7 per cento tra i 45 -64 anni) (Tavola 4.1).

¹² www.disabilitaincifre.it.

¹³ www.isfol.it.

¹⁴ Edizione 2004-2005.

Tavola 4.1 - Persone di 15 anni e più per sesso, classe d'età, presenza di disabilità (a) e condizione professionale - Anni 2004-2005
(*quotienti per 100 persone*)

CONDIZIONE PROFESSIONALE	Classi di età							
	15-44		45-64		65 e più		Totale	
	Disabile	Non disabile	Disabile	Non disabile	Disabile	Non disabile	Disabile	Non disabile
MASCHI								
Occupato	22,3	73,3	24,6	70,6	0,9	7,5	6,8	61,0
In cerca di occupazione	10,0	9,6	4,8	3,4	..	0,1	1,9	6,1
Ritirato dal lavoro	0,5	0,0	26,3	23,4	79,1	87,7	62,4	22,5
Inabile al lavoro	53,5	0,3	44,1	0,6	15,3	0,9	23,9	0,5
Altra condizione	13,7	16,7	..	1,9	4,7	3,8	5,0	9,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
FEMMINE								
Occupato	13,9	51,5	10,4	39,7	0,3	1,6	1,8	37,5
In cerca di occupazione	5,9	10,1	0,8	2,1	0,0	0,0	0,4	5,6
Casalinga	22,1	20,4	34,1	44,6	30,5	48,8	30,5	33,6
Ritirato dal lavoro	-	0,0	16,3	11,9	38,4	42,9	34,6	12,6
Inabile al lavoro	47,9	0,2	34,7	0,4	17,9	0,7	20,8	0,3
Altra condizione	10,1	17,8	3,6	1,4	12,9	6,0	11,9	10,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTALE								
Occupato	18,4	62,5	17,0	54,9	0,5	4,2	3,5	49,0
In cerca di occupazione	8,1	9,9	2,6	2,7	0,0	0,1	0,9	5,8
Casalinga	10,3	10,1	18,3	22,7	21,4	27,0	20,3	17,2
Ritirato dal lavoro	0,3	0,0	20,9	17,6	50,5	62,9	43,9	17,4
Inabile al lavoro	50,9	0,3	39,0	0,5	17,1	0,8	21,8	0,4
Altra condizione	12,0	17,3	2,1	1,6	10,4	5,0	9,6	10,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

(a) La definizione di disabilità utilizzata nell'Indagine sulla condizioni di salute della popolazione è basata sulla valutazione della capacità di svolgere alcune funzioni della vita quotidiana e non sulla certificazione della condizione di disabilità. Pertanto la presenza, seppur minima di inabili al lavoro tra coloro che sono definiti persone senza disabilità è legata alla possibilità che una persona riconosciuta inabile al lavoro tramite certificazione non presenti le difficoltà nella vita quotidiana investigate tramite l'indagine in questione.

(..) Stime di frequenze con errore relativo superiore al 75 per cento.

La percentuale degli inabili al lavoro è del 21,8 per cento sul totale delle persone con disabilità, tra i giovani-adulti (15-44 anni) la stessa percentuale risulta molto elevata pari al 50,9 per cento mentre tra coloro che hanno 45-64 anni il valore scende al 39,0 per cento.

L'Indagine sulle condizioni di salute e i servizi sanitari consente, inoltre, l'analisi dei livelli occupazionali delle persone con diversi tipi di disabilità. Seguendo una delle classificazioni possibili¹⁵ emerge (Tavola 4.2) che tra coloro che hanno solo una disabilità nelle funzioni, gli occupati e le persone in cerca di occupazione sono presenti in percentuali molto basse. Tale andamento si spiega con la presenza massiccia di persone anziane con questa tipologia di disabilità. Un andamento analogo si osserva per le altre due tipologie di disabilità sia per gli occupati che per le persone in cerca di occupazione.

Coloro che presentano la sola disabilità della vista, udito o parola sono occupati in percentuali superiori rispetto alle altre tipologie di disabilità: 16,3 per cento rispetto al 5 per cento delle persone con difficoltà nel movimento, all'1,5 di coloro che hanno disabilità nelle funzioni, al 1,3 per cento di chi ha due delle difficoltà considerate ed allo 0,5 per cento tra coloro che hanno tre delle difficoltà descritte. Procedendo ad un'analisi per condizione professionale risultano prevalenti le percentuali relative ai pensionati, o più correttamente coloro che si sono ritirati dal lavoro, dato determinato dal prevalere degli over 65 nel contingente in esame. Il prevalere delle donne nella popolazione con disabilità spiega inoltre la notevole presenza delle casalinghe per tutte le tipologie di disabilità in esame.

Tavola 4.2 - Persone di 15 anni e più per tipologia di disabilità (a) e condizione professionale - Anni 2004-2005 (valori percentuali)

CONDIZIONE PROFESSIONALE	Tipologia di disabilità				
	Difficoltà vista, udito e parola	Difficoltà nel movimento	Difficoltà nelle funzioni	Due difficoltà	Tre difficoltà
Occupato	16,3	5,0	1,5	1,3	0,5
In cerca di occupazione	4,3	1,2	0,7	0,2	0,1
Casalinga	20,9	26,3	24,0	17,9	10,0
Ritirato dal lavoro	41,4	44,5	49,2	42,6	42,5
Inabile al lavoro	8,1	14,3	14,2	28,4	35,5
Altra condizione professionale	8,9	8,7	10,5	9,6	11,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"
(a) Cfr. nota 4 cap. 1 pag. 21 .

¹⁵ Cfr. nota 4 cap. 1 pag. 21.

4.4 - I servizi per l'Impiego per le persone con disabilità

L'analisi sui servizi per l'impiego si concentrerà sulle attività destinate all'inserimento mirato delle persone con disabilità. I dati di questo paragrafo provengono dal monitoraggio dei servizi per l'impiego che l'realizza annualmente con l'obiettivo di rilevare, presso tutti gli uffici interessati nelle province, l'andamento del processo di attuazione della legge n. 68 del 1999.

Si considerano persone soggette all'iscrizione nelle liste di collocamento quelle persone affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali con una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento stabilita da apposite commissioni; le persone invalide sul lavoro con un grado di invalidità superiore al 33 per cento accertata da apposite commissioni dell'Inail; le persone invalide di guerra e le persone non vedenti o sordomute secondo i criteri stabiliti dalle leggi n. 382 del 27 maggio 1970 e n. 381 del 26 maggio 1970.

L'attivazione dei servizi per il collocamento mirato delle persone con disabilità sta crescendo nel corso degli anni, nel 2004, infatti, 82,3 per cento dei Centri per l'impiego (Cpi) ha attivato tale servizio (Tavola 4.3). L'analisi di questa percentuale di attivazione fa emergere un divario tra le regioni del Nord e quelle del Mezzogiorno. Infatti nel 2002 in quasi il 60 per cento dei Centri per l'impiego delle regioni del Sud non sono stati attivati servizi specifici per il collocamento mirato, mentre nelle regioni del Nord-est, di tale percentuale solo il 14 per cento era deficitario di questi servizi. Tale divario è stato colmato con il passare degli anni, ed infatti la percentuale dei servizi non attivati nelle regioni del Sud si è abbassata di quasi 35 punti percentuali. Nelle regioni del Centro si evidenzia il risultato migliore in termini di percentuale di attivazione che passa dal 77,9 per cento nel 2002 alla totalità dei servizi attivati nel 2004 (sia all'interno dei Centri per l'impiego che esternalizzati).

Tavola 4.3 - Attivazione dei servizi per il collocamento obbligatorio presso i Centri per l'impiego per ripartizione geografica - Anni 2002, 2003 e 2004 (valori percentuali)

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Non attivati			Attivati			Esternalizzati		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Nord-ovest	33,3	18,9	18,3	63,8	69,4	79,8	2,9	11,7	1,8
Nord-est	14,0	2,6	10,5	78,1	96,5	87,7	7,9	0,9	1,8
Centro	18,2	2,3	0,0	77,9	97,7	98,9	3,9	0,0	1,1
Sud e Isole	59,7	34,2	25,0	40,3	65,8	74,1	-	0,0	0,9
Italia	37,9	19,1	16,4	59,2	78,3	82,3	2,9	2,6	1,3

Fonte: Elaborazione Istat sui dati Isfol - Monitoraggio dei servizi per l'impiego - Anni 2002, 2003 e 2004

Al contrario la percentuale di servizi esternalizzati, ossia la quota di affidamento in appalto dei servizi di collocamento mirato a società esterne, ha mostrato un andamento opposto passando da un già basso livello del 2,9 per cento, nel 2002, all'1,3 per cento del 2004. Inoltre, il processo di esternalizzazione del collocamento mirato è distribuito in modo uniforme nel territorio, tranne due picchi transitori nel 2002 (7,9 per cento) nel Nord-est e nel 2003 nel Nord-ovest (11,7).

Uno degli strumenti principali previsti dalla legge n. 68/99 per la realizzazione del collocamento mirato è rappresentato dal Comitato tecnico provinciale. Si tratta di un istituto di fondamentale importanza le cui funzioni, come evidenziato in precedenza, sono legate alla valutazione delle capacità lavorative residue delle persone con disabilità in cerca di occupazione, alla predisposizione degli strumenti e delle misure per l'inserimento lavorativo e al controllo della permanenza delle situazioni di inabilità.

L'analisi dei dati relativi ai Comitati tecnici evidenzia che tra il 2000 ed il 2002 vi è stato un incremento del 26,3 per cento di Comitati tecnici istituiti, con una forte ripresa per le regioni del Sud, dal 11,1 per cento del 2000 al 55,6 per cento del 2002, che non raggiunge tuttavia i già ottimi livelli di istituzione delle regioni del Centro e del Nord-ovest. Le regioni del Nord-est sono passate dal 72,7 per cento del 2000 ad un 77,3 per cento del 2002.

L'analisi delle attività dei Comitati tecnici ci consente di valutare come si è organizzata l'attività dei servizi per l'impiego in tema di inserimento mirato, infatti coerentemente con il mandato normativo l'attività prevalente risulta quella della redazione e gestione delle schede individuali per tutte le ripartizioni geografiche. Si nota tuttavia che in alcuni casi il Comitato tecnico è chiamato ad operare anche sul profilo amministrativo ed anche per quanto concerne l'incontro tra domanda e offerta di lavoro che fa emergere una probabile non chiara definizione dei compiti dopo il decentramento a cui i servizi per l'impiego sono stati sottoposti¹⁶.

Un altro aspetto che può essere utile per studiare le attività dei Centri per l'impiego è l'accessibilità architettonica delle strutture dei Centri per l'impiego destinate al collocamento delle persone con disabilità¹⁷. Nel 2002 su 520 Cpi considerati il 45 per cento ha segnalato problemi riferibili alla presenza di barriere architettoniche con una predominanza

¹⁶ http://www.disabilitaincifre.it/indicatori/tabelle/ISFOL03_2004.asp.

¹⁷ Questo dato non è riferibile a tutti i Centri per l'impiego ma solo ad un sottogruppo per il quale è stato possibile rilevare questa informazione.

nelle regioni del Sud.

Nel biennio successivo si riscontra una sostanziale diminuzione dei Cpi nei quali si è riscontrato un problema di accessibilità, rispettivamente il 36,6 per cento ed il 33,7 per cento dei Cpi monitorati hanno dichiarato problemi di accessibilità per le persone con disabilità motoria. Inoltre le regioni del Sud continuano a mantenere il primato in termini di percentuale di centri con la presenza di barriere architettoniche.

4.5 - Gli utenti con disabilità dei servizi per l'impiego

Le persone con disabilità iscritte alle graduatorie provinciali ex legge 68/99 nel 2002 risultavano 458.269 a cui si possono aggiungere gli iscritti ex articolo 18¹⁸ pari a 55.846 unità per un totale di 541.115 persone. Nel 2005 gli iscritti raggiungono un valore pari a 589.543 a cui si aggiungono 45.274 iscritti ex articolo 18 per un totale di 645.220, con un incremento dal 2002 al 2005 pari al 19,2 per cento.

A partire dal 2004 è possibile, tuttavia, avere un'informazione aggiuntiva relativa alla quota di persone con disabilità iscritte al collocamento mirato che si dichiarano disposte a lavorare.¹⁹

Tavola 4.4 - Iscritti con disabilità presenti nelle graduatorie provinciali ex legge n. 68/99 per area geografica e disponibilità a lavorare. Anni 2004, 2005 (valori percentuali)

	Ripartizioni geografiche				Italia
	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud e Isole	
2004					
Persone con disabilità	97,29	96,46	91,02	90,07	91,46
<i>Di cui disposti a lavorare</i>	<i>66,51</i>	<i>60,81</i>	<i>73,37</i>	<i>29,95</i>	<i>44,43</i>
Iscritti ex art. 18	2,71	3,54	8,98	9,93	8,54
Totale iscritti	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
2005					
Persone con disabilità	97,61	96,56	93,57	88,64	91,37
<i>Di cui disposti a lavorare</i>	<i>68,51</i>	<i>60,42</i>	<i>68,39</i>	<i>59,17</i>	<i>62,18</i>
Iscritti ex art. 18	2,39	3,07	5,59	8,99	7,02
Totale iscritti	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Elaborazione Istat su dati Isfol - Anni 2004-2005

¹⁸ In base all'art. 18 della legge n. 68/99 sono attribuite delle quote di riserva di posti di lavoro anche ad orfani e coniugi superstiti di varie categorie di persone con disabilità.

¹⁹ Ai sensi della legge n. 118/71 (art. 13) le persone con disabilità superiore al 74 per cento possono richiedere l'assegno di invalidità qualora risultino disoccupati. Questa disposizione impone l'iscrizione alle liste di collocamento anche per tutte quelle persone disabili che non aspirano al lavoro e non richiedono servizi del collocamento mirato.

Su tutto il territorio nazionale nel 2004 le persone con disabilità iscritte alle liste del collocamento mirato che si dichiaravano disponibili a lavorare erano il 44,4 per cento con il valore massimo riscontrato nelle regioni del Centro 73,4 per cento ed il valore minimo delle regioni del Sud e delle Isole, 9,9 per cento. Nel 2005 il dato nazionale relativo alle persone che dichiarano la loro disponibilità a lavorare sale al 62,2 per cento con un massimo nelle regioni del Nord-ovest 68,5 per cento, seguite da quelle del Centro 68,4 per cento, da quelle del Nord-est 60,4 per cento ed infine dalle regioni del Sud e Isole con il 59,2 per cento.

Dal lato dell'offerta la normativa vigente prevede che i datori di lavoro siano tenuti ad avere alle loro dipendenze lavoratori con disabilità,²⁰ le cosiddette quote di riserva: 7 per cento del numero di dipendenti per aziende con più di 50 dipendenti; due lavoratori per aziende con un numero di dipendenti tra i 36 e i 50; un lavoratore per aziende con un numero di lavoratori tra i 15 e i 35 dipendenti.²¹

Se mettiamo a confronto i dati di domanda di lavoro e quelli di offerta da parte delle aziende si nota una buona corrispondenza tra il numero di coloro che si iscrivono alle liste del collocamento mirato ed i posti riservati loro dalle aziende. Nel 2004, ad esempio, nel Nord-ovest risultavano iscritte al collocamento mirato 68.767 persone e il numero di posti offerti già solo dalle aziende con oltre 50 dipendenti coprirebbe quasi la totalità della domanda con 68.055 posti disponibili come quota di riserva. Nelle regioni del Centro e del Sud e Isole si nota invece una forte sproporzione tra coloro che sono iscritti al collocamento (rispettivamente 107.634 e 345.668) ed i posti di riserva delle aziende con più di 50 dipendente (rispettivamente 19.521 e 12.230).

4.6 - Una realtà complessa: l'inserimento lavorativo

Per cercare di valutare, seppur parzialmente, il processo di inserimento lavorativo delle persone con disabilità, appare interessante descrivere l'utilizzo dei servizi destinati a incentivare ed agevolare la partecipazione al mondo del lavoro, congiuntamente con le difficoltà che le persone con disabilità dichiarano di incontrare nel loro percorso di inserimento.

²⁰ Art.1 legge n. 68/99.

²¹ L'analisi di questi dati non può prescindere dall'indicazione che per i dati del 2002 solo il 66 per cento delle province aveva fornito informazioni in merito, nel 2003 tale percentuale cresce di solo un punto percentuale, mentre nel 2004 questo valore raggiunge il 71,6 per cento.

La descrizione è realizzata considerando diverse condizioni professionali, al fine di comprendere come alcuni strumenti o percorsi di inserimento abbiano funzionato. I dati sono tratti dall'Indagine sull'integrazione sociale delle persone con disabilità realizzata nel 2004 dall'Istat.

Quasi la metà degli occupati si trova alla prima esperienza lavorativa, il 47,8 per cento, ed anche quando si procede ad un'analisi per classi di età si nota che, sebbene tale percentuale decresca al crescere dell'età, ben il 43,5 per cento di coloro che si trovano tra i 45 e i 65 anni sta svolgendo la sua prima attività lavorativa. Tra uomini e donne occupate non sembra esservi un forte differenziale tra il numero di esperienze di lavoro svolte.

Circa il 30 per cento degli occupati dichiara di aver usufruito delle norme sulle assunzioni obbligatorie per il lavoro, tra gli uomini questo valore sale al 35 per cento e tra le donne scende al 22 per cento. La gran parte degli occupati che hanno usufruito delle norme sulle assunzioni obbligatorie ha ottenuto un impiego a tempo indeterminato. Inoltre, il tempo trascorso tra l'inserimento nelle liste del collocamento obbligatorio e l'assunzione è stata inferiore all'anno per il 37,8 per cento di tale contingente.

In quello che si potrebbe definire un lungo percorso di ricerca di lavoro sembra funzionare maggiormente come strumento di ricerca di lavoro l'aiuto di parenti e amici. A conferma di ciò circa il 31 per cento degli occupati dichiara di aver trovato l'attuale lavoro grazie alla propria rete sociale, mentre il ricorso a strumenti e servizi specifici riguarda rispettivamente il 20 per cento degli occupati che ha trovato lavoro partecipando ad un concorso pubblico, il 17 per cento per il ricorso ai centri pubblici per l'impiego ed il 16 per cento che dichiara di aver risposto ad un annuncio di lavoro o di aver inviato il proprio curriculum.

Il 59 per cento degli occupati lavora in un'azienda privata (il 58 per cento di sesso maschile ed il 42 per cento di sesso femminile) rispetto al 39 per cento che lo fa in un'organizzazione pubblica. Tra coloro che hanno usufruito delle norme per il collocamento obbligatorio per ottenere l'attuale posto di lavoro la ripartizione tra pubblico e privato rimane quasi identica, così come il differenziale di genere, segno che i servizi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità non tendono a privilegiare un settore lavorativo rispetto ad un altro.

Confrontando gli occupati che hanno usufruito del collocamento obbligatorio con gli altri occupati, sempre con disabilità, si nota tra i primi un maggiore impiego nelle imprese di media dimensione rispetto ai secondi (18 per cento rispetto 15 per cento) sebbene per entrambi la piccolissima impresa, da 1 a 4 dipendenti, sia quella che occupa la maggior parte degli

occupati. Neanche la scelta di un lavoro a tempo parziale o di un lavoro a tempo pieno sembra legata al ricorso al collocamento obbligatorio quanto alla condizione di disabilità.

La legge sul collocamento lavorativo delle persone con disabilità prevede l'adeguamento del posto di lavoro alle esigenze degli occupati, tuttavia la maggioranza degli intervistati non esprimono l'esistenza di esigenze particolari²² per svolgere il proprio lavoro (intorno al 60 per cento per tutti i tipi di aiuto) né in termini di assistenza né in relazione ad adeguamenti architettonici o agevolazioni per il trasporto tra l'abitazione e l'ufficio.

Tra le persone con disabilità in cerca di prima occupazione, i quali rappresentano il bacino potenziale dei servizi per l'impiego destinati alle persone con disabilità, la quasi totalità sono iscritte al collocamento lavorativo e più della metà (52,3 per cento) sono iscritte ad una delle categorie speciali, a testimonianza del fatto che l'utilizzo dei servizi nella ricerca di lavoro si sta radicando tra le generazioni che ancora devono entrare nel mondo del lavoro.

Questo contingente, tuttavia, non sembra aver vissuto, nell'ambito della ricerca di lavoro, delle esperienze negative legate alle specifiche condizioni di disabilità come *il sentirsi scoraggiato nel cercare lavoro, temere l'isolamento sul posto di lavoro o essere discriminato nella ricerca dello stesso* o anche *ricevere delle offerte incompatibili alle proprie condizioni*. L'unica esperienza che quasi l'80 per cento degli intervistati denuncia è quella di *cercare un lavoro e non riuscire a trovarlo*.

Conclusioni

La realizzazione personale che passa attraverso l'inserimento lavorativo è condizione fondamentale per una piena integrazione sociale. Per le persone con disabilità, laddove le condizioni psicofisiche individuali lo consentano, questa integrazione è legata sia alla storia individuale, motivazione e contesto familiare, sia all'esistenza e all'efficacia di servizi destinati ad incentivare un inserimento lavorativo che può presentare varie difficoltà. È necessario quindi conoscere sia lo stato dell'arte di questa tappa dell'integrazione sociale che avere un quadro dei servizi esistenti ed operanti sul territorio.

Nonostante in Italia ci si stia confrontando con una legislazione

²² Nel questionario era prevista la possibilità di rispondere al quesito sulla necessità di un supporto per svolgere il proprio lavoro se ve ne era l'esigenza e se questo fosse disponibile o meno.

all'avanguardia, l'analisi dei dati utilizzati, evidenzia un minore inserimento delle persone con disabilità nel mondo del lavoro rispetto a coloro che non presentano alcun tipo di disabilità in tutte le fasce di età. Si registra, infatti una bassa percentuale di occupati, intorno al 20 per cento e si evidenzia che tra le varie difficoltà analizzate le difficoltà sensoriali (vista, udito e parola) rappresentano le disabilità che ostacolano meno l'inserimento nel mondo del lavoro. Per contro la multidisabilità, come era prevedibile, compromette seriamente l'accesso all'attività lavorativa.

La realizzazione dei grandi elementi innovativi introdotti dalla legge n. 68/99 ha trovato un freno nella concomitante riorganizzazione dei servizi per l'impiego e ciò ha comportato una rallentata individuazione dei soggetti e dei servizi competenti per il collocamento mirato. I dati più recenti evidenziano una percentuale di attivazione dei servizi per l'inserimento mirato tra l'80 per cento e il 100 per cento con una certa eterogeneità territoriale. Anche l'istituzione dei Comitati tecnici, nel quadriennio 2002-2005, è stata progressiva ma con una non chiara ed univoca definizione di ruoli e compiti a livello territoriale. Tuttavia, un dato incoraggiante emerge anche dal lato degli utenti di questi servizi che hanno avuto un incremento, in termini di valori assoluti, che rimane tale anche se dagli iscritti si depurano coloro che si iscrivono per motivi previdenziali. Inoltre, da un confronto tra domanda e offerta emerge un sostanziale equilibrio anche solo con riferimento alle quote di riserva, senza considerare, quindi, gli inserimenti in realtà lavorative non soggette ad obbligo di assunzione.

Un aspetto di grande interesse è l'analisi del percorso legato alla ricerca e all'ottenimento di un posto di lavoro. Da un'analisi più approfondita si vede che la maggior parte degli occupati si trova alla sua prima esperienza lavorativa e ciò è confermato anche nelle classi di età più elevate (44-65 anni). Tale dato fa pensare che in futuro l'attenzione dovrà porsi, oltre che all'inserimento nel mondo del lavoro, anche all'eventuale reinserimento e/o mobilità lavorativa.

I servizi di collocamento sono serviti ad inserire circa un terzo degli occupati, quota analoga a quella che ha utilizzato la rete di parenti e amici. Ma se si focalizza l'attenzione su coloro che sono in cerca di prima occupazione, si nota come più della metà siano iscritti alle liste di collocamento, segnale di un buon livello di fiducia in questo strumento.

In conclusione, sembra emergere una "lenta ma costante trasformazione culturale e sociale che interessa le politiche del lavoro e quelle sociali a

favore delle persone con disabilità”,²³ tale trend positivo andrebbe ulteriormente incoraggiato e monitorato dalle istituzioni pubbliche competenti.

Bibliografia

- Isofol. Avviamento al lavoro delle persone disabili. *Servizi per l'impiego - Rapporto di monitoraggio, anno 2004*.
<http://www.disabilitaincifre.it>
- Isofol. Il collocamento delle persone disabili *Servizi per l'impiego - Rapporto di monitoraggio, anno 2002*.
<http://www.disabilitaincifre.it>
- Istat. *Integrazione sociale delle persone con disabilità, anno 2005* (Statistica in breve). <http://www.istat.it>.
- Ministero del lavoro e della previdenza sociale - Isofol. 2007. Terza relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 - Norme per il diritto al lavoro dei disabili: anni 2004-2005. *Temi & Strumenti - Studi e Ricerche 32*. Roma: Isofol editore. <http://isfol.it>.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali. *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali: Prima parte, Seconda parte*. <http://www.solidarietasociale.gov.it>.
- Ministero del lavoro della salute e delle politiche sociali. Aggiornamento del quadro informativo sulle politiche del lavoro: anno 2005. *Rapporto di monitoraggio delle politiche occupazionali e del lavoro*.
- Istat. *Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"*. <http://www.istat.it>. (Tavole di dati). <http://www.istat.it>.
Legge n. 68 /1999. *Norme per il diritto al lavoro dei disabili*.
<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/990681.htm>.

²³ Ministero del lavoro e della previdenza sociale, *Terza relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"* - Anni 2004-2005.



5. La vita quotidiana delle persone con disabilità: cultura, socialità e tempo libero

L'analisi del livello di integrazione sociale delle persone con disabilità,¹ per come è misurabile dagli indicatori di partecipazione culturale e sociale, dal loro grado di soddisfazione per alcuni aspetti della vita quotidiana, dalle attività svolte nel tempo libero e dal rapporto con le nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione (Ict) costituisce l'obiettivo di questo capitolo.

Queste aree della vita quotidiana sono del resto fondamentali nel definire la qualità complessiva della vita delle persone e sono ancora più rilevanti quando la loro piena partecipazione può essere limitata da fattori indipendenti dalla propria capacità di scelta.

5.1 - La soddisfazione per la vita quotidiana

La soddisfazione è un fattore decisivo dei processi di integrazione sociale e definisce, in negativo, altrettanto bene l'esistenza di processi di esclusione e marginalità.

L'analisi dei livelli di integrazione sociale delle persone disabili

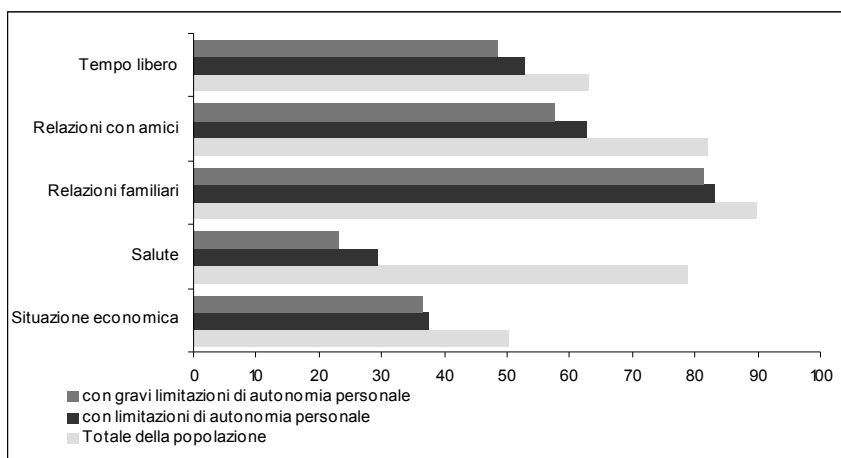
Il capitolo è a cura di Sante Orsini, l'editing delle tabelle e dei grafici del capitolo è a cura di Claudio Coloprisca

¹ Il fenomeno della disabilità, nell'indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", diversamente che nelle indagini sulle condizioni di salute in cui si utilizzano dei quesiti armonizzati a livello internazionale e derivati da un questionario Oece, è rilevato mediante un quesito sintetico sulla presenza di malattie croniche o invalidità che riducono l'autonomia personale fino a richiedere l'aiuto di altre persone per le esigenze della vita quotidiana. Viene distinto, inoltre, il caso che l'aiuto sia necessario in modo saltuario e limitato ad alcune esigenze o in modo continuo e per esigenze importanti. È a questa definizione che ci si riferisce nel testo.

non può quindi prescindere dal considerare anche questi aspetti.

Nella graduatoria della diffusione della soddisfazione per i diversi aspetti della vita quotidiana, la popolazione disabile si ritiene molto e abbastanza soddisfatta principalmente delle relazioni con i familiari e con gli amici, mentre si riduce decisamente la quota di chi è soddisfatto per il tempo libero, la situazione economica ed infine la salute.

Figura 5.1 - Persone di 14 anni e più per grado di autonomia e soddisfazione per alcuni aspetti della vita quotidiana (a) - Anno 2006 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006
(a) Molto o abbastanza soddisfatte.

La situazione cambia se si considera il complesso della popolazione. In questo caso, se le relazioni con i familiari e le relazioni con gli amici si trovano comunque ai primi due posti della graduatoria in termini di diffusione della soddisfazione, aspetti quali la salute, il tempo libero ed infine la situazione economica sono percepiti in maniera sensibilmente diversa.

In generale, una quota maggiore della popolazione totale si dichiara soddisfatta (molto e abbastanza) rispetto alla popolazione disabile per tutti gli aspetti considerati. In particolar modo per la salute, che è al terzo posto come diffusione della soddisfazione, mentre è all'ultimo tra i disabili. Anche per le relazioni con gli amici il differenziale di diffusione della soddisfazione è particolarmente evidente.

Vi sono poi altri aspetti, quali la situazione economica e il tempo libero, per cui nel complesso della popolazione è più diffusa la soddisfazione, ma le differenze rispetto alla popolazione disabile sono inferiori.

Va rilevato come in quest'ultima le differenze rispetto al complesso della popolazione siano generalmente decrescenti con l'età, nel senso che le differenze maggiori in termini di quote di persone soddisfatte si hanno tra i non anziani (fino ai 64 anni di età). Questo per tutti gli aspetti considerati, eccetto che per il tempo libero, probabilmente perché l'età è un fattore fortemente condizionante la percezione della soddisfazione per la vita quotidiana indipendentemente dal livello di autonomia.

In ogni caso sono aspetti quali la salute, la propria situazione economica e il tempo libero che si manifestano come critici per la popolazione disabile. La soddisfazione per la salute, inoltre, decresce al crescere dell'età e quindi in quelle più anziane diviene un fattore ancora più critico.

Adottando un'ottica di genere, sono soddisfatti dei diversi aspetti della vita, più gli uomini che le donne con riduzione di autonomia. Le differenze maggiori si hanno nei riguardi delle relazioni con gli amici e per il tempo libero, mentre le opinioni sono più vicine per quanto riguarda la soddisfazione per le relazioni familiari, per la propria situazione economica e per la salute.

Per il complesso della popolazione, invece, le differenze maggiori nella diffusione della soddisfazione tra uomini e donne si riscontrano proprio per lo stato di salute. Seguono poi le relazioni con gli amici e per il tempo libero, mentre minime sono le differenze per la soddisfazione per le relazioni familiari e per la propria situazione economica.

Tavola 5.1 - Persone di 14 anni e più per livello di soddisfazione su situazione economica, salute, relazioni familiari, relazioni con amici e tempo libero per grado di autonomia personale e classe di età - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	Situazione economica		Salute		Relazioni familiari		Relazioni con amici		Tempo libero	
	Molto Molto o abba- stanza		Molto Molto o abba- stanza		Molto o abba- stanza		Molto o abba- stanza		Molto Molto o abba- stanza	
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA										
14-24	1,8	29,3	12,7	43,7	27,8	69,2	28,1	59,2	13,4	69,4
25-44	2,0	32,3	3,5	35,5	24,4	72,8	18,4	62,7	13,5	50,2
45-64	0,9	35,3	1,3	32,4	24,5	80,8	15,8	67,0	8,1	47,0
65-74	1,1	37,1	0,9	24,1	32,0	85,2	14,0	68,6	14,7	57,8
75 e più	1,8	38,3	0,5	15,4	28,6	81,9	9,6	47,1	11,1	43,4
Totale	1,5	36,7	1,2	23,2	28,1	81,3	13,0	57,6	11,6	48,5
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE										
14-24	10,7	38,9	8,7	57,9	29,6	80,3	23,9	69,3	16,8	64,7
25-44	3,4	33,3	4,1	42,9	27,2	79,4	16,5	71,3	11,4	51,5
45-64	0,8	34,9	1,9	35,8	26,2	82,5	16,0	70,7	9,1	51,0
65-74	1,1	36,5	1,4	26,6	31,9	84,2	13,6	68,3	12,6	58,5
75 e più	1,5	40,6	0,8	22,4	30,6	84,1	10,2	52,7	10,9	51,0
Totale	1,6	37,5	1,7	29,4	29,5	83,2	13,3	62,9	11,0	53,0
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE										
14-24	6,8	53,1	36,1	91,7	34,8	90,0	38,6	90,0	25,4	77,0
25-44	3,1	50,1	24,1	89,2	36,7	91,0	25,4	85,6	11,9	58,8
45-64	2,5	51,4	11,7	78,9	30,2	89,2	18,5	81,2	10,0	58,9
65-74	1,6	47,5	6,2	61,3	33,0	89,6	19,6	78,0	15,6	69,3
75 e più	2,0	47,2	4,5	46,8	33,0	88,0	15,6	65,4	14,1	64,6
Totale	3,1	50,2	17,9	78,8	33,7	89,9	23,4	81,9	13,8	63,1

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

La soddisfazione per la salute è, quindi, un fattore fortemente discriminante tra i sessi nel complesso della popolazione, mentre lo è in misura meno evidente tra la popolazione disabile.

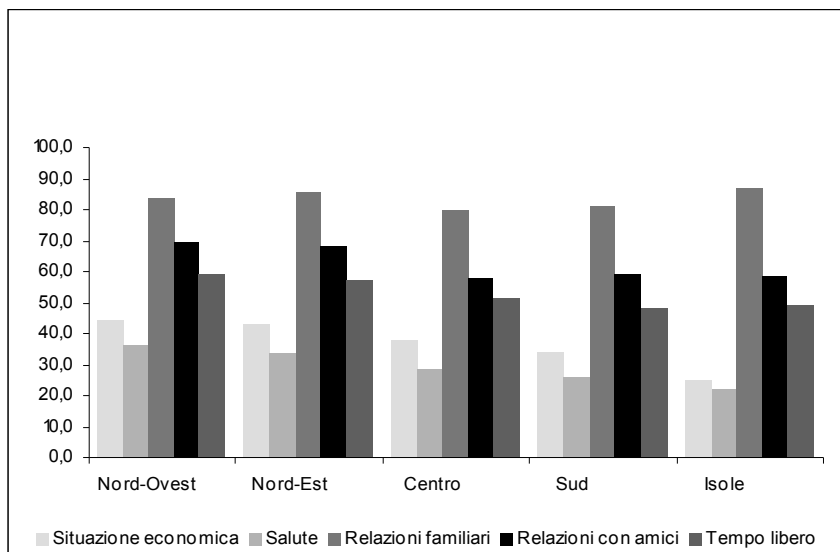
A livello territoriale le persone con riduzione di autonomia soddisfatte sono, in generale, una quota più elevata al Nord e al Centro e soprattutto per aspetti come la situazione economica, la salute e il tempo libero. Il divario territoriale per le relazioni amicali è meno pronunciato, mentre per le relazioni familiari è il Centro la ripartizione in cui è più bassa la quota di persone soddisfatte.

Tavola 5.2 - Persone di 14 anni e più per livello di soddisfazione su situazione economica, salute, relazioni familiari, relazioni con amici e tempo libero per grado di autonomia personale e sesso - Anno2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

SESSO	Situazione economica		Salute		Relazioni familiari		Relazioni con amici		Tempo libero	
	Molto o abbastanza	Molto o abbastanza	Molto o abbastanza	Molto o abbastanza	Molto o abbastanza	Molto o abbastanza	Molto o abbastanza	Molto o abbastanza	Molto o abbastanza	Molto o abbastanza
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA										
Maschi	1,6	37,3	1,0	24,7	23,9	82,7	13,0	59,7	12,6	52,1
Femmine	1,4	36,2	1,4	22,3	30,9	80,5	13,0	56,3	10,9	46,1
Totale	1,5	36,7	1,2	23,2	28,1	81,3	13,0	57,6	11,6	48,5
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE										
Maschi	2,1	38,4	1,8	31	25,2	83,8	12,9	65,7	11,8	56,9
Femmine	1,3	37	1,7	28,4	32,2	82,8	13,5	61,1	10,6	50,6
Totale	1,6	37,5	1,7	29,4	29,5	83,2	13,3	62,9	11,0	53,0
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE										
Maschi	3,4	50,5	20,1	81,5	33,7	90,0	24,3	84,1	15,1	65,3
Femmine	2,9	50,0	15,8	76,2	33,8	89,7	22,6	79,9	12,6	61,0
Totale	3,1	50,2	17,9	78,8	33,7	89,9	23,4	81,9	13,8	63,1

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Figura 5.2 - Persone di 14 anni e più con riduzione di autonomia personale elevata o parziale e soddisfazione per alcuni aspetti della vita quotidiana (a) per ripartizione geografica - Anno 2006



Fonte: Istat, *Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006*

(a) Molto o abbastanza.

5.2 - Gli spettacoli e intrattenimenti fuori casa

La limitazione del grado di autonomia può costituire un oggettivo impedimento per la fruizione di spettacoli ed intrattenimenti fuori casa e, quindi, limitare l'integrazione sociale e ridurre il benessere individuale.

L'analisi dei livelli di fruizione e di coinvolgimento in queste attività può permettere di evidenziare l'esistenza di eventuali situazioni di disagio in questo gruppo di popolazione o, al contrario, di attività per cui eventuali fattori di limitazione possono essere meno incisivi o addirittura nulli. Particolare attenzione inoltre dovrebbe essere data all'individuazione di contesti di marginalità e di esclusione potenzialmente gravi, come l'esclusione da ogni attività del tempo libero.

In generale, il rapporto con queste attività del tempo libero delle persone con limitazione del grado di autonomia è significativamente diverso, in termini di tasso di partecipazione, da quello del complesso della popolazione. La quota di persone coinvolte nelle varie attività è diret-

tamente legata al grado di autonomia dichiarato, nel senso che al diminuire del grado di autonomia diminuisce anche il tasso di partecipazione.

Tavola 5.3 - Persone di 6 anni e più che hanno fruito nell'ultimo anno dei vari tipi di spettacoli e intrattenimenti per grado di autonomia personale - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

SPETTACOLI E INTRATTENIMENTI	Persone con riduzione di autonomia elevata	Persone con riduzione di autonomia elevata o parziale	Complesso della popolazione
Teatro	5,9	7,7	20,0
Cinema	11,1	14,6	48,9
Musei, mostre	7,4	10,4	27,7
Concerti di musica classica	3,1	4,5	9,4
Altri concerti di musica	4,4	5,8	19,5
Spettacoli sportivi	6,0	7,4	27,3
Discoteche, balere, luoghi in cui si balla	4,2	5,9	24,8
Siti archeologici, monumenti	5,9	8,5	21,1

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Il cinema è l'attività del tempo libero che coinvolge più persone in assoluto: il 48,9 per cento del totale della popolazione, il 14,6 delle persone con limitazione del grado di autonomia elevata o parziale e l'11,1 per cento di chi ha una limitazione della propria autonomia personale elevata.

Nella graduatoria, per la popolazione con limitazioni di autonomia, seguono le visite a monumenti e siti archeologici (8,5 per cento), il teatro (7,7 per cento), spettacoli sportivi (7,4 per cento), i locali in cui si balla (5,9 per cento), concerti (5,8 per cento) e i concerti di musica classica (4,5 per cento).

I differenziali maggiori rispetto al complesso della popolazione si hanno per la frequentazione di cinema, spettacoli sportivi e luoghi in cui si balla. Mentre forme di intrattenimento più "alte" manifestano divari meno accentuati.

Tavola 5.4 - Persone di 6 anni e più che hanno fruito nell'ultimo anno dei vari tipi di spettacoli e intrattenimenti per grado di autonomia personale, sesso e classe di età - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETÀ	Teatro	Cinema	Musei, mostre	Concerti di musica classica	Altri concerti di musica	Spettacoli sportivi	Disco-teche, balere, luoghi in cui si balla	Siti archeologici, monumenti
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA								
6-24	28,8	72,0	50,9	11,0	22,3	21,8	30,7	43,0
25-44	11,3	32,2	12,2	5,3	12,1	17,7	11,8	9,9
45-64	11,9	19,9	15,5	7,8	8,3	11,4	7,2	14,8
65-74	4,8	6,4	5,6	1,2	3,4	5,3	2,4	2,7
75 e più	1,4	1,6	1,2	1,0	0,6	0,7	0,6	0,7
Totale	5,9	11,1	7,4	3,1	4,4	6,0	4,2	5,9
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE								
6-24	30,9	69,7	42,9	8,2	20,5	25,5	31,9	36,7
25-44	15,0	45,5	20,1	7,6	16,8	18,2	18,8	18,8
45-64	12,1	22,5	18,0	7,8	8,8	11,6	8,7	15,9
65-74	5,9	8,2	7,3	3,4	3,4	6,2	3,0	4,8
75 e più	2,6	1,7	2,8	2,1	1,5	1,4	0,8	1,4
Totale	7,7	14,6	10,4	4,5	5,8	7,4	5,9	8,5
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE								
6-24	27,0	80,2	39,5	9,6	31,5	44,1	41,9	25,6
25-44	21,6	64,0	30,5	11,1	27,3	33,6	36,5	24,9
45-64	21,2	37,8	28,3	10,5	13,2	22,9	14,2	23,2
65-74	12,1	13,6	14,6	6,6	5,2	10,6	5,7	11,2
75 e più	5,6	4,7	6,8	3,3	2,3	2,7	1,5	4,2
Totale	20,0	48,9	27,7	9,4	19,5	27,3	24,8	21,1

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

È interessante notare che differenze elevate nei tassi di fruizione iniziano a manifestarsi soprattutto dai 25 anni in poi. Nella classe di età 6-24 anni, infatti, le differenze tra popolazione disabile e complesso della popolazione sono meno elevate e, nel caso del teatro e visite a musei e mostre, a favore della popolazione disabile, indipendentemente dalla gravità della limitazione di autonomia. Dalle età successive i tassi di partecipazione, rispetto al complesso della popolazione, della popolazione disabile si ampliano in relazione diretta col crescere dell'età.

Tavola 5.5 - Persone di 6 anni e più che hanno fruito nell'ultimo anno dei vari tipi di spettacoli e intrattenimenti per grado di autonomia personale, numero di attività fruito e classe di età - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETÀ	Tipi di spettacoli e intrattenimenti fruiti			
	Nessuno	Uno	Due o più	Non indicato
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA				
6-24	18,1	9,4	69,7	2,8
25-44	46,3	20,4	29,3	4,1
45-64	59,7	8,5	27,0	4,9
65-74	82,4	5,7	8,8	3,1
75 e più	93,0	2,4	1,6	2,9
Totale	77,6	6,2	12,7	3,4
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE				
6-24	18,3	11,4	65,9	4,4
25-44	36,5	19,1	41,3	3,0
45-64	57,1	11,6	28,0	3,4
65-74	79,4	7,0	11,0	2,6
75 e più	89,7	5,0	3,0	2,3
Totale	72,0	8,7	16,6	2,7
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE				
6-24	9,3	13,1	74,6	3,1
25-44	20,2	16,6	61,2	2,0
45-64	37,8	17,3	42,8	2,1
65-74	63,9	14,1	19,9	2,1
75 e più	82,8	8,1	7,3	1,8
Totale	33,6	15,0	49,2	2,2

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Tavola 5.6 - Persone di 6 anni e più con riduzione dell'autonomia personale che hanno fruito nell'ultimo anno dei vari tipi di spettacoli e intrattenimenti per numero di attività fruito e classe di età - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETÀ	Tipi di spettacoli e intrattenimenti fruiti			
	Nessuno	Uno	Due o più	Non indicato
MASCHI				
6-24	18,7	10,2	62,9	8,1
25-44	38,6	17,7	39,7	4,0
45-64	52,7	13,5	30,4	3,4
65-74	73,9	8,1	15,6	2,4
75 e più	84,6	6,4	6,0	2,9
Totale	64,9	10,3	21,5	3,3
FEMMINE				
6-24	17,8	12,8	69,4	-
25-44	34,5	20,5	43,0	2,0
45-64	60,5	10,1	26,0	3,4
65-74	82,9	6,3	8,0	2,8
75 e più	92,1	4,4	1,6	1,9
Totale	76,5	7,6	13,4	2,4
TOTALE				
6-24	18,3	11,4	65,9	4,4
25-44	36,5	19,1	41,3	3,0
45-64	57,1	11,6	28,0	3,4
65-74	79,4	7,0	11,0	2,6
75 e più	89,7	5,0	3,0	2,3
Totale	72,0	8,7	16,6	2,7

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Le persone con limitazione di autonomia non solo hanno livelli di partecipazione alle attività del tempo libero più bassi che nel complesso della popolazione, ma ne svolgono anche di meno.

Il 16,6 per cento dichiara di svolgere due o più attività, quota che diviene il 12,7 per cento nel caso di persone con limitazione grave, mentre nel complesso della popolazione a svolgere due o più attività è il 49,2 per cento. Anche in questo caso le differenze diventano particolarmente evidenti al crescere dell'età e del grado di disabilità.

Va comunque rilevato che, anche in termini di numero di attività svolte, tra i più giovani (6-24 anni) le differenze sono molto più conte-

nute e che le giovani donne si dimostrano inoltre molto più attive degli uomini a parità di presenza di limitazione di autonomia.

Una quota consistente di popolazione con limitazioni di autonomia, comunque, non svolge nemmeno una delle attività considerate (il 72 per cento, oltre 3 milioni di persone). Poiché, in generale, la condizione di isolamento rispetto a queste attività è fortemente dipendente dall'età, nel senso che cresce con questa, certamente il dato risente del forte peso di anziani nel collettivo. Tuttavia, il fatto che dei differenziali rispetto al complesso della popolazione esistano proprio nelle età non anziane, mostra come la presenza di disabilità sia un elemento fortemente limitante la libertà di scelta delle persone rispetto a queste attività. Nelle età più anziane certamente la limitazione dell'autonomia personale costituisce un fattore ulteriore di isolamento rispetto a queste attività.

Prendendo in considerazione il dettaglio territoriale si può osservare come i livelli di fruizione siano sempre più elevati nel Nord e nel Centro del Paese, sia nel complesso della popolazione, sia in quella con limitazioni dell'autonomia personale. Va però rilevato che i differenziali territoriali, nel caso della popolazione con limitazioni di autonomia, sono relativamente maggiori che nel complesso della popolazione.

Se si prende in considerazione anche la tipologia comunale di residenza si può rilevare come nei contesti ove l'offerta di alcuni tipi di spettacolo è più elevata il differenziale di partecipazione tra popolazione disabile e complesso della popolazione si mantiene inalterato, come, ad esempio nei comuni centro delle aree di grande urbanizzazione. L'analisi territoriale evidenzia quindi come i differenziali di partecipazione culturale esistenti tra popolazione disabile e complesso della popolazione siano riconducibili sostanzialmente all'effetto della limitazione di autonomia.

Tavola 5.7 - Persone di 6 anni e più che hanno fruito nell'ultimo anno dei vari tipi di spettacoli e intrattenimenti per grado di autonomia personale, ripartizione geografica e tipi di comune - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA TIPI DI COMUNE	Teatro	Cinema	Musei, mostre	Concerti di musica classica	Altri concerti di musica	Spettacoli sportivi	Disco- teche, balere, luoghi in cui si balla	Siti ar- cheo- logici, monu- menti
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE								
Nord-ovest	10,5	18,5	15,7	5,2	7,9	10,9	7,0	11,3
Nord-est	6,2	13,9	11,9	5,4	6,1	8,5	7,5	9,7
Centro	9,4	17,4	10,9	5,1	5,7	6,2	6,5	9,7
Sud	5,9	11,1	6,5	2,9	4,5	5,6	3,7	5,2
Isole	5,7	11,8	6,6	4,1	4,4	5,3	5,5	6,7
Comune centro dell'area metropolitana	12,7	18,9	15,7	6,7	6,7	6,5	6,4	12,0
Periferia dell'area metropolitana	9,7	18,9	14,0	4,7	5,1	7,2	6,3	11,9
Fino a 2.000 abitanti	4,2	6,0	3,9	2,6	3,2	4,0	3,5	3,1
Da 2.001 a 10.000 abitanti	6,2	13,2	9,8	3,6	9,0	9,2	6,0	7,4
Da 10.001 a 50.000 abi- tanti	6,2	14,3	8,5	4,5	4,9	7,5	7,3	7,1
50.001 abitanti e più	6,3	12,5	7,8	3,8	3,4	7,0	4,1	7,2
Italia	7,7	14,6	10,4	4,5	5,8	7,4	5,9	8,5
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE								
Nord-ovest	21,6	50,1	34,2	9,6	18,3	28,5	26,0	25,0
Nord-est	22,9	48,4	34,2	11,4	20,6	29,1	26,3	25,8
Centro	22,7	53,0	29,0	10,7	19,9	26,8	25,8	22,9
Sud	16,6	47,8	18,4	7,4	20,0	26,5	22,6	13,8
Isole	14,1	42,5	18,9	7,8	18,7	24,0	22,9	16,5
Comune centro dell'area metropolitana	28,0	53,1	33,3	12,0	19,1	23,7	22,8	24,7
Periferia dell'area metropolitana	22,0	56,1	28,2	9,0	19,3	27,9	25,2	23,0
Fino a 2.000 abitanti	12,4	38,3	22,4	6,9	19,6	24,5	23,8	15,8
Da 2.001 a 10.000 abitanti	16,0	44,1	25,9	8,4	20,4	28,7	25,9	19,7
Da 10.001 a 50.000 abi- tanti	18,4	48,4	26,3	8,7	18,9	28,2	25,2	19,9
50.001 abitanti e più	22,4	51,7	28,8	10,8	19,5	27,7	24,5	22,1
Italia	20,0	48,9	27,7	9,4	19,5	27,3	24,8	21,1

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

5.3 - Radio, televisione e letture

Nella popolazione disabile anche la fruizione di intrattenimenti “universali” come radio e televisione può rilevarsi più difficoltosa che nel complesso della popolazione. È un fattore importante da tenere sotto controllo perché in una situazione di difficoltà di fruizione di spettacoli ed intrattenimenti fuori casa, questi due *media* rappresentano un elemento in grado di svolgere una funzione di supplenza e di riduzione del grado di isolamento.

Rispetto alla lettura di quotidiani e di libri, sulla popolazione disabile agiscono gli stessi elementi che ne condizionano la diffusione nel complesso della popolazione, ma la presenza di limitazioni dell'autonomia personale può rappresentare un elemento aggiuntivo di difficoltà.

La televisione è, naturalmente, un mezzo largamente fruito, quasi indipendentemente dal livello di autonomia posseduto. Il 94,4 per cento della popolazione di 6 anni e più la guarda almeno qualche giorno la settimana, così come il 92,2 per cento di quella con limitazioni di autonomia. Meno diffusa, ma comunque maggioritaria, è la visione della tv anche tra la popolazione con gravi limitazioni dell'autonomia personale (88,4 per cento).

Non ci sono grosse differenze di genere nella fruizione televisiva né nella popolazione complessiva né in quella disabile, anche se, nei casi di forte limitazione dell'autonomia personale, è meno diffusa tra le donne.

Delle differenze maggiori emergono tra i giovani con limitazioni di autonomia: nella classe di età 6-24 anni, infatti, la fruizione, in particolare quella femminile, è più elevata della media, anche rispetto al complesso della popolazione.

L'ascolto della radio, tra le persone con limitazione dell'autonomia, è decisamente meno diffuso che nel complesso della popolazione. Meno della metà (43,3 per cento) di essi dichiara di ascoltarla almeno settimanalmente e tra chi ha limitazioni gravi, la quota si riduce ancora (39,3 per cento), quando, nel complesso della popolazione, l'ascolto riguarda il 61,1 per cento della popolazione di 6 anni e più. Meno differenziata è, invece, la situazione, se si considerano le classi di età più giovani: fino ai 44 anni, infatti, i tassi di fruizione della popolazione “disabile” non si discostano molto da quelli del complesso della popolazione.

Tavola 5.8 - Persone di 6 anni e più che guardano la televisione e ascoltano la radio per grado di autonomia personale e classe di età - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETÀ	Guarda la TV	di cui qualche giorno (a)	Ascolta la radio	di cui tutti giorni (a)
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA				
6-24	95,1	6,9	53,4	54,3
25-44	87,4	9,7	64,3	63,0
45-64	90,3	8,0	51,8	57,5
65-74	93,7	6,6	36,8	54,2
75 e più	84,8	7,6	29,0	61,8
Totale	88,4	7,6	39,3	59,0
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE				
6-24	96,9	5,7	68,3	50,5
25-44	90,1	8,6	71,8	64,4
45-64	93,9	6,3	53,5	55,4
65-74	94,9	5,4	37,5	54,5
75 e più	89,8	6,3	31,5	59,9
Totale	92,2	6,3	43,3	57,9
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE				
6-24	95,0	7,9	70,1	59,1
25-44	92,8	11,7	77,7	65,3
45-64	95,3	7,1	62,1	57,9
65-74	96,7	3,9	42,9	56,3
75 e più	93,4	5,0	34,9	59,6
Totale	94,4	8,2	64,0	61,1

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

(a) Per 100 spettatori e/o ascoltatori con le stesse caratteristiche.

A livello territoriale la fruizione televisiva appare sostanzialmente omogenea su tutto il territorio nazionale. Più articolato l'ascolto della radio, che nella popolazione con limitazioni di autonomia, risulta più elevato tra i residenti del Nord-ovest (49 per cento), seguiti da quelli delle Isole (45,1 per cento) e del Centro (44,2 per cento) ed è minimo tra i residenti del Sud (36,8 per cento), differenziandosi dal classico gradiente Nord-sud presentato dal fenomeno nel complesso della popolazione. Un analogo andamento si ha tra i disabili con limitazioni di autonomia più grave.

La lettura dei quotidiani almeno una volta la settimana riguarda il

40,7 per cento della popolazione con limitazioni di autonomia (il 33 per cento nei casi di più grave limitazione). Tra i lettori, non ci sono differenze rispetto alla frequenza di lettura: a leggere il quotidiano quasi tutti i giorni è poco più del 40 per cento di essi indipendentemente dal grado di autonomia.

Tavola 5.9 - Persone di 6 anni e più che leggono quotidiani o hanno letto libri negli ultimi 12 mesi per grado di autonomia personale e classe di età - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETÀ	Leggono quotidiani almeno una volta alla settimana	di cui 5 volte e più (a)	Leggono libri	Da 1 a 3 libri (a)	12 libri o più (a)
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA					
6-24	27,2	32,0	45,7	66,6	5,6
25-44	30,6	40,1	30,1	41,8	24,4
45-64	48,4	43,5	31,7	45,9	12,1
65-74	38,1	37,0	18,8	52,7	14,4
75 e più	24,6	42,0	10,4	57,7	15,3
Totale	33,0	40,8	19,3	51,0	14,8
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE					
6-24	32,1	12,1	50,1	59,7	3,3
25-44	45,7	35,8	37,9	38,7	19,6
45-64	54,5	39,7	34,6	50,0	12,6
65-74	40,3	40,6	18,6	53,7	12,8
75 e più	32,1	43,8	15,3	48,1	17,4
Totale	40,7	40,1	24,0	48,9	14,5
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE					
6-24	39,9	23,2	56,4	50,4	10,3
25-44	66,4	37,9	49,5	46,7	12,4
45-64	69,3	47,3	42,9	45,2	14,7
65-74	55,0	45,7	28,5	47,3	14,5
75 e più	42,3	45,2	21,4	47,7	18,2
Totale	58,3	40,2	44,1	47,3	12,9

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

(a) Per 100 lettori con le stesse caratteristiche.

Si riscontrano le tradizionali differenze di genere, con una maggiore propensione maschile alla lettura dei quotidiani; così come differenze generazionali, con i livelli di diffusione della lettura più elevati nella classe di età 45-64 anni.

Tavola 5.10 - Persone di 6 anni e più che leggono quotidiani o hanno letto libri negli ultimi 12 mesi per grado di autonomia personale e sesso - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

SESSO	Leggono quotidiani almeno una volta alla settimana	di cui 5 volte e più (a)	Leggono libri	Da 1 a 3 libri (a)	12 libri o più (a)
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA					
Maschi	43,1	42,6	18,7	58,8	9,7
Femmine	26,4	38,9	19,8	46,2	17,9
Totale	33,0	40,8	19,3	51,0	14,8
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE					
Maschi	50,8	42,8	21,9	53,4	13,0
Femmine	34,2	37,5	25,3	46,4	15,3
Totale	40,7	40,1	24,0	48,9	14,5
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE					
Maschi	64,6	44,6	38,4	50,9	12,0
Femmine	52,4	35,1	49,5	44,7	13,6
Totale	58,3	40,2	44,1	47,3	12,9

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

(a) Per 100 lettori con le stesse caratteristiche.

Il livello di diffusione della lettura di quotidiani tra la popolazione con limitazioni di autonomia è, comunque, sensibilmente più bassa rispetto al 58,3 per cento della media della popolazione di 6 anni e più. Le differenze maggiori rispetto a quest'ultima si riscontrano nella classe di età 25-44 anni, ma sono evidenti anche alle altre età. Come per altri aspetti le differenze tra i giovani di 14-24 anni sono più basse.

La lettura di libri è un'attività decisamente poco diffusa tra la popolazione con limitazioni dell'autonomia personale. La quota di lettori di libri, in questo caso, è infatti pari a poco più della metà di quello presente nel complesso della popolazione; il 24,3 per cento rispetto al 44,1 per

cento di quest'ultima. Nella popolazione con problemi di autonomia personale più pronunciati, inoltre, scende al 19,3 per cento.

Certamente il dato complessivo è influenzato dalla maggior età media del collettivo dei disabili, come mostrano le minori differenze presentate dai più giovani.

Tra i giovani di 6-24 anni la quota di lettori di libri sale al 50,1 per cento tra chi ha un qualche problema di limitazione dell'autonomia, è poco più bassa tra chi ha problemi più gravi (45,7 per cento), mentre nel complesso della popolazione è il 56,4 per cento.

Tuttavia, tra i lettori con limitazioni di autonomia, c'è una quota leggermente maggiore di lettori forti rispetto al complesso della popolazione: il 14,5 per cento di essi ha letto almeno 12 libri nel corso dell'anno (14,8 per cento tra i gravemente limitati) rispetto al 12,9 per cento di quest'ultima. Va rilevato, in ogni caso, che il numero medio di libri letti è più basso.

La maggiore propensione femminile alla lettura di libri è comunque confermata aldilà della presenza o meno di limitazione dell'autonomia, anche se in quest'ultimo caso il vantaggio femminile si attenua.

La lettura di quotidiani e di libri, segue un gradiente territoriale Nord-Sud praticamente identico nei diversi collettivi in esame.

5.4 - Internet e personal computer

Le nuove tecnologie della comunicazione rappresentano certamente un ampliamento delle possibilità individuali, ma possono preludere a situazioni di marginalità quando il loro accesso si manifesta diseguale e condizionato da fattori fisici o sociali. Diventa quindi un elemento su cui porre una particolare attenzione nell'ottica della qualità della vita dei disabili.

Come per molti altri fenomeni l'utilizzo di personal computer e internet è meno diffuso tra la popolazione con limitazioni di autonomia rispetto alla media della popolazione. Tuttavia il fenomeno presenta una interessante articolazione generazionale che sembrerebbe prefigurare anche elementi di accesso a nuove opportunità.

Ad usare un personal computer sono il 42,2 per cento della popolazione di 6 anni e più, ma solo il 12,3 per cento della popolazione con limitazioni dell'autonomia personale e il 9,4 per cento di quella con gravi limitazioni dell'autonomia personale.

L'accesso ad internet ha una diffusione analoga: il 34,1 per cento della popolazione di 6 anni e più, il 9,3 per cento della popolazione con limitazioni dell'autonomia personale della stessa fascia di età e il 6,5 per cento di quella con limitazioni gravi.

Vi è quindi un rilevante *digital divide* tra la popolazione complessiva e quella con limitazioni dell'autonomia.

Tavola 5.11 - Persone di 6 anni e più per frequenza con cui usano il personal computer, grado di autonomia personale e classe di età - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETÀ	Si	Tutti i giorni	Una o più volte alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta l'anno	Mai
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA						
6-24	62,2	15,7	42,5	4,0	-	35,8
25-44	33,0	13,5	13,2	2,8	3,5	62,4
45-64	19,4	12,3	5,5	1,3	0,4	76,2
65-74	2,7	1,0	0,8	0,6	0,2	93,8
75 e più	0,4	0,1	0,3	-	-	96,3
Totale	9,4	4,4	3,8	0,8	0,5	86,9
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE						
6-24	73,0	32,5	36,8	3,7	-	26,1
25-44	42,2	21,8	13,6	3,4	3,4	53,5
45-64	20,0	12,0	4,2	2,8	1,0	76,9
65-74	3,5	1,6	0,9	0,6	0,4	93,7
75 e più	0,6	0,3	0,2	-	0,1	97,1
Totale	12,3	6,5	3,8	1,3	0,7	84,9
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE						
6-24	70,0	28,7	34,0	5,5	1,8	27,7
25-44	56,8	36,0	13,9	4,3	2,6	41,3
45-64	33,1	21,0	7,4	2,7	2,0	64,7
65-74	7,0	3,6	2,1	0,9	0,5	90,6
75 e più	1,4	0,8	0,5	0,1	0,1	96,4
Totale	42,2	23,5	13,6	3,3	1,8	55,6

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Tavola 5.12 - Persone di 6 anni e più che per frequenza con cui usano internet, grado di autonomia personale e classe di età - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETÀ	Si	Tutti i giorni	Una o più volte alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta l'anno	Mai
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA						
6-24	39,2	4,2	24,9	5,1	5,0	58,8
25-44	20,8	8,5	6,8	4,1	1,3	73,6
45-64	14,9	7,6	5,3	1,1	1,0	79,9
65-74	2,1	0,6	0,4	0,7	0,5	91,6
75 e più	0,2	0,2	-	-	0,1	96,1
Totale	6,5	2,6	2,4	0,9	0,6	88,7
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE						
6-24	57,0	16,5	28,8	6,3	5,4	42,1
25-44	31,3	12,7	12,5	4,4	1,8	63,8
45-64	15,2	6,8	4,7	2,2	1,5	81,2
65-74	2,7	1,0	0,9	0,5	0,3	92,7
75 e più	0,4	0,3	0,1	-	0,0	96,6
Totale	9,3	3,8	3,5	1,3	0,8	87,1
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE						
6-24	50,4	15,3	24,2	7,7	3,2	46,6
25-44	49,6	22,8	17,6	5,8	3,4	47,8
45-64	27,2	12,5	9,2	3,4	2,0	69,9
65-74	4,8	2,2	1,5	0,7	0,4	91,7
75 e più	0,9	0,5	0,3	0,1	0,1	96,3
Totale	34,1	14,1	13,2	4,4	2,3	63,0

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

L'aspetto interessante è costituito dal fatto che questa divaricazione nei tassi di utilizzo di personal computer ed internet è fortemente legata alla più elevata età del gruppo di popolazione con limitazioni dell'autonomia personale.

L'analisi per classi di età mostra che nelle età più giovani, 6-24 anni, i differenziali tra popolazione con limitazioni di autonomia e complesso della popolazione sono nulli o a favore della prima. Da sottolineare il caso delle giovani donne con limitazioni dell'autonomia che presentano tassi di utilizzo decisamente superiori ai loro coetanei maschi e alle coetanee nel complesso della popolazione.

Il vantaggio femminile in questa classe di età si ritrova anche nella

popolazione con forti limitazioni dell'autonomia personale, i cui tassi di utilizzo sono pari o superiori a quelli del complesso della popolazione nella corrispondente fascia di età.

È solo a partire dalle età successive che il tasso di utilizzo di queste tecnologie inizia veramente a ridursi rispetto al complesso della popolazione.

Più in generale si può rilevare come, anche in questo caso, l'età e la limitazione di autonomia sono fattori che si associano e si sostengono nel determinare le situazioni di esclusione.

Tavola 5.13 - Giovani da 6 a 24 anni e più per frequenza con cui usano il personal computer, grado di autonomia personale e sesso - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

SESSO	Si	Tutti i giorni	Una o più volte alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta l'anno	Mai
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA						
Maschi	56,5	23,8	25,8	7,0	-	40,0
Femmine	69,7	5,1	64,7	-	-	30,3
Totale	62,2	15,7	42,5	4,0	-	35,8
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE						
Maschi	69,1	45,0	20,7	3,4	-	29,2
Femmine	77,6	17,8	55,7	4,1	-	22,4
Totale	73,0	32,5	36,8	3,7	-	26,1
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE						
Maschi	70,3	32,1	31,5	4,9	1,8	27,1
Femmine	69,7	25,1	36,6	6,2	1,8	28,3
Totale	70,0	28,7	34,0	5,5	1,8	27,7

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Comunque, le tradizionali differenze di genere e generazione nell'utilizzo di personal computer ed internet che sono presenti nel complesso della popolazione, in quella con limitazioni di autonomia assumono connotati differenti.

Innanzitutto il divario tra giovani fino a 24 anni e le persone di età più elevata è maggiore che nel complesso della popolazione. Mentre le differenze di genere, che pure esistono, differentemente che nel complesso

della popolazione, tra i 6 ed i 44 anni sono a favore delle donne indipendentemente dalla gravità della limitazione della propria autonomia.

Tavola 5.14 - Giovani da 6 a 24 anni e più per frequenza con cui usano internet, grado di autonomia personale e sesso - Anno 2006
(per 100 persone con le stesse caratteristiche)

SESSO	Si	Tutti i giorni	Una o più volte alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta l'anno	Mai
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA						
Maschi	29,2	7,4	11,0	5,8	5,0	67,3
Femmine	52,4	-	43,3	4,2	4,9	47,6
Totale	39,2	4,2	24,9	5,1	5,0	58,8
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE						
Maschi	49,9	19,9	18,6	5,7	5,6	48,5
Femmine	65,4	12,4	40,8	7,0	5,1	34,6
Totale	57,0	16,5	28,8	6,3	5,4	42,1
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE						
Maschi	50,9	17,6	23,0	7,0	3,3	45,8
Femmine	49,9	12,8	25,4	8,5	3,1	47,5
Totale	50,4	15,3	24,2	7,7	3,2	46,6

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

La frequenza di utilizzo del personal computer e di internet non è significativamente diversa nei vari collettivi considerati: chi usa queste tecnologie lo fa prevalentemente con una frequenza quotidiana o almeno settimanale. Sostanzialmente una volta superato lo scoglio dell'accesso alla tecnologia i comportamenti degli utilizzatori sono simili.

A livello territoriale, l'uso del personal computer e di internet è più diffuso nel Nord-ovest (rispettivamente 47,2 per cento e 39 per cento). Diversa la situazione nel Sud e nelle Isole dove le percentuali di utilizzo sono più basse (intorno al 35 per cento per il personal computer e al 27 per cento per internet).

Tavola 5.15 - Persone di 6 anni e più per frequenza con cui usano il personal computer, grado di autonomia personale, ripartizione geografica e tipi di comune - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA TIPI DI COMUNE	Si	Tutti i giorni	Una o più volte alla settimana	Qualche volta al mese	Qual- che volta l'anno	Mai
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE						
Nord-ovest	16,3	9,0	4,5	2,4	0,4	80,8
Nord-est	11,9	7,1	2,9	0,7	1,3	84,3
Centro	15,1	8,1	4,8	1,1	1,1	81,7
Sud	8,1	3,6	3,6	0,6	0,3	89,5
Isole	9,8	5,0	2,6	1,6	0,6	88,7
Comune centro dell'area metropolitana	15,4	8,7	4,0	1,6	1,1	82,3
Periferia dell'area metropolitana	17,3	8,9	5,1	2,4	0,8	78,3
Fino a 2.000 abitanti	5,5	1,9	2,7	0,3	0,5	93,0
Da 2.001 a 10.000 abitanti	11,6	5,8	4,1	1,0	0,6	85,9
Da 10.001 a 50.000 abitanti	12,1	6,6	3,8	1,1	0,6	85,0
50.001 abitanti e più	8,9	5,0	2,4	0,9	0,5	88,5
Italia	12,3	6,5	3,8	1,3	0,7	84,9
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE						
Nord-ovest	47,2	27,5	14,8	3,3	1,7	50,9
Nord-est	45,7	26,4	13,9	3,3	2,1	51,7
Centro	44,2	24,7	14,1	3,5	1,9	53,1
Sud	35,2	18,2	12,4	3,1	1,5	62,9
Isole	36,2	18,9	11,7	3,5	2,0	61,9
Comune centro dell'area metropolitana	45,3	29,1	11,8	3,0	1,5	52,3
Periferia dell'area metropolitana	45,8	25,8	14,6	3,6	1,8	51,2
Fino a 2.000 abitanti	35,6	17,3	12,9	3,1	2,3	62,5
Da 2.001 a 10.000 abitanti	41,5	21,0	15,0	3,4	2,0	56,2
Da 10.001 a 50.000 abitanti	40,6	22,2	13,4	3,2	1,8	57,6
50.001 abitanti e più	42,8	25,0	12,8	3,4	1,6	55,3
Italia	42,2	23,5	13,6	3,3	1,8	55,6

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Questo divario territoriale non solo si ripresenta anche considerando la popolazione con limitazioni di autonomia, ma risulta relativamente maggiore. Infatti l'utilizzo del personal computer, per la popolazione con limitazioni di autonomia, è nel Nord-ovest il 16,3 per cento, il doppio che nel Sud (8,1 per cento); analogo discorso per l'utilizzo di internet, nel Nord-ovest il tasso di utilizzo è il 12 per cento, al Sud il 6,3 per cento.

Sotto l'aspetto territoriale, quindi, lo svantaggio della popolazione con limitazioni dell'autonomia personale è più acuto.

Tavola 5.16 - Persone di 6 anni e più per frequenza con cui usano internet, grado di autonomia personale, ripartizione geografica e tipi di comune - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA TIPI DI COMUNE	Si	Tutti i giorni	Una o più volte alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta l'anno	Mai
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE						
Nord-ovest	12,0	5,4	3,8	2,2	0,6	84,2
Nord-est	8,9	3,1	4,6	0,9	0,3	86,5
Centro	11,7	5,5	4,2	1,1	0,8	83,8
Sud	6,3	2,0	2,2	1,2	0,9	90,6
Isole	7,4	2,5	2,9	0,7	1,2	90,8
Comune centro dell'area metropolitana	12,2	5,7	3,7	1,5	1,3	84,7
Periferia dell'area metropolitana	12,9	3,8	5,7	2,8	0,6	81,8
Fino a 2.000 abitanti	3,2	1,6	1,0	0,1	0,5	95,1
Da 2.001 a 10.000 abitanti	8,4	2,8	3,6	0,9	1,2	88,5
Da 10.001 a 50.000 abitanti	9,3	3,9	3,2	1,3	0,8	86,4
50.001 abitanti e più	7,0	3,5	2,7	0,7	0,1	89,6
Italia	9,3	3,8	3,5	1,3	0,8	87,1
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE						
Nord-ovest	39,0	17,5	14,3	4,6	2,7	58,1
Nord-est	38,1	16,0	14,9	4,9	2,4	58,5
Centro	37,0	15,6	14,1	4,8	2,4	59,7
Sud	26,2	9,4	11,2	3,8	1,8	71,5
Isole	27,7	10,5	10,6	4,1	2,6	69,9
Comune centro dell'area metropolitana	38,2	19,9	12,5	3,7	2,2	58,9
Periferia dell'area metropolitana	37,1	16,1	13,8	4,8	2,4	59,3
Fino a 2.000 abitanti	26,6	8,6	11,9	3,9	2,2	70,6
Da 2.001 a 10.000 abitanti	33,2	11,7	14,0	4,9	2,7	63,7
Da 10.001 a 50.000 abitanti	32,0	12,2	13,2	4,3	2,4	65,4
50.001 abitanti e più	35,3	16,0	12,6	4,8	1,9	62,1
Italia	34,1	14,1	13,2	4,4	2,3	63,0

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

5.5 - Partecipazione politica e sociale

La partecipazione sociale si inserisce a pieno titolo, accanto alla distribuzione del benessere e alla fruizione culturale, nel quadro dell'inclusione e della coesione sociale, caratterizzandosi in particolare come elemento chiave dei processi integrativi, di sviluppo e consolidamento del senso civico, di cittadinanza e di appartenenza. Nel nostro Paese si evidenzia un livello di diffusione della partecipazione in senso lato (sul duplice piano della politica e dell'associazionismo diffuso) assolutamente non trascurabile (circa un quarto della popolazione è coinvolto a vario titolo in attività di partecipazione) e, soprattutto, strutturalmente stabile nel corso dell'ultimo decennio. I livelli di partecipazione nelle varie forme di associazionismo sono sostanzialmente invariati (con segnali di crescita sul versante del volontariato), mentre il coinvolgimento nella vita politica subisce alcune modificazioni nelle modalità di partecipazione. Molteplici sono le dimensioni che possono essere analizzate per cogliere il livello di tali fenomeni, dimensioni che si concretizzano in specifici comportamenti e atteggiamenti dei cittadini.

Si partecipa direttamente alla vita sociale e politica impegnandosi nelle attività delle organizzazioni e dei gruppi politici e non, ma anche interessandosi e coinvolgendosi sul piano della comunicazione, che è strettamente collegata ai percorsi di formazione dell'opinione pubblica. In particolare, l'interesse per ciò che avviene sulla scena politica è un chiaro segnale di coinvolgimento e di partecipazione (anche emotiva e psicologica) nelle vicende della vita pubblica.

5.5.1 - *La partecipazione politica*

Parlano di politica almeno una volta la settimana il 37 per cento delle persone di 14 anni e più, quota che scende al 24,8 per cento tra la popolazione con limitazione delle autonomie personali e al 19,8 per cento in quella con limitazioni gravi. Inoltre, se nel complesso della popolazione, non ne parla mai il 35,2 per cento, in quella disabile la quota è pari al 53,5 per cento (59,6 per cento, nei casi di grave limitazione). L'interesse per la politica sembra, quindi, più basso nella popolazione disabile rispetto al complesso della popolazione.

Il comportamento dei più giovani, tuttavia, sembra eccepire questo connotato di gruppo meno interessato alla politica.

Tavola 5.17 - Persone di 14 anni e più per frequenza con cui parlano di politica, grado di autonomia personale e classe di età - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETÀ	Tutti i giorni	Qualche volta alla settimana	Una volta alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta l'anno	Non parla mai di politica
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA						
14-24	-	17,0	20,5	1,5	9,6	48,7
25-44	7,2	7,1	5,2	9,4	8,0	54,4
45-64	12,4	15,9	3,7	8,5	11,8	43,0
65-74	7,4	10,0	4,0	10,0	10,3	55,7
75 e più	3,5	7,3	2,4	5,5	7,9	70,3
Totale	6,4	9,8	3,6	7,4	9,3	59,6
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE						
14-24	-	26,2	11,9	7,1	15,1	38,3
25-44	6,8	13,1	4,0	13,8	10,8	45,6
45-64	12,2	19,2	3,9	11,0	10,5	39,4
65-74	7,4	14,6	3,9	9,4	9,2	53,3
75 e più	4,7	10,2	2,8	6,5	8,8	64,6
Totale	7,3	13,9	3,6	9,0	9,6	53,5
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE						
14-24	5,4	18,4	6,2	13,8	11,5	41,9
25-44	8,5	24,8	6,3	16,7	12,3	29,4
45-64	13,9	25,2	5,3	14,3	10,8	28,4
65-74	10,5	17,8	4,1	12,8	10,5	42,3
75 e più	5,7	12,5	3,2	9,8	9,6	57,0
Totale	9,6	22,0	5,4	14,4	11,3	35,2

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Tra i più giovani (14-24 anni) con limitazioni di autonomia parla di politica almeno settimanalmente il 38,1 per cento di essi rispetto al 30 per cento nella popolazione complessiva. Anche tra i giovani con gravi limitazioni il parlare di politica almeno una volta la settimana è più diffuso e riguarda il 37,5 per cento di essi.

L'ascolto di dibattiti politici riguarda, in generale, una quota più bassa di popolazione, rispetto al parlare di politica: il 24,1 per cento della popolazione di 14 anni e più, il 15,1 per cento di quella con limitazioni di autonomia e l'11,6 per cento di quella con limitazioni gravi.

Tavola 5.18 - Giovani da 14 a 24 anni e più per frequenza con cui parlano di politica, grado di autonomia personale e sesso - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

SESSO	Più di una volta alla settimana	Una volta alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta l'anno	Non parla mai di politica
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA					
Maschi	25,7	16,8	2,9	-	49,6
Femmine	7,1	24,7	-	20,4	47,8
Totale	17,0	20,5	1,5	9,6	48,7
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE					
Maschi	35,0	12,9	1,8	3,0	44,3
Femmine	19,3	11,2	11,3	24,7	33,6
Totale	26,2	11,9	7,1	15,1	38,3
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE					
Maschi	27,4	6,1	12,4	10,6	40,5
Femmine	19,9	6,3	15,2	12,3	43,4
Totale	23,8	6,2	13,8	11,5	41,9

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Anche in questo caso tra i giovani di 14-24 anni con limitazioni di autonomia si riscontra un interesse più elevato che nel complesso della popolazione: il 32,9 per cento rispetto al 20,3 per cento. Nel caso della popolazione nella corrispondente fascia di età, ma con limitazioni gravi, tale quota è pari al 36,4 per cento.

Relativamente alle modalità di partecipazione più diretta come partecipare a comizi e cortei o svolgere attività gratuita per un partito, queste riguardano una quota ridotta della popolazione di 14 anni e più (circa il 5 per cento per comizi/cortei e l'1,4 per cento per l'attività gratuita per un partito) e una quota più bassa della popolazione con limitazioni di autonomia. Nel caso della partecipazione diretta, però, il differenziale rispetto alla popolazione complessiva non è così elevato come per la partecipazione indiretta (parlare di politica o ascoltare dibattiti): ha partecipato ad un comizio il 2,8 per cento della popolazione con limitazioni di autonomia (l'1,9 di quella con limitazioni gravi), ad un corteo l'1,9 per cento (l'1,6 per cento di quella con gravi limitazioni) e lo 0,9 per cento svolge attività gratuita per un partito (0,4 per cento nei casi di grave limitazione).

Tavola 5.19 - Persone di 14 anni e più che hanno svolto almeno una volta negli ultimi 12 mesi le attività indicate, grado di autonomia personale e classe di età - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETÀ	Partecipazione ad un comizio	Partecipazione ad un corteo	Ascolto di un dibattito politico	Attività gratuita per un partito politico	Ha dato soldi ad un partito
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA					
14-24	11,9	9,6	36,4	-	4,9
25-44	3,9	3,1	12,3	0,9	2,3
45-64	3,5	2,7	22,4	1,3	1,7
65-74	1,7	1,9	10,6	0,2	1,5
75 e più	0,4	0,3	6,2	0,1	1,0
Totale	1,9	1,6	11,6	0,4	1,5
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE					
14-24	10,8	8,0	32,9	-	2,5
25-44	3,2	2,1	18,7	1,5	2,8
45-64	5,0	3,0	24,4	2,3	3,6
65-74	2,8	2,1	13,9	0,4	1,8
75 e più	1,1	0,7	8,5	0,1	1,2
Totale	2,8	1,9	15,1	0,9	2,1
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE					
14-24	4,9	10,4	20,3	0,9	1,4
25-44	5,7	4,9	25,0	1,4	2,9
45-64	6,7	4,8	30,6	2,2	4,3
65-74	3,3	2,2	20,0	1,0	2,9
75 e più	1,6	1,0	11,8	0,3	1,5
Totale	5,2	4,9	24,1	1,4	3,0

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Anche per queste attività il coinvolgimento dei giovani con limitazione di autonomia è più elevato o paragonabile al complesso della popolazione. L'assistere a comizi riguarda il 10,8 per cento dei giovani con limitazioni nella fascia di età 14-24 anni (11,9 per cento nei più gravemente limitati) rispetto al 4,9 per cento della popolazione generale di questa età; mentre hanno partecipato ad un corteo l'8 per cento dei giovani disabili e il 9,6 per cento di quelli in condizioni di limitazione più grave, rispetto al 10,4 per cento del complesso dei giovani di 14-24 anni.

Si ritrovano nella popolazione disabile le stesse differenze di genere riscontrabile nel complesso della popolazione. Gli uomini risultano infatti più

Tavola 5.20 - Giovani da 14 a 24 anni e più che hanno svolto almeno una volta negli ultimi 12 mesi le attività indicate, grado di autonomia personale e sesso - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

SESSO	Partecipazio- ne ad un comizio	Partecipazio- ne ad un coteo	Ascolto di un dibattito politico	Attività gratuita per un partito politico	Ha dato soldi ad un partito
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA					
Maschi	14,0	9,4	34,1	-	4,5
Femmine	9,6	9,7	39,0	-	5,3
Totale	11,9	9,6	36,4	-	4,9
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE					
Maschi	8,5	7,7	33,9	-	2,8
Femmine	12,7	8,3	32,2	-	2,3
Totale	10,8	8,0	32,9	-	2,5
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE					
Maschi	5,6	9,7	20,8	1,0	1,3
Femmine	4,3	11,2	19,8	0,7	1,5
Totale	4,9	10,4	20,3	0,9	1,4

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

coinvolti delle donne per tutte le attività considerate.

L'atteggiamento della popolazione con limitazioni dell'autonomia personale verso la politica è quindi potenzialmente partecipativo. A pensare su di essa sono più i fattori legati all'invecchiamento che altri. Indubbiamente le modalità di inclusione che la politica offre, anche dal punto di vista dei temi trattati, possono costituire un elemento di ulteriore interesse e rafforzamento della partecipazione.

Tavola 5.21 - Persone di 14 anni e più per frequenza con cui parlano di politica, grado di autonomia personale, ripartizione geografica e tipi di comune - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA TIPI DI COMUNE	Tutti i giorni	Qualche volta alla settimana	Una volta alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta l'anno	Non parla mai di politica
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE						
Nord-ovest	8,2	17,1	5,7	11,1	9,4	44,8
Nord-est	9,0	14,6	5,2	9,5	9,1	49,9
Centro	8,5	14,9	3,1	9,1	10,8	49,2
Sud	4,9	10,7	1,9	7,9	9,6	62,8
Isole	6,2	12,7	2,2	7,1	9,0	61,0
Comune centro dell'area metropolitana	9,9	19,3	4,6	10,1	6,9	46,8
Periferia dell'area metropolitana	6,8	11,6	1,6	10,5	15,3	48,0
Fino a 2.000 abitanti	3,5	10,2	1,2	9,1	10,2	62,9
Da 2.001 a 10.000 abitanti	5,4	13,2	3,9	7,6	8,8	58,7
Da 10.001 a 50.000 abitanti	7,6	11,5	3,5	9,1	10,2	55,4
50.001 abitanti e più	8,0	15,5	4,5	8,6	8,5	52,1
Italia	7,3	13,9	3,6	9,0	9,6	53,5
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE						
Nord-ovest	9,3	22,9	5,9	16,3	12,3	31,4
Nord-est	10,8	25,5	6,9	16,1	10,3	28,1
Centro	10,5	23,5	5,6	14,5	10,5	32,4
Sud	8,6	18,4	4,0	12,4	11,0	43,7
Isole	9,2	18,6	3,9	11,4	12,4	42,8
Comune centro dell'area metropolitana	12,4	26,4	6,0	13,9	8,7	30,0
Periferia dell'area metropolitana	8,9	23,5	5,1	14,8	12,6	32,1
Fino a 2.000 abitanti	7,3	19,1	3,8	14,0	12,9	40,8
Da 2.001 a 10.000 abitanti	8,1	19,9	5,8	14,9	11,9	37,4
Da 10.001 a 50.000 abitanti	9,2	20,5	5,1	14,2	11,9	37,3
50.001 abitanti e più	11,5	23,1	5,4	14,4	9,9	33,4
Italia	9,6	22,0	5,4	14,4	11,3	35,2

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Tavola 5.22 - Persone di 14 anni e più che hanno svolto almeno una volta negli ultimi 12 mesi le attività indicate, grado di autonomia personale, ripartizione geografica e tipi di comune. - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA TIPI DI COMUNE	Parteci- pazione ad un comizio	Parteci- pazione ad un coteo	Ascolto di un dibattito politico	Attività gratuita per un partito politico	Ha dato soldi ad un partito
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE					
Nord-ovest	1,9	2,1	17,6	0,8	1,6
Nord-est	2,0	1,1	16,4	0,7	3,1
Centro	2,3	1,6	14,9	1,4	3,6
Sud	3,7	2,4	13,2	0,3	0,9
Isole	4,2	1,8	13,2	1,3	1,6
Comune centro dell'area metropolitana	2,9	2,9	21,2	0,7	2,7
Periferia dell'area metropolitana	1,9	1,2	14,7	0,9	1,6
Fino a 2.000 abitanti	1,3	2,4	8,9	0,2	0,6
Da 2.001 a 10.000 abitanti	3,0	2,4	14,4	0,7	1,7
Da 10.001 a 50.000 abitanti	3,6	1,0	13,8	1,2	2,5
50.001 abitanti e più	2,5	1,6	13,8	0,9	2,3
Italia	2,8	1,9	15,1	0,9	2,1
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE					
Nord-ovest	2,7	4,6	24,3	0,9	2,8
Nord-est	4,8	4,1	27,3	1,7	4,1
Centro	4,4	5,0	24,7	1,5	3,5
Sud	7,6	5,5	22,3	1,6	2,2
Isole	7,8	5,1	20,7	1,6	2,4
Comune centro dell'area metropolitana	4,0	6,3	27,1	1,1	2,7
Periferia dell'area metropolitana	5,3	5,2	25,1	1,7	3,2
Fino a 2.000 abitanti	5,1	4,0	19,9	1,5	2,4
Da 2.001 a 10.000 abitanti	5,4	4,9	22,9	1,5	3,2
Da 10.001 a 50.000 abitanti	5,7	4,2	24,0	1,5	3,1
50.001 abitanti e più	5,1	4,5	23,8	1,2	2,8
Italia	5,2	4,9	24,1	1,4	3,0

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

5.5.2 - La partecipazione sociale

La condizione di limitazione di autonomia si riflette sui livelli di partecipazione sociale delle persone, ma non la esclude.

I tassi di coinvolgimento in attività sociali sono infatti decrescenti al crescere della gravità della propria condizione. Rispetto al complesso della popolazione l'aver una qualche forma di limitazione dell'autonomia personale comporta, in genere, un dimezzamento del

tasso di partecipazione sociale e una riduzione a circa due quinti se la limitazione è grave.

Si tratta, comunque, di livelli che testimoniano un interesse e un coinvolgimento non trascurabili, anche se paragonati a quelli del complesso della popolazione.

Come nel complesso della popolazione prevale la partecipazione indiretta, è infatti il finanziamento delle associazioni di volontariato e non a riguardare la quota più elevata della popolazione di 14 anni e più: il 17 per cento del complesso della popolazione, l'11,3 per cento della popolazione con limitazioni di autonomia e il 9,4 per cento di quella con limitazioni gravi.

Le riunioni in una associazione culturale riguardano, invece, il 4,8 per cento delle persone di 14 anni e più con qualche forma di limitazione di autonomia e il 4 per cento di quelle con limitazioni gravi rispetto al 9 per cento del complesso della popolazione.

Una quota analoga della popolazione disabile (4,2 per cento) è coinvolta nelle attività di volontariato e questo indipendentemente dal grado di limitazione di autonomia. Nel complesso della popolazione di 14 anni e più, le attività di volontariato coinvolgono una quota che è doppia.

Decisamente più contenuto il coinvolgimento in attività gratuite per associazioni non di volontariato e riguarda il 3,2 per cento del complesso della popolazione e l'1,6 per cento della popolazione disabile, indipendentemente dal grado di limitazione dell'autonomia. Nell'attività delle organizzazioni sindacali è coinvolto l'1,4 per cento della popolazione di 14 anni e più; una quota simile riguarda la popolazione con limitazione di autonomia (1,1 per cento), mentre una più ridotta quella con limitazioni gravi (0,7 per cento). Le riunioni in associazioni ecologiche, per la difesa dei diritti civili, ecc. coinvolgono, invece, il 2 per cento del complesso della popolazione, lo 0,8 per cento della popolazione disabile e lo 0,7 per cento di quella con grave limitazione di autonomia.

Tavola 5.23 - Persone di 14 anni e più che hanno svolto negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista almeno una delle attività sociali indicate, grado di autonomia personale e classe di età - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETÀ	Riunioni in associazioni ecologiche, eccetera	Riunioni in associazioni culturali	Attività gratuita per associazioni di volontariato	Attività gratuita per associazioni di non volontariato	Attività gratuita per un sindacato	Soldi versati ad una associazione
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA						
14-24	7,5	15,1	15,2	9,7	-	19,8
25-44	1,6	8,9	5,5	3,1	1,7	11,6
45-64	1,7	6,2	10,2	2,6	1,8	17,6
65-74	-	4,6	3,8	2,1	0,5	9,9
75 e più	0,1	1,2	0,9	0,4	0,2	4,8
Totale	0,7	4	4,2	1,6	0,7	9,4
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE						
14-24	3,8	10,3	13,7	7,6	-	21,9
25-44	1,6	8,9	5,5	1,9	1,6	14,2
45-64	1,4	7,3	9,1	3,2	2,7	17,9
65-74	0,1	4,6	3,3	1,5	0,7	10,6
75 e più	0,5	2,0	1,1	0,5	0,2	6,6
Totale	0,8	4,8	4,2	1,6	1,1	11,3
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE						
14-24	3,2	9,8	9,9	3,7	0,3	8,7
25-44	2,0	9,2	9,0	3,2	1,4	18,9
45-64	2,5	10,8	11,3	4,1	2,3	22,4
65-74	0,7	7,5	6,9	2,3	0,9	14,1
75 e più	0,4	3,7	1,9	1,0	0,3	9,6
Totale	2,0	9,0	8,8	3,2	1,4	17,1

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Le differenze di genere nella partecipazione sociale non sono molto elevate, anche se, in generale risultano a favore dei maschi.

Rispetto all'età il quadro diviene più articolato. In generale i tassi di partecipazione sociale, nella popolazione complessiva, sono più elevati tra i più giovani, raggiungono il massimo nella classe di età 45-64 anni e poi decrescono al crescere dell'età. Nella popolazione con limitazione di autonomia l'andamento è, invece, decrescente con l'età, nel senso che i tassi di partecipazione più elevati si hanno tra i più giovani e poi decrescono. Inoltre nella classe di età 14-24 anni sono più elevati di quelli rilevati nel complesso della popolazione in età corrispondente. In partico-

lare le attività di volontariato coinvolgono il 13,7 per cento della popolazione con qualche limitazione dell'autonomia personale tra i 14 e i 24 anni, rispetto al 9,9 per cento del complesso della popolazione. Il divario rispetto alla popolazione complessiva è ancora più ampio se si considera la popolazione con forti limitazioni dell'autonomia personale, in questo caso, ad esempio, il coinvolgimento in attività di volontariato riguarda il 15,2 per cento dei giovani fino a 24 anni.

Tavola 5.24 - Giovani da 14 a 24 anni e più che hanno svolto negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista almeno una delle attività sociali indicate, grado di autonomia personale e sesso - Anno 2006
(per 100 persone con le stesse caratteristiche)

SESSO	Riunioni in associazioni ecologiche, eccetera	Riunioni in associazioni culturali	Attività gratuita per associazioni di volontariato	Attività gratuita per associazioni di non volontariato	Attività gratuita per un sindacato	Soldi versati ad una associazione
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA						
Maschi	14,1	6,5	10,5	5	-	15,5
Femmine	-	24,7	20,5	15	-	24,6
Totale	7,5	15,1	15,2	9,7	-	19,8
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE						
Maschi	8,6	4,3	11,8	6,5	-	9,4
Femmine	-	15,1	15,2	8,5	-	31,8
Totale	3,8	10,3	13,7	7,6	-	21,9
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE						
Maschi	3,1	9,3	7,7	3,7	0,4	7,2
Femmine	3,3	10,4	12,1	3,7	0,2	10,2
Totale	3,2	9,8	9,9	3,7	0,3	8,7

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

A livello territoriale la partecipazione sociale ha una maggiore diffusione nel Centro e nel Nord del Paese. In particolare il Nord-est ha una lunga tradizione di partecipazione sociale, soprattutto nell'ambito dell'associazionismo e delle attività di volontariato. Queste ultime risultano, inoltre, più radicate nei tessuti dei piccoli e medi comuni dai 2.000 ai 10.000 abitanti.

Tavola 5.25 - Persone di 14 anni e più che hanno svolto negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista almeno una delle attività sociali indicate, grado di autonomia personale, ripartizione geografica e tipi di comune - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA TIPI DI COMUNE	Riunioni in associa- zioni eco- logiche, eccetera	Riunioni in associa- zioni culturali	Attività gratuita per associa- zioni di volontariato	Attività gratuita per associa- zioni di non volontariato	Attività gratuita per un sidacato	Soldi versati ad una associa- zione
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE						
Nord-ovest	1,0	5,3	6,1	1,6	1,1	16,0
Nord-est	0,9	6,0	5,3	1,3	1,4	14,1
Centro	0,6	5,6	4,4	2,3	1,1	11,8
Sud	0,4	3,1	2,0	1,4	0,6	6,9
Isole	1,4	4,1	3,4	1,5	1,3	8,0
Comune centro dell'area metropolitana	0,7	5,2	5,2	1,9	0,7	10,0
Periferia dell'area metropolitana	0,8	6,2	3,7	2,6	0,7	13,6
Fino a 2.000 abitanti	0,3	2,5	3,4	1,8	1,1	11,8
Da 2.001 a 10.000 abitanti	0,8	4,7	5,3	1,6	1,3	12,6
Da 10.001 a 50.000 abitanti	1,0	5,5	3,9	1,5	1,3	11,5
50.001 abitanti e più	0,8	3,2	2,8	1,0	0,9	9,1
Italia	0,8	4,8	4,2	1,6	1,1	11,3
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE						
Nord-ovest	2,2	9,6	11,3	3,6	0,9	21,0
Nord-est	2,3	12,9	12,7	5,2	1,5	23,6
Centro	2,0	8,2	7,9	2,7	1,7	17,5
Sud	1,6	6,5	5,0	1,9	1,3	10,0
Isole	1,7	7,8	5,6	2,3	1,7	10,5
Comune centro dell'area metropolitana	2,0	7,9	6,9	2,2	1,3	14,7
Periferia dell'area metropolitana	2,6	9,7	9,1	2,6	1,6	19,9
Fino a 2.000 abitanti	1,4	9,4	11,1	4,5	1,1	17,3
Da 2.001 a 10.000 abitanti	1,8	9,5	11,2	4,0	1,3	18,5
Da 10.001 a 50.000 abitanti	1,9	8,9	7,6	3,2	1,2	16,5
50.001 abitanti e più	2,1	8,8	7,7	2,8	1,6	15,8
Italia	2,0	9,0	8,8	3,2	1,4	17,1

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Questa articolazione territoriale della partecipazione sociale nella popolazione con limitazioni dell'autonomia personale, assume connotati leggermente diversi. In generale la partecipazione è più elevata al Centro e al Nord, ma in questo caso, è il Nord-ovest l'area in cui si mostra leggermente più diffusa. In particolare ciò è riscontrabile per le attività di volontariato, soprattutto nella popolazione con forti limitazioni dell'autonomia. La partecipazione ad attività di volontariato riguarda, infatti, nel Nord-ovest il 6,1

per cento della popolazione con limitazioni (nel Nord-est è il 5,3 per cento) e il 7,4 per cento della popolazione con limitazioni più gravi (4,6 nel Nord-est). Vista la forte relazione che sul territorio è presente tra partecipazione sociale e tradizione associativa è probabile, che in questi contesti la partecipazione dei disabili sia un fatto più radicato nella pratica sociale.

5.6 - Gli amici

Le persone di 6 anni e più con riduzione di autonomia incontrano gli amici meno frequentemente rispetto alla popolazione totale.

Mentre il 24,6 per cento della popolazione di 6 anni e più vede gli amici tutti i giorni e il 27,4 per cento li vede più di una volta a settimana, per le persone con riduzione di autonomia la frequenza è significativamente inferiore. Infatti, solo il 13,6 per cento di queste incontrano gli amici tutti i giorni e il 19,7 per cento li incontra più di una volta a settimana. La frequenza con cui si vedono gli amici diminuisce, inoltre, all'aumentare della gravità delle limitazioni (11,8 per cento tutti i giorni e 16,6 per cento più di una volta a settimana).

Inoltre è più alta rispetto al totale della popolazione la percentuale di persone con riduzione di autonomia che non vedono mai gli amici o che addirittura non hanno amici. Il 15,7 per cento delle persone con limitazioni non incontrano mai gli amici e ben il 5 per cento non li hanno; mentre nel complesso della popolazione i corrispondenti valori sono, rispettivamente, 4,3 per cento e 1,5 per cento. All'aumentare del grado di limitazione, aumenta la quota di coloro che dichiarano di non incontrare mai gli amici, sono il 22,4 per cento delle persone con gravi limitazioni, e di chi dichiara di non averli (5,9 per cento).

Questa minore propensione (o possibilità) ad incontrare gli amici, rispetto al complesso della popolazione, si riscontra nella popolazione disabile in ogni classe di età e non è, quindi, imputabile alla diversa composizione per età, ma dipende più strettamente dal proprio grado di autonomia.

In generale, ad incontrare gli amici tutti i giorni sono soprattutto i giovani da 6 a 24 anni (53,4 per cento per le persone con limitazioni e 37,1 per cento per le persone con gravi limitazioni) ed in misura maggiore i maschi che le femmine. Al diminuire della frequenza degli incontri i valori massimi si riscontrano per le classi di età più elevate, segnalando come vi sia anche un effetto dell'età sulla frequentazione di amici anche nella popolazione disabile.

Tavola 5.26 - Persone di 6 anni e più per frequenza con cui incontrano gli amici, grado di autonomia personale e classe di età - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETÀ	Tutti i giorni	Più di una volta alla settimana	Una volta alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta l'anno	Mai	Non ha amici
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA							
6-24	37,1	28,8	11,0	8,3	2,7	10,2	2,0
25-44	16,5	25,7	13,3	16,5	7,0	13,0	7,8
45-64	12,0	19,9	18,7	18,3	13,2	13,4	4,3
65-74	17,4	18,3	12,9	15,2	11,8	19,5	3,6
75 e più	6,6	11,8	10,1	15,5	17,4	30,3	7,5
Totale	11,8	16,6	12,7	15,9	13,9	22,4	5,9
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE							
6-24	53,4	25,7	6,3	5,4	2,4	5,8	0,9
25-44	16,4	29,5	16,7	17,4	7,7	7,4	4,8
45-64	12,8	22,7	20,4	20,4	11,4	8,5	3,7
65-74	17,0	20,1	13,4	19,2	11,7	13,8	3,8
75 e più	8,5	14,8	12,1	16,6	16,4	23,9	6,8
Totale	13,6	19,7	14,7	17,9	12,8	15,7	5,0
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE							
6-24	59,4	26,6	8,3	3,2	0,5	0,6	0,2
25-44	17,5	32,5	25,2	16,7	5,2	1,8	0,6
45-64	14,1	25,5	24,2	20,7	9,0	4,4	1,7
65-74	18,2	25,3	17,7	17,0	9,8	8,4	2,9
75 e più	13,3	19,3	13,9	16,7	14,4	16,0	5,3
Totale	24,6	27,4	19,6	15,1	6,7	4,3	1,5

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

A livello territoriale il fenomeno presenta una variabilità che è coerente con quella presente nel complesso della popolazione, probabilmente per effetto di analoghi fattori sociali e culturali.

Frequentano, infatti, gli amici tutti i giorni le persone con riduzione di autonomia che risiedono nel Sud e nelle Isole (oltre il 15 per cento per le persone con limitazioni e oltre il 13 per cento per quelle con gravi limitazioni), mentre nel Nord si registra una minore frequenza di incontri.

Tavola 5.27 - Persone di 6 anni e più per frequenza con cui incontrano gli amici, grado di autonomia personale, ripartizione geografica e tipi di comune - Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA TIPI DI COMUNE	Tutti i giorni	Più di una volta alla settimana	Una volta alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta l'anno	Mai	Non ha amici
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE							
Nord-ovest	12,7	21,2	15,1	17,1	11,7	16,1	5,4
Nord-est	11,4	20,4	18,7	14,6	12,5	16,8	5,5
Centro	13,3	16,6	14,8	19,7	13,7	16,5	4,7
Sud	15,0	22,1	11,8	18,4	11,8	14,8	4,7
Isole	15,5	16,9	14,1	19,2	15,4	14,3	4,5
Comune centro dell'area metropolitana	8,5	18,6	12,3	19,3	15,3	18,2	7,1
Periferia dell'area metropolitana	17,6	19,2	13,6	19,5	12,6	12,2	3,9
Fino a 2.000 abitanti	13,4	21,1	12,1	16,3	12,9	20,8	3,1
Da 2.001 a 10.000 abitanti	15,7	22,0	17,1	17,4	9,9	14,1	2,9
Da 10.001 a 50.000 abitanti	14,2	18,8	15,3	17,4	13,4	15,5	5,1
50.001 abitanti e più	12,3	19,0	14,7	16,9	13,5	16,5	6,5
Italia	13,6	19,7	14,7	17,9	12,8	15,7	5,0
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE							
Nord-ovest	19,7	26,7	21,1	17,6	8,0	4,5	1,6
Nord-est	19,3	28,4	23,3	15,9	6,5	4,5	1,6
Centro	23,2	26,7	20,1	15,9	7,3	4,8	1,4
Sud	33,0	27,9	16,5	11,6	4,8	3,7	1,2
Isole	29,9	27,2	16,0	14,1	6,5	4,2	1,5
Comune centro dell'area metropolitana	18,2	28,1	19,8	17,9	8,1	5,1	2,1
Periferia dell'area metropolitana	25,1	26,4	19,9	15,8	6,7	3,6	1,6
Fino a 2.000 abitanti	25,9	27,1	16,8	15,7	7,0	5,2	1,1
Da 2.001 a 10.000 abitanti	27,1	27,6	19,2	14,2	6,0	4,1	1,0
Da 10.001 a 50.000 abitanti	27,1	26,8	19,7	13,9	6,4	3,9	1,3
50.001 abitanti e più	22,2	28,0	20,8	15,1	6,6	4,8	1,9
Italia	24,6	27,4	19,6	15,1	6,7	4,3	1,5

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Conclusioni

Il quadro generale dell'inclusione sociale dei disabili presenta luci ed ombre.

Vi sono ambiti in cui la mancanza di autonomia costituisce un elemento di esclusione e marginalizzazione (alcune attività del tempo libero ad esempio). Soprattutto critica appare l'esistenza di un'area di totale esclusione che coinvolge una quota rilevante della popolazione disabile. Negli ambiti, invece, che prescindono da fattori fisici di impedimento e dall'età, i disabili partecipano come e, a volte, anche in misura maggiore che nel resto della popolazione. In particolare è il segmento giovanile che si manifesta particolarmente vivace in questi ambiti. Politica e associazionismo, ma anche le nuove tecnologie della comunicazione e dell'informazione si prospettano, quindi, almeno potenzialmente, come possibili strumenti di integrazione e di contrasto all'isolamento.



6. La vita quotidiana delle persone con disabilità: il rapporto con i servizi pubblici

Quali servizi usano i disabili¹, in quanti li usano e come li valutano rispetto ad alcune caratteristiche fondamentali, sono le principali dimensioni di analisi descritte in questo capitolo.

I servizi presi in considerazione sono quelli generalmente classificabili come servizi di sportello e i servizi di trasporto urbano ed extraurbano.

6.1 - I servizi di sportello: Aziende sanitarie locali, anagrafe e posta

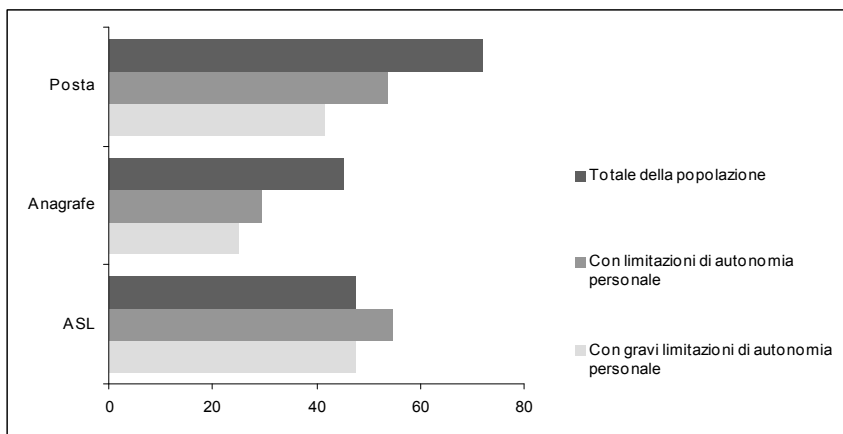
Le persone di 18 anni e più con riduzioni di autonomia generalmente usufruiscono di servizi quali anagrafe e posta meno diffusamente rispetto al totale della popolazione, mentre fanno eccezione le Aziende sanitarie locali.

Nella graduatoria dei servizi più utilizzati dalle persone di 18 anni e più con riduzione dell'autonomia personale le Aziende sanitarie locali, infatti, si trovano al primo posto, seguono poi la posta e infine l'anagrafe. Per quanto riguarda il complesso della popolazione la graduatoria dei servizi utilizzati è differente, infatti il servizio più diffusamente utilizzato tra quelli indicati è la posta, seguono poi le Aziende sanitarie locali e l'anagrafe (Figura 6.1).

Il capitolo è a cura di Sante Orsini e Valeria Greco, l'editing delle tabelle e dei grafici del capitolo è a cura di Claudio Coloprisca

¹ Cfr. nota 21 cap. 4 pag. 114.

Figura 6.1 - Persone di 18 anni e più per grado di autonomia e utilizzo dei servizi di sportello: Asl, anagrafe e posta - Anno 2006 (per 100 persone di 18 anni e più con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Rispetto alle Asl l'utilizzo del servizio è più diffuso tra le donne fino a 44 anni o fino a 64 anni se si includono anche le persone con una riduzione di autonomia saltuaria (Tavola 6.1).

A livello territoriale si evidenziano livelli di utilizzo più elevati nelle aree più invecchiate del Paese, come per il totale della popolazione (Tavola 6.2).

Passando all'utilizzo dei servizi postali, come nel complesso della popolazione, gli uomini con riduzione di autonomia utilizzano maggiormente la posta rispetto alle donne. La prevalenza maschile si riscontra a partire dai 45 anni e più, mentre nelle età precedenti (18-44 anni) si ha una forte prevalenza femminile nella popolazione con limitazioni, diversamente che nel complesso della popolazione dove le differenze sono decisamente più basse (Tavola 6.3).

Il ricorso alla posta avviene principalmente per il ritiro di pacchi, l'invio di raccomandate e vaglia e, in misura minore, per effettuare versamenti in c/c e il ritiro di pensioni. Distribuzione analoga a quella del complesso della popolazione.

Tavola 6.1 - Persone di 18 anni e più che hanno utilizzato le Aziende sanitarie locali negli ultimi 12 mesi, per grado di autonomia, classe di età e sesso - Anno 2006 (per 100 persone di 18 anni e più con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETA'	Maschi	Femmine	Totale
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA			
18-24	36,1	65,9	50,8
25-44	41,8	62,4	52,2
45-64	62,5	59,8	61,1
65-74	58,0	56,0	56,8
75 e più	40,3	38,6	39,1
Totale	50,1	48,2	48,9
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE			
18-24	31,5	73,0	54,2
25-44	46,1	61,9	54,1
45-64	62,3	66,9	64,8
65-74	62,5	61,1	61,7
75 e più	47,5	43,5	44,8
Totale	54,7	54,7	54,7
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE			
18-24	23,3	31,7	27,4
25-44	34,5	52,1	43,2
45-64	47,7	58,9	53,4
65-74	61,0	58,1	59,4
75 e più	53,0	44,8	47,9
Totale	42,4	52,3	47,5

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Tavola 6.2 - Persone di 18 anni e più che hanno utilizzato le Aziende sanitarie locali negli ultimi 12 mesi, per grado di autonomia, ripartizione geografica e tipo di comune - Anno 2006 (per 100 persone di 18 anni e più con le stesse caratteristiche)

	Con riduzione di autonomia elevata	Con riduzione di autonomia elevata o parziale	Complesso della popolazione
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE			
Nord-Ovest	54,6	58,5	49,6
Nord-Est	47,8	57,0	55,0
Centro	50,3	55,5	51,7
Sud	44,3	52,3	40,7
Isole	46,2	49,1	36,9
Italia	48,9	54,7	47,5
TIPOLOGIE DI COMUNI			
Comune centro dell'area metropolitana	50,1	57,6	47,6
Periferia dell'area metropolitana	50,0	55,2	48,5
Comuni fino a 2.000 abitanti	50,8	55,4	51,8
Comuni da 2.001 a 10.000 abitanti	49,0	52,5	48,8
Comuni da 10.001 a 50.000 abitanti	48,0	53,4	45,7
Comuni da 50.001 abitanti e più	47,4	55,5	46,3
Italia	48,9	54,7	47,5

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Tavola 6.3 - Persone di 18 anni e più che si sono recate all'ufficio postale negli ultimi 12 mesi, per grado di autonomia, classe di età e sesso - Anno 2006 (per 100 persone di 18 anni e più con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETA'	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA			
18-24	32,7	53,3	42,9
25-44	46,7	66,7	56,8
45-64	66,1	56,6	61,1
65-74	59,6	46,7	52,0
75 e più	38,0	18,5	24,7
Totale	51,0	35,5	41,5
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE			
18-24	38,7	72,8	57,4
25-44	55,2	73,3	64,4
45-64	71,8	66,0	68,6
65-74	68,6	59,2	62,9
75 e più	48,7	31,2	36,8
Totale	60,5	49,5	53,7
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE			
18-24	54,0	59,2	56,6
25-44	71,1	79,1	75,1
45-64	78,4	75,8	77,1
65-74	82,2	68,7	74,9
75 e più	69,3	47,1	55,4
Totale	73,0	70,9	71,9

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Tavola 6.4 - Persone di 18 anni e più che si sono recate all'ufficio postale negli ultimi 12 mesi, per grado di autonomia, ripartizione geografica e tipo di comune - Anno 2006 (per 100 persone di 18 anni e più con le stesse caratteristiche)

	Con riduzione di autonomia elevata	Con riduzione di autonomia elevata o parziale	Complesso della popolazione
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE			
Nord-ovest	41,5	53,0	71,9
Nord-est	38,8	52,2	74,8
Centro	43,4	54,4	73,8
Sud	40,9	54,4	70,3
Isole	42,6	54,6	67,2
Italia	41,5	53,7	71,9
TIPOLOGIE DI COMUNI			
Comune centro dell'area metropolitana	40,9	54,6	69,5
Periferia dell'area metropolitana	48,6	59,4	73,0
Comuni fino a 2.000 abitanti	40,5	55,6	77,7
Comuni da 2.001 a 10.000 abitanti	40,4	54,1	75,3
Comuni da 10.001 a 50.000 abitanti	43,0	52,8	69,7
Comuni da 50.001 abitanti e più	36,5	49,4	69,5
Italia	41,5	53,7	71,9

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Tavola 6.5 - Persone di 18 anni e più che hanno utilizzato l'anagrafe negli ultimi 12 mesi, per grado di autonomia, classe di età e sesso - Anno 2006 (per 100 persone di 18 anni e più con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETA'	Maschi	Femmine	Totale
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA			
18-24	24,4	25,0	24,7
25-44	33,0	50,4	41,8
45-64	40,7	39,0	39,8
65-74	31,1	28,5	29,6
75 e più	18,2	10,2	12,7
Totale	28,7	22,5	24,9
CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA ELEVATA O PARZIALE			
18-24	21,0	34,0	28,1
25-44	37,0	56,1	46,7
45-64	42,3	38,7	40,3
65-74	35,9	29,0	31,7
75 e più	23,5	14,1	17,1
Totale	33,4	26,8	29,4
COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE			
18-24	36,0	37,0	36,5
25-44	51,4	56,1	53,8
45-64	51,4	46,3	48,8
65-74	43,0	31,1	36,5
75 e più	29,9	18,9	23,0
Totale	47,1	43,4	45,2

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Il maggiore utilizzo dell'anagrafe per le persone con limitazioni si riscontra nel Sud e nei comuni fino a 10 mila abitanti, come per il complesso della popolazione, mentre per le persone con gravi limitazioni si riscontra nel Nord-ovest (Tavola 6.6).

Tavola 6.6 - Persone di 18 anni e più che hanno utilizzato l'anagrafe negli ultimi 12 mesi, per grado di autonomia, ripartizione geografica e tipo di comune - Anno 2006 (per 100 persone di 18 anni e più con le stesse caratteristiche)

	Con riduzione di autonomia elevata	Con riduzione di autonomia elevata o parziale	Complesso della popolazione
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE			
Nord-ovest	28,9	30,8	46,2
Nord-est	19,2	26,9	45,9
Centro	24,3	25,3	41,1
Sud	25,6	32,0	47,4
Isole	24,7	31,1	44,3
Italia	24,9	29,4	45,2
TIPOLOGIE DI COMUNI			
Comune centro dell'area metropolitana	18,4	24,8	39,2
Periferia dell'area metropolitana	28,9	32,5	48
Comuni fino a 2.000 abitanti	29,8	36,9	51,1
Comuni da 2.001 a 10.000 abitanti	30,9	33,5	50,8
Comuni da 10.001 a 50.000 abitanti	26,6	30,9	44,6
Comuni da 50.001 abitanti e più	16,8	22,5	39,2
Italia	24,9	29,4	45,2

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

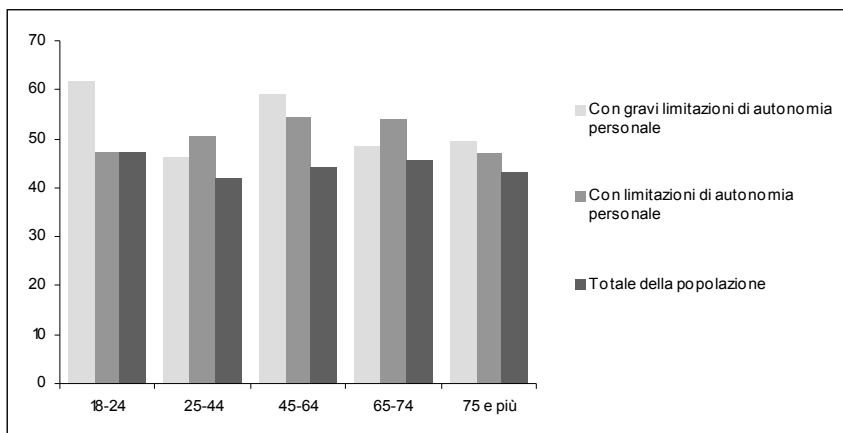
Gli utenti con riduzione di autonomia, inoltre, dichiarano, per tutti i servizi considerati, file di attesa agli sportelli più lunghe rispetto alla media della popolazione.

Il maggiore disagio si riscontra per l'utilizzo delle Aziende sanitarie locali, che è anche il servizio più utilizzato. In questo caso le file di attesa superiori a 20 minuti riguardano il 51,4 per cento degli utenti con riduzione di autonomia (51,6 per cento di quelli con gravi limitazioni).

È soprattutto nella fascia di età 45-64 anni, che si evidenzia un forte differenziale rispetto alla popolazione totale. Infatti, in questa fascia di età, lamentano file superiori ai 20 minuti il 54,4 per cento degli utenti con limitazioni e il 59,2 per cento degli utenti con gravi limitazioni, rispetto al 44,2 per cento del complesso della popolazione. Mentre nelle età più basse i differenziali sono più ridotti, con l'eccezione dei giovani di 18-24 anni con forti riduzione di autonomia che lamentano lunghe file di attesa alle Asl in misura maggiore (Figura 6.2).

In ogni caso, l'età, si conferma un fattore fortemente influente perché la riduzione di autonomia determini una situazione di disagio rispetto all'utilizzo di questo servizio.

Figura 6.2 - Persone di 18 anni e più per grado di autonomia e durata della fila allo sportello superiore a 20 minuti delle Aziende sanitarie locali - Anno 2006 (per 100 persone di 18 anni e più con le stesse caratteristiche)

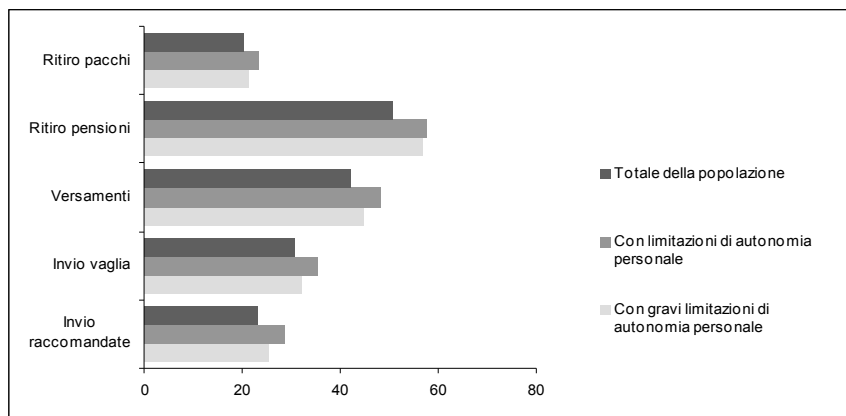


Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

A livello territoriale, questi disagi sono maggiormente diffusi tra i residenti nel Sud e nelle Isole e nei comuni centro dell'area metropolitana, in maniera analoga a quanto avviene se si considera il complesso della popolazione. Tuttavia, per la popolazione con limitazione di autonomia il disagio sembra più profondo essendo più elevate le differenze rispetto alla popolazione totale.

Stessa problematica si riscontra nell'utilizzo del servizio postale; gli utenti con riduzione di autonomia riscontrano il maggior disagio per le file di attesa superiori a 20 minuti per il ritiro delle pensioni, seguito poi dai versamenti, dall'invio di vaglia, dall'invio di raccomandate e dal ritiro di pacchi (Figura 6.3). In particolare per il ritiro delle pensioni, gli utenti con riduzione di autonomia tra i 45 e i 74 anni dichiarano maggiormente il loro disagio rispetto alla popolazione totale della stessa fascia di età.

Figura 6.3 - Persone di 18 anni e più per grado di autonomia e durata della fila allo sportello superiore a 20 minuti all'ufficio postale - Anno 2006 (per 100 persone di 18 anni e più con le stesse caratteristiche)



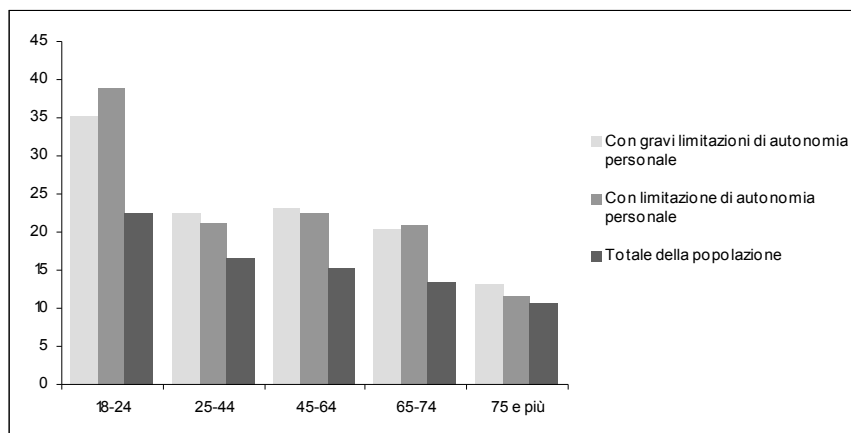
Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

A livello territoriale gli utenti con riduzioni di autonomia che risiedono nel Sud e nelle Isole lamentano file di attese più lunghe per il ritiro delle pensioni, rispetto alla popolazione totale.

Anche per gli utenti dell'anagrafe con riduzione di autonomia la situazione è analoga: le file di attesa superiori ai 20 minuti sono pari al 19,5 per cento per gli utenti con limitazioni di autonomia e al 20,1 per cento per gli utenti con gravi limitazioni. È in particolare per la fascia di età 45-74 anni che si riscontrano le maggiori differenze rispetto alla popolazione totale. Situazioni di forte disagio sono presenti tra i giovani di 18-24 anni, soprattutto se con limitazioni di autonomia (Figura 6.4).

A livello territoriale sono coloro che risiedono nel Centro e nelle Isole e nei comuni centro dell'area metropolitana che lamentano i maggiori disagi.

Figura 6.4 - Persone di 18 anni e più per grado di autonomia e durata della fila allo sportello superiore a 20 minuti all'anagrafe - Anno 2006
(per 100 persone di 18 anni e più con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Sembrirebbe quindi che in relazione all'utilizzo dei servizi le persone con riduzione di autonomia abbiano un utilizzo minore rispetto al totale della popolazione, ma una volta che utilizzano il servizio lamentano il disagio di file di attesa più lunghe. L'unico servizio che è maggiormente utilizzato da questa categoria di utenti è l'Azienda sanitaria locale, ma anche in questo caso le file di attesa superiori ai 20 minuti creano i maggiori disagi.

Considerando che, quest'ultimo, è chiaramente un servizio cruciale per persone con limitazioni di autonomia personale determinate da problemi di salute o di invalidità, le indicazioni di disagio assumono particolare rilevanza.

6.2 - I servizi di trasporto: mezzi pubblici urbani (autobus, filobus e tram), pullman e treno

Un presupposto per un'efficace azione di integrazione e sviluppo in ogni settore dell'attività umana e della vita sociale delle persone con riduzione di autonomia dovrebbe essere il diritto ad una mobilità più agevole nel territorio potendo disporre di una pluralità di alternative.

Appare evidente però come le persone con riduzione di autonomia

utilizzano i servizi di trasporto in misura costantemente inferiore al resto della popolazione.

Nella graduatoria dei servizi di trasporto utilizzati dalle persone di 14 anni e più con riduzione di autonomia, al primo posto ci sono i mezzi pubblici urbani (autobus, filobus e tram), seguiti poi dal treno e dal pullman.

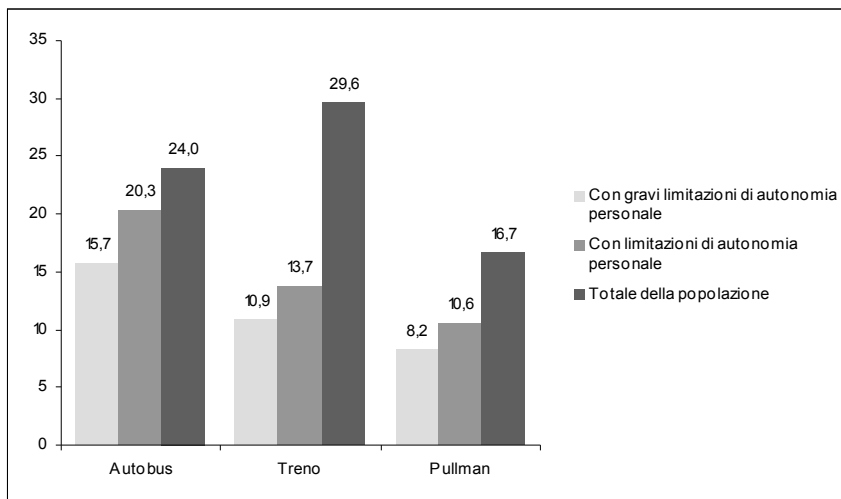
Utilizzano i servizi di trasporto più gli uomini che le donne, fatta eccezione per i mezzi pubblici urbani dove c'è una leggera prevalenza femminile.

Distinguendo l'utilizzo dei servizi rispetto al grado di autonomia delle persone, il 20,3 per cento degli utenti con limitazioni utilizzano i mezzi pubblici urbani, il 13,7 per cento il treno e il 10,6 per cento il pullman; le quote diminuiscono per le persone con gravi limitazioni: il 15,7 per cento utilizza i mezzi pubblici urbani, il 10,9 per cento il treno e l'8,2 per cento il pullman.

La situazione è differente per il complesso della popolazione che utilizza principalmente il treno, poi i mezzi pubblici urbani ed infine il pullman.

Il treno in particolare, sembra essere il mezzo utilizzato con più difficoltà dalla popolazione disabile: le differenze di utilizzo rispetto alla popolazione complessiva sono in questo caso particolarmente rilevanti e crescenti al diminuire del grado di autonomia personale (Figura 6.5).

Figura 6.5 - Persone di 14 anni e più per grado di autonomia e utilizzo dei servizi di trasporto: mezzi pubblici urbani (autobus, filobus, tram), pullman, treno - Anno 2006 (per 100 persone di 14 anni e più con le stesse caratteristiche)

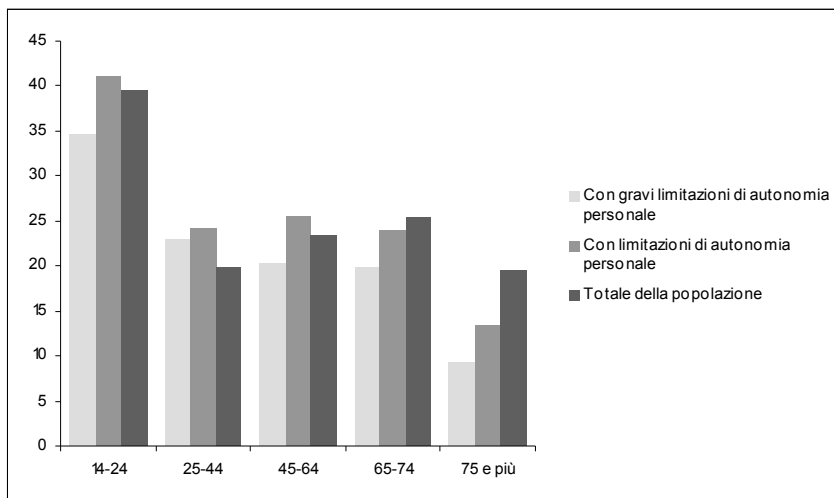


Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Rispetto all'età, treno e pullman sono utilizzati soprattutto dai più giovani, indipendentemente dal grado di autonomia personale posseduto e il loro utilizzo è decrescente con l'età. Va comunque rilevato che i differenziali nei tassi di utilizzo a sfavore della popolazione disabile sono presenti in tutte le fasce di età.

L'utilizzo dei mezzi pubblici urbani è elevato nelle fasce di età giovanili (14-24 anni), decresce tra i 25-44 anni, per poi ricrescere alle età successive fino ai 74 anni e poi diminuire di nuovo tra i molto anziani. Questo andamento è riscontrabile anche nella popolazione con limitazioni anche non gravi, mentre in quella con limitazioni gravi vi è un utilizzo strettamente decrescente con l'età (Figura 6.6).

Figura 6.6 - Persone di 14 anni e più per grado di autonomia, utilizzo dei mezzi pubblici urbani (autobus, filobus, tram) e classe di età - Anno 2006 (per 100 persone di 14 anni e più con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Inoltre, gli utenti con riduzione di autonomia dichiarano un utilizzo prevalentemente occasionale dei servizi di trasporto pubblico non urbano. Infatti tra coloro che ne dichiarano l'utilizzo almeno qualche volta l'anno, solo un quinto in realtà se ne avvale almeno qualche volta alla settimana nel caso dei pullman e poco più del 5 per cento in quello del treno.

Diverso il discorso per il trasporto pubblico urbano. In questo caso, infatti, gli utenti non occasionali tra coloro che hanno una qualche limitazione dell'autonomia personale sono circa il 45 per cento, una quota non dissimile da quella del complesso della popolazione.

Analizzando la soddisfazione relativa ai diversi aspetti del servizio per i mezzi pubblici urbani, sia gli utenti con limitazioni che quelli con gravi limitazioni, si ritengono molto e abbastanza soddisfatti principalmente per la velocità delle corse, per la comodità degli orari, per la possibilità di collegamento tra zone del comune, per la possibilità di trovare posto a sedere, per la frequenza delle corse, per la pulizia delle vetture e per la puntualità; negli ultimi posti della graduatoria delle soddisfazioni troviamo il costo del biglietto e la comodità di attesa alle fermate.

Rispetto alla popolazione totale è evidente come gli utenti con riduzione di autonomia siano più soddisfatti per la possibilità di trovare posto a sedere, infatti questo aspetto della qualità del servizio si trova soltanto al sesto posto nella graduatoria della popolazione totale (46,5 per cento di utenti soddisfatti), mentre è al quarto posto per gli utenti con riduzione di autonomia (il 47,5 per cento per gli utenti con limitazioni e il 49,7 per cento per quelli con gravi limitazioni). Sostanzialmente aspetti come la frequenza delle corse o la puntualità sono ritenuti soddisfacenti in misura minore che nel complesso della popolazione. La comodità di attesa alle fermate è invece valutata più criticamente sia dai disabili sia dal complesso della popolazione (Tavola 6.7).

Tavola 6.7 - Persone di 14 anni e più per grado di autonomia e di soddisfazione relativo ai diversi aspetti dei mezzi pubblici urbani (autobus, filobus, tram) - Anno 2006 (per 100 persone di 14 anni e più con le stesse caratteristiche)

GRADO DI SODDISFAZIONE	Con riduzione di autonomia elevata	Con riduzione di autonomia elevata o parziale	Complesso della popolazione
Frequenza corse	46,7	46,6	51,9
Puntualità	40,2	42,5	46,7
Possibilità di trovare posto a sedere	49,7	47,5	46,5
Velocità della corsa	59,3	60,2	59,2
Pulizia delle vetture	42,8	43,3	41,7
Comodità dell'attesa alle fermate	32,8	32,0	33,8
Possibilità collegamento tra zone del comune	47,2	50,8	54,3
Comodità degli orari	50,9	51,3	52,1
Costo del biglietto	36,4	39,1	36,6

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Per quanto riguarda pullman e corriere, nella graduatoria della soddisfazione per i vari aspetti del servizio, gli utenti con riduzione di autonomia mettono ai primi posti la velocità della corsa e la possibilità di trovare posto a sedere. Per questi aspetti la quota di utenti soddisfatti è maggiore che per la popolazione complessiva: si dichiarano, infatti, soddisfatti nel 70,1 per cento dei casi per la velocità delle corse e nel 68,1 per cento della possibilità di trovare un posto a sedere (Tavola 6.8).

Tavola 6.8 - Persone di 14 anni e più per grado di autonomia e di soddisfazione relativo ai diversi aspetti del pullman - Anno 2006 (per 100 persone di 14 anni e più con le stesse caratteristiche)

GRADO DI SODDISFAZIONE	Con riduzione di autonomia elevata	Con riduzione di autonomia elevata o parziale	Complesso della popolazione
Frequenza corse	59,0	56,8	57,9
Puntualità	64,7	64,3	64,2
Possibilità di trovare posto a sedere	74,9	71,8	68,1
Velocità della corsa	75,6	75,1	70,1
Pulizia delle vetture	56,0	51,9	49,5
Comodità dell'attesa alle fermate	43,7	43,0	37,1
Possibilità collegamento tra zone del comune	51,6	53,9	55,5
Comodità degli orari	56,3	58,2	52,8
Costo del biglietto	45,1	46,4	38,1
Informazioni sul servizio	53,8	49,7	47,9

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Rispetto all'utilizzo del treno i giudizi della popolazione disabile per i vari aspetti del servizio non sono dissimili da quelli del complesso della popolazione. La maggior parte degli utenti con limitazioni di autonomia che utilizzano il treno, infatti, sono soddisfatti soprattutto per la frequenza delle corse e per la possibilità di trovare posti a sedere.

Gli utenti con gravi limitazioni di autonomia pur ponendo al primo posto della graduatoria delle soddisfazioni la frequenza delle corse, sono meno soddisfatti della possibilità di trovare posto a sedere rispetto agli utenti con limitazioni meno gravi, preferendo la puntualità (Tavola 6.9).

Tavola 6.9 - Persone di 14 anni e più per grado di autonomia e di soddisfazione relativo ai diversi aspetti del treno - Anno 2006
(per 100 persone di 14 anni e più con le stesse caratteristiche)

GRADO DI SODDISFAZIONE	Con riduzione di autonomia elevata	Con riduzione di autonomia elevata o parziale	Complesso della popolazione
Frequenza corse	64,3	61,6	58,4
Puntualità	45,6	41,9	37,7
Possibilità di trovare posto a sedere	54,7	59,5	57,0
Pulizia delle vetture	32,6	26,5	20,7
Comodità degli orari	56,5	53,4	53,5
Costo del biglietto	30,7	32,5	31,7
Informazioni sul servizio	47,6	45,7	47,8

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Sostanzialmente a livello territoriale il tasso di utilizzo dei servizi di trasporto urbano da parte della popolazione disabile si distribuisce in maniera analoga a quello del complesso della popolazione. Le quote più elevate di utenti si hanno, infatti, nel Centro-nord e nei comuni centro dell'area metropolitana (Tavola 6.10).

Relativamente all'utilizzo del pullman le quote maggiori di utenti per il complesso della popolazione sono tra i residenti nel Nord-ovest, nel Sud e nei comuni periferia dei centri di grande urbanizzazione. Per quanto riguarda la popolazione con limitazioni di autonomia, le quote più elevate si hanno sempre nel Nord-ovest, nelle Isole e nei comuni periferia dei centri di grande urbanizzazione, mentre in quella con forti limitazioni i tassi di utilizzo maggiori si hanno nel Nord (Nord-ovest, 11,3 per cento e Nord-est, 7,8 per cento) e nei comuni periferia delle aree metropolitane (17,1 per cento) (Tavola 6.11).

Tavola 6.10 - Persone di 14 anni e più che utilizzano i mezzi pubblici urbani (autobus, filobus, tram) per grado di autonomia, ripartizione geografica e tipo di comune - Anno 2006 (per 100 persone di 14 anni e più' con le stesse caratteristiche)

	Con riduzione di autonomia elevata	Con riduzione di autonomia elevata o parziale	Complesso della popolazione
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE			
Nord-ovest	21,3	24,5	27,6
Nord-est	15,9	22,3	23,9
Centro	20,3	25,7	31,1
Sud	8,8	15,4	17,3
Isole	9,9	12,7	17,6
Italia	15,7	20,3	24,0
TIPOLOGIE DI COMUNI			
Comune centro dell'area metropolitana	36,8	48,7	65,0
Periferia dell'area metropolitana	16,0	19,5	21,2
Comuni fino a 2.000 abitanti	2,7	2,9	7,7
Comuni da 2.001 a 10.000 abitanti	5,4	6,1	8,5
Comuni da 10.001 a 50.000 abitanti	9,8	10,3	12,8
Comuni da 50.001 abitanti e più	19,6	28,8	34,6
Italia	15,7	20,3	24,0

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

L'uso del treno nel complesso della popolazione è più diffuso nel Centro-Nord, come tra la popolazione con almeno qualche limitazione di autonomia personale. Mentre tra chi ha limitazioni gravi è più elevato nel Nord-ovest e nelle altre ripartizioni è su livelli simili.

Rispetto alle varie dimensioni della soddisfazione, le quote maggiori di utenti soddisfatti si riscontrano nella ripartizione Nord-orientale per i servizi di trasporto urbano e per i pullman. Per i primi va rilevato come, nei grandi centri, si riscontrino quote di utenti soddisfatti più basse che in altri contesti territoriali sia per il complesso della popolazione sia per la popolazione disabile.

La soddisfazione per il servizio del treno, così come già visto per il suo utilizzo, è distribuita sul territorio nella popolazione disabile in maniera differente rispetto al complesso della popolazione. In quest'ultima infatti le quote di utenti soddisfatti sono generalmente più elevate nel Centro e nel Nord-est, mentre nella popolazione disabile la situazione è più articolata e le differenze territoriali sono meno pronunciate.

Tavola 6.11 - Persone di 14 anni e più che utilizzano il pullman per grado di autonomia, ripartizione geografica e tipo di comune - Anno 2006
(per 100 persone di 14 anni e più con le stesse caratteristiche)

	Con riduzione di autonomia elevata	Con riduzione di autonomia elevata o parziale	Complesso della popolazione
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE			
Nord-ovest	11,3	12,1	17,2
Nord-est	7,8	10,4	16,0
Centro	6,4	9,6	14,6
Sud	7,5	10,0	18,3
Isole	7,4	11,1	16,5
Italia	8,2	10,6	16,7
TIPOLOGIE DI COMUNI			
Comune centro dell'area metropolitana	1,1	6,6	10,3
Periferia dell'area metropolitana	17,1	21,2	25,1
Comuni fino a 2.000 abitanti	10,4	12,9	22,3
Comuni da 2.001 a 10.000 abitanti	11,2	12,3	20,2
Comuni da 10.001 a 50.000 abitanti	8,8	10,5	16,3
Comuni da 50.001 abitanti e più	2,8	4,8	9,7
Italia	8,2	10,6	16,7

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006

Conclusioni

Dai dati emerge che dal punto di vista dell'utilizzo di servizi rilevanti nell'ambito della vita quotidiana, la condizione di limitazione di autonomia genera dei problemi.

Una misura della limitazione della possibilità di espletamento di alcune normali attività della vita quotidiana è fornita dal grado di utilizzo di alcuni servizi presenti sul territorio, come i servizi di sportello e quelli di trasporto.

Appare evidente come le persone con riduzione di autonomia abbiano una frequenza di utilizzo dei servizi considerati minore rispetto al totale della popolazione (fatta eccezione per le aziende sanitarie locali) e che il disagio maggiore si riscontra, per quanto riguarda i servizi di sportello, per le lunghe file di attesa.

Tra i servizi di trasporto, invece, il treno sembra essere il mezzo utilizzato con più difficoltà dalla popolazione disabile.

Relativamente al grado di soddisfazione dei servizi di trasporto, gli utenti con riduzione di autonomia sono soddisfatti maggiormente della

possibilità di trovare posto a sedere: all'aumentare del grado di limitazione aumenta il grado di soddisfazione per questo aspetto del servizio. D'altronde la possibilità di trovare posto a sedere per gli utenti con riduzione di autonomia dovrebbe essere facilitata dall'assegnazione di posti riservati proprio per questo tipo di categoria. Nel caso del trasporto urbano, questa ultima considerazione, porta a valutare comunque criticamente il fatto che, pur se più elevata che nel complesso della popolazione, la quota di utenti soddisfatti sia inferiore al 50 per cento.

È opportuno, quindi, evidenziare la necessità di garantire e promuovere azioni ed interventi che favoriscano l'instaurarsi di condizioni di pari opportunità in modo tale da rimuovere gli ostacoli che aggravano la condizione delle persone con riduzione di autonomia nella fruizione dei servizi di pubblica utilità.



7. Le reti di aiuto delle famiglie con persone con disabilità

L'esistenza di legami intergenerazionali forti viene spesso considerata una peculiarità del nostro Paese, soprattutto nel confronto con altri contesti sviluppati (Reher 1998). Tali legami si esplicano non soltanto in una maggiore frequenza dei contatti personali e telefonici tra le persone e le famiglie, ma si concretizzano anche in un maggiore numero di aiuti prestati e ricevuti in tutte le fasi del ciclo di vita per soddisfare i diversi bisogni che via via si presentano, quali l'esigenza di assistere bambini o anziani, fare compagnia, accompagnare o dare ospitalità, espletare pratiche burocratiche o svolgere attività domestiche, dare un sostegno economico, effettuare prestazioni sanitarie, aiutare nello studio o nel lavoro. Il rilievo che le reti di aiuto informale rivestono in Italia è tale che il modello di welfare italiano continua a basarsi sulla disponibilità della famiglia, e, in particolare, sul ruolo delle donne, per il sostegno prestato in ambito familiare ai soggetti vulnerabili (persone con disabilità, anziani, bambini) (Esping-Andersen 1990).

In presenza di un debole sistema di supporto di natura pubblica, la solidarietà manifestata dalla rete sociale e in special modo della rete di parentela costituisce la fonte primaria di sostegno alle famiglie, soprattutto in risposta alle criticità dei soggetti più fragili (anziani, disoccupati, disabili, bambini). Il bisogno di sostegno espresso dalle famiglie risente dei cambiamenti di carattere demografico, sanitario,

sociale ed economico osservati nella popolazione nel suo complesso. Infatti il sistema degli aiuti informali deve fare i conti con la rapidità dei mutamenti in atto che vedono, da un lato, l'allungamento della vita media e, dall'altro, la crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro, modificare i rapporti di genere e tra le generazioni.

L'analisi del capitolo è condotta seguendo un approccio di tipo familiare, con lo scopo di studiare i cambiamenti nella rete di assistenza delle famiglie con disabili, l'organizzazione interna di tale rete, la dimensione e la direzione dei flussi di aiuto secondo le sue tre componenti (informale o gratuita, privata o a pagamento e pubblica).

La presenza della disabilità degli individui viene in questo contesto intesa come presenza di una malattia cronica o di una invalidità permanente che riduce l'autonomia personale fino a richiedere l'aiuto di altre persone per le esigenze della vita quotidiana in casa o fuori casa. In particolare vengono prese in esame le famiglie al cui interno è presente almeno un componente con limitazioni gravi della propria autonomia, cioè tali da richiedere l'aiuto di altre persone in modo continuo o per esigenze importanti. Per questo verranno prese in esame le varie fonti di aiuto a cui potenzialmente ricorrono le famiglie con almeno un disabile e cioè gli aiuti informali che vengono prestati gratuitamente da altre persone non coabitanti, gli aiuti privati o a pagamento e gli aiuti provenienti dal settore pubblico (istituzioni quali le Asl, i Comuni, le cooperative convenzionate).

La fonte utilizzata è l'indagine multiscopo su "Famiglia e soggetti sociali", per gli anni 1998 e 2003, che permette di documentare non solo i cambiamenti in atto nella struttura delle famiglie ma anche quelli relativi alle reti di solidarietà che si instaurano tra individui e famiglie. Dopo un rapido esame dei principali cambiamenti temporali riguardanti la graduatoria degli aiuti ricevuti nel quinquennio 1998-2003 presentato nel paragrafo seguente, verranno analizzate più nel dettaglio le caratteristiche salienti di ciascuna delle tre fonti di aiuto ricevuto dalle famiglie (paragrafo 7.2). Il quarto paragrafo fa poi riferimento alla presenza multipla di aiuti alle famiglie e, infine, l'ultimo paragrafo verrà rivolto a considerazioni finali e conclusioni. L'analisi tiene conto delle eventuali differenze osservate sul territorio.

7.1 - Il quadro d'insieme

Da analisi condotte in precedenza emerge che, nell'arco di vent'anni, si riduce la quota di famiglie che, complessivamente, nel nostro Paese, ricevono aiuti informali, passando dal 23,3 per cento del 1983¹ al 16,7 per cento del 2003, pur con una ripresa di 2 punti percentuali negli ultimi cinque anni (nel 1998 era il 14,8 per cento, dati Istat 2005, 2006). Anche se non si dispone di informazioni di lungo periodo sulle famiglie con disabili che ricevono aiuti, ma solo relativamente al quinquennio 1998-2003, è comunque plausibile immaginare che anch'esse siano state investite da importanti modificazioni dei flussi di solidarietà.² Le varie tipologie familiari si sono avvalse in misura differente della rete di aiuti informali. La riduzione della quota di famiglie aiutate ha comportato anche una riorganizzazione del sistema di supporto informale. Tale ristrutturazione ha favorito, infatti, maggiormente le famiglie con persone affette da gravi limitazioni della propria autonomia (che nel 2003 ricevono aiuti informali nel 34,2 per cento dei casi, rispetto al 30,6 per cento del 1998), e quelle con bambini al di sotto dei 14 anni con madre occupata (la cui quota di destinatarie di aiuti è passata in venti anni dal 30,9 per cento del 1983 al 33,0 per cento del 2003), mentre, per tutte le altre tipologie di famiglie si osserva una contrazione del supporto gratuito proveniente dall'esterno delle mura domestiche. Sia le famiglie con disabili che quelle con bambini e madre che lavora si mantengono ai vertici della graduatoria delle famiglie più aiutate nel quinquennio 1998-2003, a detrimento delle altre.³

La crescita degli aiuti informali destinati alle famiglie con almeno un disabile ha riguardato ogni area del Paese ad eccezione delle Isole, che pur ricevendo un vasto sostegno nel 1998 (37,9 per cento), hanno subito un decremento tale da attestarsi su valori minimi nel 2003 (30,2 per cento) (Figura 7.1). Il supporto della rete informale supera invece il

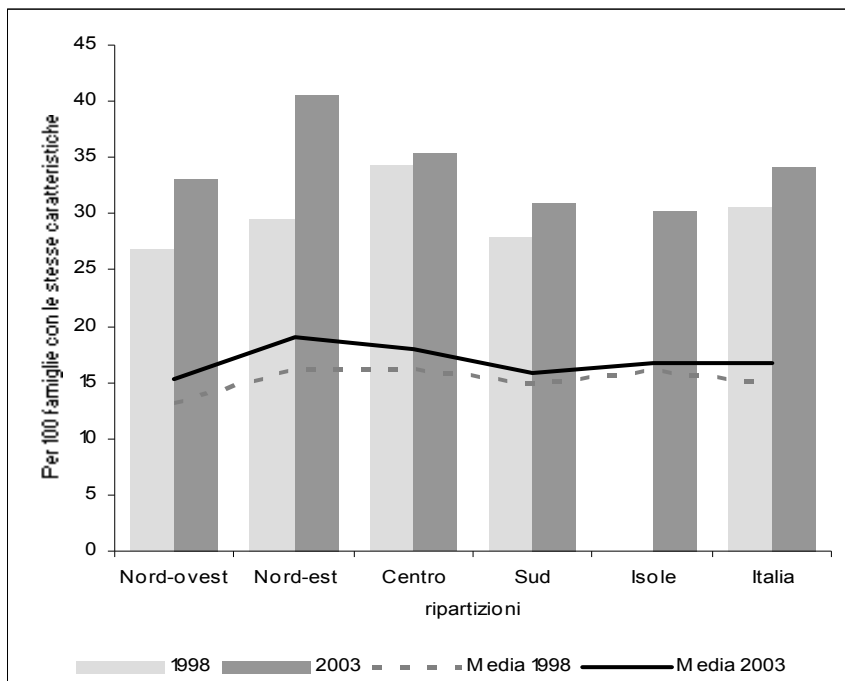
¹ Ci riferiamo all'indagine sulle "Strutture e i comportamenti familiari" condotta dall'Istat nel 1983.

² Come visto nel capitolo 1 le persone disabili sono per lo più anziane. L'espansione delle famiglie con almeno un anziano, che rappresenta una delle conseguenze dell'invecchiamento della popolazione, ha registrato un aumento nel corso degli ultimi vent'anni (dal 24,5 per cento al 35 per cento). Se, come plausibile, tale scenario proseguirà anche nei prossimi anni, esso comporterà un potenziale aumento delle famiglie con disabili.

³ Tra le altre tipologie familiari che percepiscono una quota decrescente di aiuti informali si ricordano le famiglie di genitori soli con figli al di sotto dei 14 anni, le famiglie con capofamiglia disoccupato o in condizione diversa da occupato, le famiglie con persone ultrasessantacinquenni, le famiglie con capofamiglia casalinga (Istat, 2004, p. 287).

40 per cento nel Nord-est, dove le famiglie con un disabile risultano al primo posto della graduatoria delle famiglie più aiutate.

Figura 7.1 - Percentuale di famiglie con almeno un individuo con gravi problemi di autonomia che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto almeno un aiuto gratuito da persone non coabitanti per ripartizione geografica - Anni 1998 e 2003 (per 100 famiglie con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Famiglia e soggetti sociali

La mappa di solidarietà che si attiva tra le famiglie si diversifica a livello territoriale anche in considerazione della presenza delle tipologie familiari che necessitano di aiuto nelle varie aree del Paese.

Tra il 1998 e il 2003 il peso delle famiglie con disabili rimane abbastanza costante, ma quello delle famiglie con altre caratteristiche, potenzialmente concorrenti delle prime, mostra segni più marcati di cambiamento. Infatti, come conseguenza dei diversi livelli di partecipazione femminile al mercato del lavoro, cresce la presenza delle famiglie con madre occupata e figlio al di sotto dei 14 anni nel Nord-est del Paese e si riduce nel Mezzogiorno.

Così, se le famiglie con almeno un disabile sono le più aiutate come media nazionale, esse sono le maggiori destinatarie di aiuti informali nel Nord-est del Paese, ma si collocano in seconda posizione in tutte le altre ripartizioni. Esse sono infatti superate, nel vertice della classifica delle più aiutate nel 2003, dalle famiglie con bambini al di sotto dei 14 anni e madre occupata al Centro (36,9 per cento contro 35,4 per cento) e nel Nord-ovest (34,9 per cento contro 33,1 per cento) e dalle famiglie con almeno un ultra-ottantenne nelle Isole (33,2 per cento contro 30,2 per cento) e nel Meridione (31,9 per cento contro 31 per cento).

Accanto alla rete di supporto informale, le famiglie con almeno un disabile usufruiscono anche degli aiuti provenienti dal settore privato (nel 2003 20,3 per cento) e da quello pubblico (21,7 per cento) in misura più che doppia rispetto a quello che ricevono il totale delle famiglie (7,8 e 4,4 per cento rispettivamente) (Tavola 8.1). Inoltre, nel quinquennio 1998-2003, per le famiglie con disabili è aumentato il ricorso ad entrambe queste tipologie di supporto (dal 15,9 per cento al 20,3 per cento per gli aiuti privati e dal 14,2 per cento al 21,7 per cento per gli aiuti pubblici) invece, per il totale delle famiglie in Italia, si è registrata una leggera flessione degli aiuti provenienti dal settore privato (dall'8,9 per cento al 7,8 per cento) e un lieve aumento di quelli forniti dal settore pubblico (dal 2,9 al 4,4 per cento).

Se si prescinde dalla provenienza dell'aiuto, risulta dunque che una famiglia su due tra quelle con almeno un individuo con gravi problemi di autonomia viene supportata (51,8 per cento) a qualunque titolo (informali da persone non coabitanti, privati o pubblici), contro una famiglia su quattro nella media nazionale (24,3 per cento). Ragguardevole anche l'incremento osservato nel quinquennio in esame (44,2 a 51,8 per cento) per questa tipologia familiare, a fronte di una sostanziale stabilità registrata per il totale delle famiglie. Le varie zone del Paese si avvantaggiano in misura differente del supporto esterno. È nel Nord-est e nel Centro che la maggior parte delle famiglie con almeno un disabile viene raggiunta da una qualche forma di aiuto: nel primo caso per il maggior ricorso all'aiuto informale (40,6 per cento), nel secondo per quello a pagamento (32,1 per cento). Ben il 57,3 per cento e il 53,7 per cento delle famiglie con almeno un disabile nelle Isole e nel Meridione non riceve, invece, alcun tipo di aiuto, configurando dunque una situazione di elevata problematicità e potenziale intervento.

Tavola 7.1 - Famiglie aiutate per tipologia familiare provenienza dell'aiuto e ripartizione geografica - Anni 1998 e 2003 (per 100 famiglie con le stesse caratteristiche)

TIPOLOGIA FAMILIARE		Provenienza dell'aiuto			Ricevono aiuto	Nessun aiuto	Totale
		Infor- male	Pri- vato	Pubb- lico			
NORD-OVEST							
Famiglie con almeno un individuo con gravi problemi di autonomia	1998	26,9	17,1	14,2	40,2	59,8	100,0
	2003	33,1	20,1	22,8	51,4	48,6	100,0
	1998	13,2	8,4	2,3	21,1	78,9	100,0
Totale famiglie	2003	15,3	7,4	3,6	22,3	77,7	100,0
NORD-EST							
Famiglie con almeno un individuo con gravi problemi di autonomia	1998	29,6	20,0	15,7	46,8	53,2	100,0
	2003	40,6	19,3	28,8	58,4	41,6	100,0
	1998	16,2	9,2	3,2	24,6	75,4	100,0
Totale famiglie	2003	19,1	8,5	5,3	27,3	72,7	100,0
CENTRO							
Famiglie con almeno un individuo con gravi problemi di autonomia	1998	34,3	19,1	15,1	49,0	51,0	100,0
	2003	35,4	32,1	26,5	58,1	41,9	100,0
	1998	16,1	10,5	3,0	25,3	74,7	100,0
Totale famiglie	2003	18,0	10,0	4,4	26,6	73,4	100,0
SUD							
Famiglie con almeno un individuo con gravi problemi di autonomia	1998	27,9	9,7	12,0	38,7	61,3	100,0
	2003	31,0	15,3	16,0	46,3	53,7	100,0
	1998	15,0	7,1	2,7	22,0	78,0	100,0
Totale famiglie	2003	15,8	6,2	4,5	22,7	77,3	100,0
ISOLE							
Famiglie con almeno un individuo con gravi problemi di autonomia	1998	37,9	13,1	14,5	48,8	51,2	100,0
	2003	30,2	13,6	12,3	42,7	57,3	100,0
	1998	16,0	10,6	3,8	25,7	74,3	100,0
Totale famiglie	2003	16,7	6,7	4,2	23,9	76,1	100,0
ITALIA							
Famiglie con almeno un individuo con gravi problemi di autonomia	1998	30,6	15,9	14,2	44,2	55,8	100,0
	2003	34,2	20,3	21,7	51,8	48,2	100,0
	1998	15,0	8,9	2,9	23,2	76,8	100,0
Totale famiglie	2003	16,8	7,8	4,4	24,3	75,7	100,0

Fonte: Istat, Famiglia e soggetti sociali

7.2 - Gli aiuti ricevuti

7.2.1 - La rete informale

Gli aiuti di tipo informale riescono a soddisfare un ventaglio molto ampio di esigenze che vanno dalle attività di cura in senso stretto (cioè l'assistenza di anziani e bambini), all'erogazione di un sostegno economico, alle occasioni di compagnia e accompagnamento, all'aiuto per svolgere attività domestiche, di lavoro e di studio, fino all'espletamento di pratiche burocratiche. In poco più della metà dei casi, le famiglie con disabili aiutate ricevono assistenza alla persona e, in poco meno della metà dei casi, assistenza per le attività domestiche. Per il 42,4 per cento dai casi si tratta di prestazioni sanitarie e nel 38,5 per cento di compagnia, accompagnamento e ospitalità (Tavola 7.2).

Tavola 7.2 - Famiglie che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto almeno un aiuto gratuito da persone non coabitanti per tipologia di aiuto, tipologia di famiglia e ripartizione geografica - Anno 2003 (per 100 famiglie che ricevono almeno un aiuto)

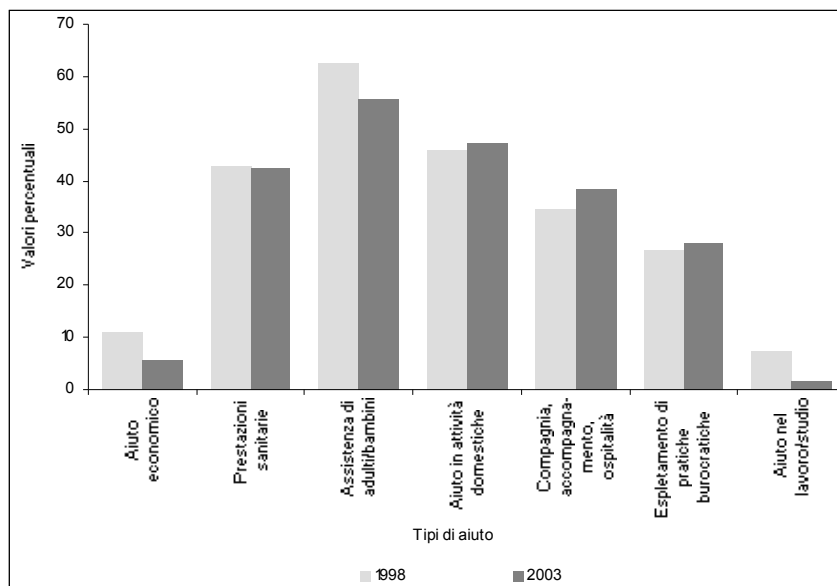
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Famiglie aiutate (a)	Tipo di aiuto						
		Aiuto economi- co	Presta- zio- ni sani- tarie	Assisten- za di adulti/ bambini	Aiuto in attività' dome- stiche	Compa- gnia, accom- pagna- mento, ospitalità	Espleta- mento di pratiche burocra- tiche	Aiuto nel lavo- ro/ studio
FAMIGLIE CON ALMENO UN INDIVIDUO CON GRAVI PROBLEMI DI AUTONOMIA								
Nord-ovest	33,1	3,5	41,1	67,0	44,7	41,4	34,8	0,0
Nord-est	40,6	7,2	41,6	56,3	49,8	33,7	20,3	4,2
Centro	35,4	4,6	36,2	54,3	44,4	34,3	23,6	1,8
Sud	31,0	5,4	51,5	58,4	53,5	45,5	36,0	1,6
Isole	30,2	9,4	40,4	33,3	38,5	37,8	25,9	0,0
Italia	34,2	5,8	42,4	55,7	47,2	38,5	28,1	1,8
TOTALE DELLE FAMIGLIE								
Nord-ovest	15,3	12,6	17,6	44,4	31,8	20,1	21,3	4,3
Nord-est	19,1	12,2	16,0	44,9	40,5	20,8	17,4	7,8
Centro	18,0	17,2	18,3	38,4	34,3	18,1	18,5	5,3
Sud	15,8	22,1	27,2	38,2	34,6	25,0	21,9	5,2
Isole	16,7	25,5	20,8	33,9	31,6	21,2	18,0	4,6
Italia	16,8	16,8	19,7	40,8	34,8	20,9	19,6	5,5

Fonte: Istat, Famiglia e soggetti sociali

(a) Per 100 famiglie

Nel corso del quinquennio 1998-2003 sono diminuiti gli aiuti ricevuti dalle famiglie con disabili per assistere anziani o bambini, come pure, anche se su livelli ben inferiori, gli aiuti economici e quelli per motivi di studio o lavoro (Figura 7.2). Stabili invece gli aiuti in prestazioni sanitarie, per lo svolgimento delle attività domestiche e l'espletamento di pratiche burocratiche. In aumento le attività di compagnia, accompagnamento e ospitalità. Le tipologie di aiuto di cui si avvalgono le famiglie con disabili non occupano però, nei diversi ambiti territoriali, un ugual peso tra le famiglie.

Figura 7.2 - Famiglie che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto almeno un aiuto gratuito da persone non coabitanti per tipo di aiuto ricevuto - Anni 1998 e 2003 (per 100 famiglie che ricevono almeno un aiuto)



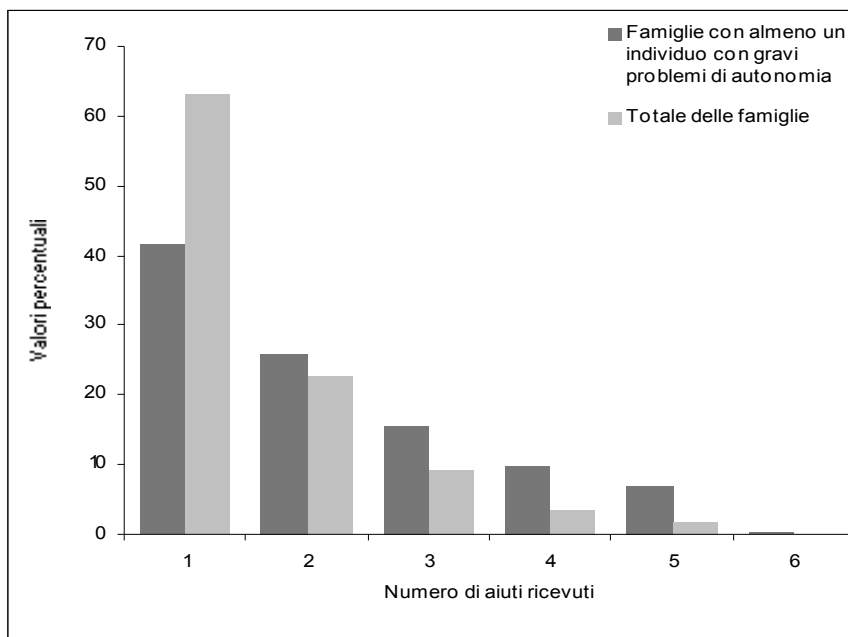
Fonte: Istat, Famiglia e soggetti sociali

L'assistenza alla persona, come pure l'aiuto per le attività domestiche e per la compagnia e accompagnamento, raggiungono la quota più alta tra le famiglie con disabili del Meridione. Livelli minimi di assistenza alla persona e di sostegno per le attività casalinghe si osservano nelle Isole, mentre nel Nord-est è minima l'attività di compagnia e accompagnamento e al Centro è minima la quota di famiglie con disabili

che ricorrono a prestazioni sanitarie di tipo gratuito.

Se inoltre si considera la possibilità di ricorrere ad una molteplicità di aiuti gratuiti si osserva che le famiglie con disabili sono in grado di attivare una rete di sostegno dalle maglie più fitte del resto delle famiglie (Figura 7.3). Mentre nel totale delle famiglie il sostegno si concentra, in due casi su tre, su un solo tipo di aiuto nell'arco di un mese, per le famiglie con disabili si assiste ad un'ampia diversificazione degli aiuti che in due terzi dei casi comporta il ricevimento di almeno due tipi di aiuto. Quindi il ventaglio degli aiuti a cui ricorrono le famiglie con disabili è ben più ampio di quello del resto delle famiglie.

Figura 7.3 - Famiglie nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto almeno un aiuto gratuito da persone non coabitanti per numero di aiuti ricevuti e tipologia familiare - Anno 2003 (per 100 famiglie che ricevono almeno un aiuto)



Fonte: Istat, Famiglia e soggetti sociali

Anche la frequenza con cui si ricorre agli aiuti informali è più elevata per le famiglie con disabili rispetto al totale delle famiglie, a sottolineare l'importanza della continuità degli aiuti di cui queste famiglie necessitano (Tavola 7.3). Sono in particolare le attività di assistenza, quelle legate allo svolgimento delle faccende domestiche, ma anche quelle più specialistiche, come le prestazioni sanitarie, ad essere svolte ripetutamente un maggior numero di volte nell'arco del mese.

Tavola 7.3 - Numero medio di aiuti ricevuti dalle famiglie che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto almeno un aiuto gratuito da persone non coabitanti per tipologia familiare e aiuto più importante - Anno 2003

AIUTO PIÙ IMPORTANTE	Famiglie con almeno un individuo con gravi problemi di autonomia	Totale delle famiglie
Aiuto economico	4,0	2,8
Prestazioni sanitarie	12,6	8,6
Assistenza di adulti	20,3	19,8
Assistenza di bambini	12,1	12,2
Aiuto in attività domestiche	13,9	10,6
Compagnia, accompagnamento, ospitalità	11,4	10,5
Espletamento di pratiche burocratiche	5,5	4,3
Aiuto nel lavoro extra-domestico	-	3,4
Aiuto nello studio	2,0	6,3

Fonte: Istat, Famiglia e soggetti sociali

7.2.2 - Il ricorso ai servizi a pagamento

Cadono in questa tipologia di aiuto le prestazioni di cui le famiglie si avvalgono per svolgere le attività domestiche e di assistenza ad anziani, bambini o disabili. L'entità del ricorso a tale tipologia di sostegno dipende evidentemente dalla disponibilità economica della famiglia.

Come già emerso nel paragrafo 8.2, pur riducendosi nell'ultimo quinquennio su tutto il territorio, gli aiuti a pagamento sono comunque un po' più alti nel Centro e nel Nord del Paese (dove dal 7 al 10 per cento delle famiglie usufruisce di servizi privati) rispetto al Mezzogiorno (intorno al 6 per cento delle famiglie). In controtendenza con quanto registrato per il totale delle famiglie, si sono accresciute nel quinquennio 1998-2003 quelle con disabili che ricorrono al sostegno erogato dal settore privato (dal 15,9 per cento al 20,3) (Tavola 7.1). Queste ultime au-

mentano soprattutto al Centro, dove raggiungono anche i livelli più alti: passano dal 19,1 per cento al 32,1 per cento le famiglie con disabili che usufruiscono dei servizi privati, rispetto alle Isole dove tale ricorso tocca il minimo, 13,6 per cento.

7.2.3 - Il sostegno degli aiuti dal settore pubblico

Una parte, seppur minoritaria, degli aiuti di cui si avvalgono le famiglie nel nostro Paese proviene dal settore pubblico o istituzionale, che raccoglie sia gli aiuti economici o i sussidi erogati dal Comune di appartenenza, da istituti di beneficenza o enti, sia le prestazioni sanitarie a domicilio da parte di Asl o cooperative convenzionate, che le prestazioni non sanitarie da parte del Comune o di cooperative convenzionate. Si tratta di una fonte di sostegno di entità molto modesta che riguarda in media meno del 5 per cento delle famiglie, e solo una famiglia su cinque quando c'è un disabile (Tavola 7.1). Va sottolineato che, rispetto al 1998, si è assistito ad una notevole crescita di questa componente di aiuto, e tale crescita è andata di pari passo con l'aumento degli aiuti registrati anche sul versante informale e a pagamento. Le differenze territoriali sono però vaste e non trascurabili. Sono soprattutto le famiglie con disabili residenti nel Nord-est che beneficiano di più del sostegno delle istituzioni (28,8 per cento), seguite da quelle del Centro Italia (26,5 per cento), mentre le quote minime si osservano nelle Isole (12,3 per cento) e nel Meridione (16 per cento). Proprio nelle Isole, in cui il supporto alle famiglie con disabili è già su livelli minimi, si è registrata anche un'ulteriore diminuzione nel quinquennio 1998-2003.

7.3 - Il mix degli aiuti

Come già osservato per le reti informali, anche considerando gli aiuti pubblici e privati le famiglie con almeno una persona affetta da grave disabilità si mantengono in prima posizione nella classifica delle famiglie beneficiarie, seguite da quelle con una persona molto anziana e solo successivamente da quelle con bambini sotto i 14 anni e madre occupata (Istat 2005).

Un elemento di riflessione meritano le famiglie che fanno fronte alle difficoltà del vivere quotidiano solo sulla base della rete informale. Si tratta del 17 per cento delle famiglie con disabili in Italia, ma ciò riguarda una famiglia su cinque nelle Isole (Tavola 7.4). Anche se non si dispone di ele-

menti utili per valutare in che misura ciò sia frutto di una scelta o sia piuttosto determinato dalla impossibilità di accedere a servizi a pagamento, per la loro onerosità sui bilanci familiari, o dall'assenza di quelli erogati dal settore pubblico, va comunque ricordato che, per le famiglie con disabili che risiedono in questa zona, il ricorso agli aiuti pubblici è minimo rispetto al resto del Paese. In media, nel nostro Paese, le famiglie ricorrono al mix degli aiuti in quota molto marginale, riguardando meno del 5 per cento delle famiglie. Riescono invece ad attivare più di un'unica fonte di sostegno le famiglie con disabili che risiedono al Centro (27,1 per cento) e nel Nord-est (25,5 per cento), zone queste in cui gli aiuti informali, ma anche quelli privati e pubblici sono maggiori che in altre parti del Paese.

Tavola 7.4 - Famiglie che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto aiuti gratuiti, a pagamento e pubblici per tipologia familiare, provenienza e ripartizione geografica - Anno 2003 (valori percentuali)

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Solo aiuti informali	Solo aiuti privati	Solo aiuti dal comune e da istituzioni pubbliche	Aiuti informali e da privati	Aiuti informali, dal comune e da istituzioni pubbliche	Aiuti privati, dal comune e da istituzioni pubbliche	Tutti i tipi di aiuto	Nessun aiuto	Totale
FAMIGLIE CON ALMENO UN INDIVIDUO CON GRAVI PROBLEMI DI AUTONOMIA									
Nord-ovest	16,7	6,7	7,5	5,2	7,1	4,0	4,2	48,6	100,0
Nord-est	18,6	5,1	9,2	5,9	11,3	3,5	4,8	41,6	100,0
Centro	15,4	9,9	5,7	6,4	4,9	7,1	8,7	41,9	100,0
Sud	18,3	8,5	5,3	3,5	7,4	1,5	1,8	53,7	100,0
Isole	20,5	6,6	2,9	3,3	5,6	3,0	0,7	57,3	100,0
Italia	17,7	7,5	6,3	4,9	7,4	3,8	4,2	48,2	100,0
TOTALE DELLE FAMIGLIE									
Nord-ovest	11,9	4,9	1,8	1,9	1,2	0,3	0,3	77,7	100,0
Nord-est	14,6	5,3	2,5	2,2	1,8	0,4	0,6	72,7	100,0
Centro	13,6	6,1	1,8	2,5	1,2	0,7	0,7	73,4	100,0
Sud	12,7	4,5	2,2	1,1	1,7	0,3	0,3	77,3	100,0
Isole	13,6	5,0	1,8	1,1	1,7	0,3	0,3	76,1	100,0
Italia	13,1	5,1	2,0	1,8	1,5	0,4	0,4	75,6	100,0

Fonte: Istat, Famiglia e soggetti sociali

Conclusioni

Il processo di invecchiamento della popolazione comporta un aumento della quota di famiglie di anziani e, dunque, potenzialmente, anche di famiglie con individui che presentano problemi di autonomia. Allo stesso tempo i mutamenti riguardanti altri ambiti della società attuale possono destare ul-

teriori motivi di preoccupazione nella distribuzione degli aiuti alle famiglie. Alcuni dei fattori in grado di modificare la dimensione, la frequenza e la direzione dei flussi di solidarietà possono essere riscontrati, ad esempio, nella crescente partecipazione femminile al mercato del lavoro, con la conseguente necessità di conciliare l'attività retribuita con i carichi familiari, ma anche nella maggiore dissoluzione familiare che, soprattutto quando sono presenti i figli, espone le famiglie a particolari rischi economici, ma anche a oggettive difficoltà sociali dei suoi componenti. La velocità con cui queste dinamiche avranno luogo, oltre a comportare un aumento delle famiglie potenzialmente più fragili, può fare emergere bisogni nuovi, e, dunque, anche differenti da quelli di cui sono portatrici le famiglie con disabili, e ai quali occorre rispondere in maniera diversificata.

Fino ad oggi circa una famiglia su due, con soggetti disabili, riceve aiuti. Nella maggior parte dei casi si è trattato di aiuti gratuiti provenienti da persone non coabitanti. Ma la tenuta della rete di solidarietà dipende dalla capacità dei *policy makers* di orientare l'attenzione anche alle esigenze emergenti nel resto della società e di erogare interventi adeguati e tempestivi. L'intervento di politiche orientate a supportare le famiglie con disabili, attraverso l'erogazione di servizi idonei a soddisfare i loro bisogni, ha anche l'importante ruolo di facilitare l'integrazione di tali famiglie all'interno della nostra società col superamento delle barriere culturali, per esempio allo scopo di colmare l'esistente gap territoriale delle famiglie con disabili nel Mezzogiorno rispetto a quelle del Centro-nord.

Bibliografia

- Reher, David Sven. 1998. Family Ties in Western Europe: persistent contrasts *Population and Development Review* 24. <http://www.popcouncil.org/publications/pdr/default.htm>
- Esping-Andersen, Gosta. 1990. *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Istat. 2005. Le trasformazioni familiari. in *Rapporto annuale. La situazione del Paese nel 2004*, cap.4, pagg.237-314. Roma. <http://www.istat.it/dati/catalogo/ricerca>.
- Istat. 2006. *Parentela e reti di solidarietà*. Roma. Collana Informazioni, n.26. <http://www.istat.it/dati/catalogo/ricerca>.



8. Caratteristiche dei beneficiari delle pensioni di invalidità

Nel presente capitolo sono analizzate le pensioni a cui è possibile associare una condizione di disabilità del titolare (d'ora in avanti pensioni di invalidità) e le caratteristiche socioeconomiche dei beneficiari di tali prestazioni. L'obiettivo è di fornire informazioni statistiche sull'insieme dei pensionati ai quali è stato riconosciuto un certo livello di invalidità, ossia dei soggetti che hanno subito una riduzione o addirittura la perdita della capacità lavorativa o che non sono in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

Sono escluse dalla definizione utilizzata le pensioni di invalidità erogate ai superstiti perché non associate direttamente alla condizione di invalidità.

In particolare, ai fini dell'analisi sono stati considerati i titolari di:

- a) assegni di invalidità e pensioni di inabilità¹ (pensioni di invalidità Ivs);
- b) rendite per infortuni sul lavoro e/o malattie professionali (pensioni indennitarie);
- c) pensioni e/o indennità di accompagnamento agli invalidi civili, ai non vedenti e ai non udenti civili;
- d) pensioni agli invalidi civili e ai non udenti civili trasformati in pensioni e assegni sociali al compimento del 65° anno di età del titolare;
- e) pensioni di guerra.²

Ai fini pensionistici, l'invalidità è legata esclusivamente alla ridu-

Il capitolo è a cura di Oreste Nazzaro

¹ I dati elementari utilizzati non consentono di individuare gli assegni di invalidità trasformati in pensione di vecchiaia al raggiungimento dei requisiti di età anagrafica richiesti.

² Tra le pensioni di guerra rientrano anche alcune prestazioni alle quali non corrisponde necessariamente una condizione di invalidità. È il caso, ad esempio, delle pensioni di benemeranza o degli assegni vitalizi agli internati in campo di sterminio.

zione della normale capacità di lavoro dovuta a infermità o a difetto fisico o mentale e non deve essere transitoria. A seconda del grado di riduzione della capacità di lavoro si distinguono l'assegno ordinario di invalidità e la pensione ordinaria di inabilità. In particolare, l'assegno ordinario di invalidità è erogato in via temporanea³ al lavoratore la cui capacità di lavoro sia ridotta in modo permanente, a meno di un terzo e a condizione che possa far valere almeno cinque anni di contribuzione, di cui almeno tre nel quinquennio precedente la domanda di assegno. La pensione di inabilità, valendo gli stessi requisiti contributivi richiesti per l'assegno di invalidità, è erogata in presenza di infermità più gravi che comportano l'assoluta e permanente impossibilità per il lavoratore di svolgere qualsiasi attività lavorativa. In ogni caso, i titolari di pensione di inabilità ordinaria che si trovino nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o non siano in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua, hanno diritto all'assegno (indennità) di accompagnamento per l'assistenza personale continuativa.

L'evento che dà, invece, diritto alla rendita per infortunio sul lavoro è costituito dall'infortunio avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro, da cui derivi la morte, l'inabilità permanente al lavoro (assoluta o parziale) o l'inabilità temporanea assoluta che determini l'astensione dal lavoro per più di tre giorni. Diversamente dall'infortunio sul lavoro, la malattia professionale è indennizzabile, sempre se contratta nell'esercizio delle attività assicurate, a condizione che sia la conseguenza di una graduale, lenta e progressiva azione lesiva sull'organismo del lavoratore e che esista un rapporto causale diretto con la lavorazione.

Per quanto riguarda le pensioni di invalidità civile, secondo quanto stabilito dalla normativa vigente nel nostro paese si considerano invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Sono esclusi gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, nonché i ciechi e i sordomuti per i quali provvedono altre leggi. Al compimento del sessantacinquesimo anno di età del titolare la pensione di invalidità è sospesa e trasformata in pensione sociale. Agli invalidi civili totalmente inabili

³ L'assegno ordinario di invalidità è riconosciuto per un periodo di tre anni ed è confermabile per altri tre anni su domanda dell'interessato, dopodiché diventa definitivo.

che si trovino “nella impossibilità di deambulare senza l’aiuto permanente di un accompagnatore” o che, “non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un’assistenza continua” è riconosciuta un’indennità di accompagnamento non reversibile.

Le pensioni ai non udenti civili sono corrisposte ai soggetti affetti da sordomutismo di età superiore agli anni 18 è concesso un assegno mensile di assistenza a condizione che essi abbiano un reddito individuale inferiore a determinati limiti previsti per legge. In particolare, si considera sordomuto il minorato sensoriale dell’udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l’età evolutiva che gli abbia impedito il normale apprendimento del linguaggio parlato, purché la sordità non sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio. Anche in questo caso, al compimento del sessantacinquesimo anno di età del titolare viene sospesa la corresponsione dell’assegno e ad esso si sostituisce la pensione sociale. Inoltre, ai sordomuti è concessa, al solo titolo della minorazione senza limiti di età e di reddito, un’indennità di comunicazione non reversibile.

Con riferimento alle pensioni ai non vedenti civili, la normativa distingue tra ciechi assoluti, con residuo visivo nullo in entrambi gli occhi, e ciechi parziali con residuo visivo non superiore ad un ventesimo in entrambi gli occhi. I primi hanno diritto, a decorrere dal diciottesimo anno di età e in presenza di redditi individuali inferiori ai limiti previsti per legge, ad una prestazione il cui importo è ridotto se l’interessato è ricoverato in una struttura assistenziale. Prima del compimento del diciottesimo anno di età si ha diritto alla sola indennità di accompagnamento. I ciechi parziali hanno, invece, diritto alla pensione indipendentemente dall’età. Così come per gli invalidi civili totalmente inabili anche per i ciechi è prevista la concessione, al solo titolo della minorazione, di un’indennità di accompagnamento non reversibile. Contrariamente alla pensioni di invalidità civile e alle prestazioni erogate ai sordomuti, al compimento del sessantacinquesimo anno di età del titolare la pensione ai ciechi civili non si trasforma in pensione sociale.

Le pensioni e/o indennità di accompagnamento agli invalidi civili, ai non vedenti e ai non udenti civili si configurano come prestazioni di natura assistenziali e non sono, pertanto, vincolate ad alcun requisito contributivo.

Infine, le pensioni di guerra costituiscono “atto risarcitorio nei confronti di coloro che, a causa di guerra, abbiano subito menomazioni nell’integrità fisica o la perdita di un congiunto. La pensione assume ca-

rattere di assegno temporaneo se l'infermità è soggetta a miglioramento. A coloro che hanno riportato menomazioni gravissime, spettano anche "l'assegno di superinvalidità" e "l'indennità di assistenza e accompagnamento". Inoltre, ai titolari di pensione di guerra che a causa dell'infermità non possono svolgere alcuna attività lavorativa spetta anche un "assegno di incollocabilità" fino al compimento del sessantacinquesimo anno di età e un "assegno compensativo" oltre i 65 anni. La pensione di guerra può essere, infine, concessa al coniuge superstite o agli orfani (trattamento economico indiretto) ed è comunque reversibile se il titolare è deceduto per cause diverse dalle infermità che ne hanno determinato l'assegnazione.

8.1 - Analisi dei dati

Nel 2005 l'importo complessivo annuo delle pensioni erogate in Italia a seguito di eventi lesivi o malattie che danno luogo a infermità fisiche e/o mentali è di 30.894 milioni di euro (Tavola 8.1), pari al 2,17 per cento del prodotto interno lordo (-0,03 punti percentuali rispetto al valore dell'indicatore calcolato per il 2004).

Il numero di prestazioni è pari a 6,1 milioni, per un importo medio annuo di 5.032 euro, con un massimo per le pensioni di invalidità (6.658 euro) e un minimo per le pensioni indennitarie (3.500 euro).

La quota maggiore dell'importo pensionistico complessivo viene corrisposto per gli assegni di invalidità e le pensioni di inabilità. Queste sono 2,1 milioni con una spesa complessiva di 13.830 milioni di euro (44,8 per cento del totale).

Tavola 8.1 - Pensioni di invalidità e relativo importo annuo, complessivo e medio, per sesso e tipologia di pensione - Anno-2005 (importo complessivo in migliaia di euro, importo medio in euro)

TIPOLOGIA DI PENSIONE	Maschi			Femmine			Totale		
	Numero	Importo complessivo	Importo medio	Numero	Importo complessivo	Importo medio	Numero	Importo complessivo	Importo medio
Assegni di invalidità e pensioni di inabilità	902.950	7.211.553	7.987	1.174.309	6.618.229	5.636	2.077.259	13.829.782	6.658
Pensioni indennitarie	769.242	2.794.650	3.633	126.864	341.760	2.694	896.106	3.136.410	3.500
Pensioni di invalidità civile	1.043.500	4.345.362	4.164	1.625.040	7.219.938	4.443	2.668.540	11.565.299	4.334
Pensioni sociali ex pensioni invalidità civile	92.710	390.704	4.214	259.900	1.062.267	4.087	352.610	1.452.971	4.121
Pensioni di guerra	131.860	839.993	6.370	13.063	69.943	5.354	144.923	909.937	6.279
Totale	2.940.262	15.582.263	5.300	3.199.176	15.312.136	4.786	6.139.438	30.894.400	5.032

Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

Le pensioni di invalidità civile e le indennità di accompagnamento ad esse associate rappresentano la seconda tipologia di prestazioni pensionistiche in termini di spesa erogata. Nel 2005 questa è pari a 11.565 milioni di euro (37,4 per cento del totale) e riguarda 2,7 milioni di prestazioni, con un importo medio annuo di 4.334 euro. Seguono le rendite per infortunio sul lavoro con 3.136 milioni di euro di spesa complessiva (10,2 per cento), ripartita tra 896 mila trattamenti.

Il restante 7,6 per cento della spesa è ripartito tra pensioni di invalidità civile trasformatesi in pensioni sociali e pensioni di guerra (rispettivamente, 4,7 per cento e 2,9 per cento).

Al 31 dicembre 2005, il numero dei beneficiari di pensioni di invalidità è stato pari a 4.746.586 e rappresenta il 28,7 per cento del totale dei pensionati (Tavola 8.2). Il 38,1 per cento di tali pensionati percepisce un solo trattamento, mentre il 14,8 per cento risulta titolare di due o più prestazioni economiche per invalidità. Consistente è la quota di coloro che cumulano almeno una pensione di invalidità con altre prestazioni pensionistiche (47,1 per cento). Per questi ultimi, infatti, l'importo annuo pro capite dei redditi pensionistici è pari al 141,9 per cento del valore medio.

Tavola 8.2 - Beneficiari di pensioni di invalidità e importo lordo del reddito pensionistico per numero di pensioni - Anno 2005

NUMERO DI PENSIONI	Numero	Percentuale	Importo			Percentuale	Importo medio	Non indicato
			Pensione d'invalidità	Altro	Totale			
TOTALE								
1 pensione	1.806.494	38,1	10.026.975	0	10.026.975	18,7	5.550,52	49,2
2 o più pensioni	703.528	14,8	7.724.599	0	7.724.599	14,4	10.979,80	97,4
Altro (a)	2.236.564	47,1	13.142.826	22.638.699	35.781.525	66,8	15.998,44	141,9
Totale	4.746.586	100,0	30.894.400	22.638.699	53.533.099	100,0	11.278,23	100,0
SENZA INDENNITÀ								
1 pensione	1.683.987	55,7	9.285.057	0	9.285.057	32,8	5.513,73	58,8
2 o più pensioni	170.012	5,6	2.091.641	0	2.091.641	7,4	12.302,90	131,3
Altro (a)	1.167.477	38,6	5.276.467	11.661.782	16.938.249	59,8	14.508,42	154,8
Totale	3.021.476	100,0	16.653.165	11.661.782	28.314.947	100,0	9.371,23	100,0
CON ALMENO UNA INDENNITÀ								
1 pensione	122.507	7,1	741.918	0	741.918	2,9	6.056,13	41,4
2 o più pensioni	533.516	30,9	5.632.958	0	5.632.958	22,3	10.558,18	72,2
Altro (a)	1.069.087	62,0	7.866.359	10.976.917	18.843.276	74,7	17.625,58	120,6
Totale	1.725.110	100,0	14.241.235	10.976.917	25.218.152	100,0	14.618,29	100,0

Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

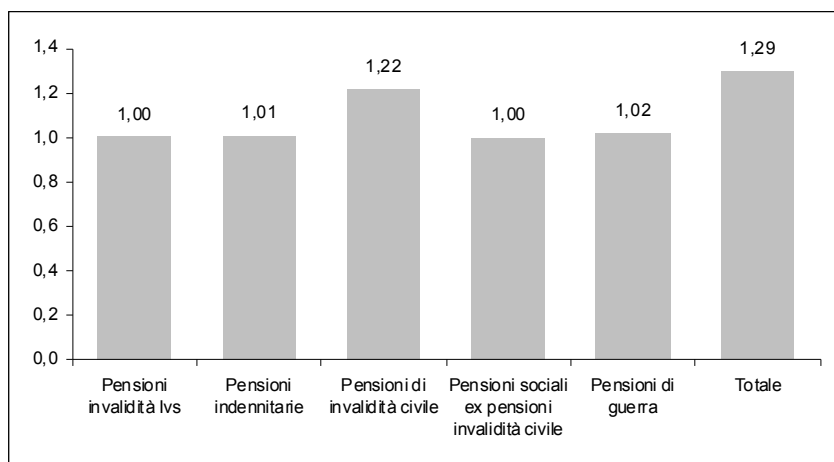
(a) Beneficiari che cumulano almeno una pensioni di invalidità con altre prestazioni pensionistiche.

Nel complesso ciascun beneficiario ha percepito in media 1,3 pensioni di invalidità, anche se i casi di cumulo riguardano quasi esclusivamente i beneficiari di prestazioni di invalidità civile (Figura 8.1) a causa della maggiore presenza delle indennità di accompagnamento⁴ che ai fini della presente analisi sono considerate prestazioni autonome.

Infatti, mentre per il complesso dei pensionati di invalidità la quota di coloro che percepiscono almeno una indennità di accompagnamento si attesta sul 36,3 per cento del totale, per i titolari di pensioni di invalidità civile essa è pari al 78,4 per cento dei casi e scende al 6,3 per cento per i beneficiari di rendite per infortunio e/o malattie professionali (Figura 8.2).

Se si analizza l'importo complessivo annuo, si può notare che su un totale di 53,5 miliardi di euro, che rappresentano il 24,9 per cento dei redditi pensionistici complessivamente erogati, 28.315 milioni di euro (52,9 per cento) sono destinati a favore di titolari di pensioni di invalidità che non percepiscono alcuna indennità di accompagnamento e derivano per il 58,8 per cento esclusivamente da pensioni di invalidità. Il 47,1 per cento del totale (25.218 milioni di euro) compete, invece, ai soggetti che integrano l'importo della pensione di invalidità con indennità di accompagnamento.

Figura 8.1 - Pensioni per pensionato per tipologia di prestazione- Anno 2005

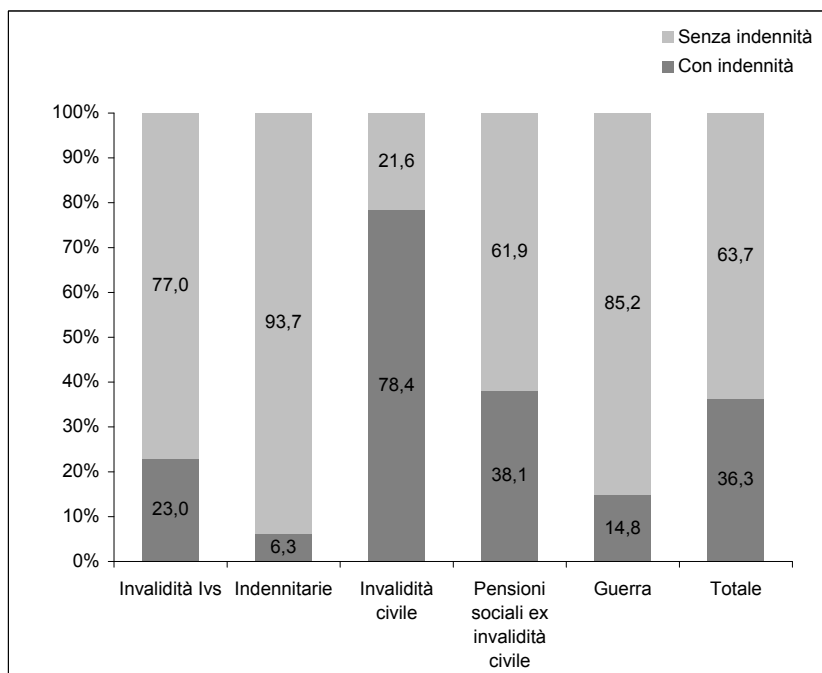


Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

⁴ L'elaborazione e l'analisi dei dati è stata effettuata distinguendo i beneficiari che percepiscono la pensione unitamente o meno all'indennità di accompagnamento da coloro che ricevono solo l'indennità di accompagnamento. I titolari di tali indennità accessorie possono essere considerati come soggetti affetti da invalidità di maggiore entità in quanto l'indennità di accompagnamento di solito viene erogata quando il soggetto non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita e abbisogna di un'assistenza continua.

Gli importi medi dei redditi pensionistici (tavola 8.1) variano da un minimo di 5.514 euro lordi annui, nel caso dei beneficiari di una pensione in assenza di indennità ad un massimo di 17.626 euro lordi annui, nel caso dei percettori che cumulano prestazioni di invalidità con altre tipologie di pensione e che ricevono anche almeno una indennità di accompagnamento.

Figura 8.2 - Beneficiari di pensioni di invalidità con o senza indennità di accompagnamento per tipologia di prestazione - Anno 2005 (composizione percentuale)



Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

I pensionati di invalidità sono equamente distribuiti tra maschi e femmine (rispettivamente, 48,1 per cento e 51,9 per cento) anche se la loro distribuzione varia a seconda della tipologia di pensione percepita (Figura 8.3). Infatti, gli uomini sono prevalentemente più numerosi tra i beneficiari di rendite per infortunio sul lavoro (85,8 per cento) e di pensioni di guerra (91,0 per cento), mentre le donne sono maggiormente rappre-

sentate tra i titolari di pensioni di invalidità di tipo Ivs (56,7 per cento) e di prestazioni di invalidità civile (62,5 per cento, quota che sale al 73,7 per cento se si considerano i titolari di pensioni sociali ex invalidi civili).

Tra coloro che percepiscono almeno una indennità di accompagnamento e che dunque, presumibilmente, presentano un maggior grado di invalidità, le donne costituiscono il 63,4 per cento del totale. Tale risultato è confermato per i beneficiari di pensioni di invalidità di tipo Ivs e per i beneficiari di pensioni di invalidità civile. Negli altri casi i maschi costituiscono la maggioranza sia che percepiscano indennità di accompagnamento sia che ricevano soltanto la pensione.

Il gruppo più numeroso di pensionati di invalidità è rappresentato dai titolari di pensioni di invalidità civile (2,2 milioni) ai quali è destinato un reddito pensionistico pari a 26.892 milioni di euro di cui il 57,0 per cento (15.327 milioni di euro) deriva da pensioni cumulate appartenenti ad altre tipologie.

Il secondo gruppo in termini di numerosità è costituito dai titolari di pensioni di invalidità di tipo Ivs (2,1 milioni) che nel 56,4 per cento dei casi percepiscono anche altri trattamenti pensionistici per un totale di 8.790 milioni di euro (38,9 per cento del reddito pensionistico complessivamente percepito da tale gruppo di pensionati). Al netto di tale importo il reddito pensionistico direttamente associato a tali prestazioni è pari a 13.830 milioni di euro (61,1 per cento del totale).

Seguono i beneficiari di pensioni indennitarie con un numero pari a 890 mila; il 70,9 per cento di essi cumula tale prestazione con altre tipologie di pensioni da cui trae origine il 72,5 per cento del reddito pensionistico complessivo ad essi destinato.

I beneficiari di pensioni di invalidità civile trasformatesi in pensioni e/o assegni sociali sono 352 mila di cui il 63,7 per cento riceve altre prestazioni per un totale di 2.113 milioni di euro (59,3 per cento del totale). Infine, i titolari di pensioni di guerra rappresentano il gruppo meno numeroso di pensionati (143 mila) con un reddito pensionistico complessivo pari a 2.874 milioni di euro, di cui 910 milioni di euro (31,7 per cento del totale) derivano dall'erogazione di pensioni di guerra (Tavola 8.3 e Tavola 8.4).

Rispetto alla distribuzione sul territorio nazionale si osserva che i pensionati di invalidità, complessivamente considerati, si concentrano nelle regioni meridionali (Tavola 8.5). Infatti il 42,6 per cento risiede nel Mezzogiorno, il 36,1 per cento nelle regioni settentrionali (20,0 per cento al Nord-ovest e il 16,1 per cento al Nord-est) e il 21,3 per cento in

quelle centrali. Tuttavia, dall'esame dei dati per tipologia di pensione emerge un quadro leggermente differenziato (Figura 8.4). Infatti, i beneficiari di rendite per infortunio sul lavoro e i pensionati di guerra sono maggiormente presenti nelle regioni del Nord (rispettivamente, 44,0 per cento e 37,5 per cento).

Tavola 8.3 - Pensionati di invalidità secondo la presenza o meno di cumulo di più pensioni per tipologia di pensione (a) - Anno 2005

TIPOLOGIA DI PENSIONE	Una pensione	Due o più pensioni		Totale generale
		Totale	Di cui: cumulo con altre tipologie di pensioni	
VALORI ASSOLUTI				
Invalidità (Ivs)	898.342	1.171.024	1.166.871	2.069.366
Indennitarie	257.575	632.274	630.813	889.849
Invalidità civile	495.531	1.689.506	1.426.591	2.185.037
Pensioni sociali				
ex pensioni invalidità civile	127.959	224.364	224.361	352.323
Guerra	27.087	115.464	115.330	142.551
COMPOSIZIONI PERCENTUALI				
Invalidità (Ivs)	43,4	56,6	56,4	100,0
Indennitarie	28,9	71,1	70,9	100,0
Invalidità civile	22,7	77,3	65,3	100,0
Pensioni sociali				
ex pensioni invalidità civile	36,3	63,7	63,7	100,0
Guerra	19,0	81,0	80,9	100,0

Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

(a) La somma del numero dei pensionati appartenenti alle diverse tipologie non coincide con il totale dei beneficiari di prestazioni pensionistiche in quanto, per effetto della possibilità di cumulo di più pensioni anche appartenenti a diverse tipologie, un pensionato può ricadere in più tipologie a seconda delle prestazioni ricevute.

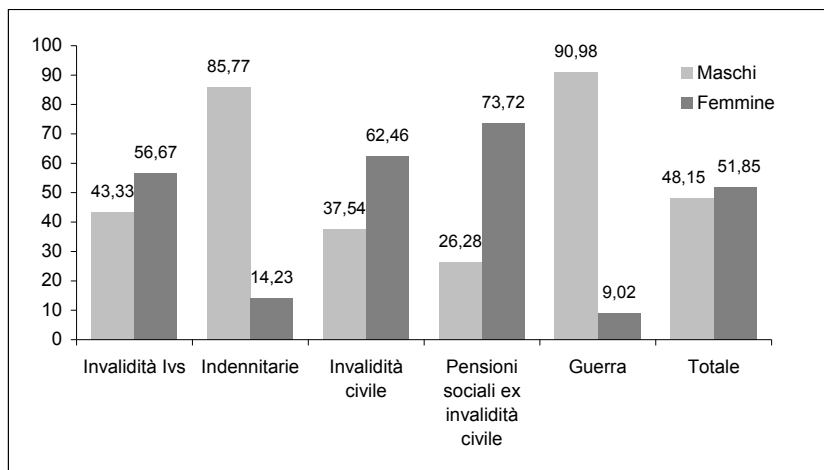
Tavola 8.4 - Importo complessivo lordo annuo dei redditi pensionistici secondo la presenza o meno di cumulo di più pensioni per tipologia di pensione (a)- Anno 2005 (milioni di euro)

TIPOLOGIA DI PENSIONE	Una pensione	Due o più pensioni		Totale generale (milioni di euro)
		Totale	Di cui: cumulo con altre tipologie di pensioni	
VALORI ASSOLUTI				
Invalidità (Ivs)	6.652	15.968	8.790	22.620
Indennitarie	735	10.656	8.255	11.391
Invalidità civile	1.784	25.108	15.327	26.892
Pensioni sociali ex pensioni invalidità civile	578	2.988	2.113	3.566
Guerra	278	2.596	1.964	2.874
COMPOSIZIONI PERCENTUALI				
Invalidità (Ivs)	29,4	70,6	38,9	100,0
Indennitarie	6,5	93,5	72,5	100,0
Invalidità civile	6,6	93,4	57,0	100,0
Pensioni sociali ex pensioni invalidità civile	16,2	83,8	59,3	100,0
Guerra	9,7	90,3	68,3	100,0

Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

(a) La somma del "Totale generale" dei redditi pensionistici per tipologia risulta superiore all'ammontare della spesa pensionistica in quanto, a causa della possibilità di cumulo di più pensioni appartenenti anche a tipologie diverse, gli importi complessivi associati a ciascuna tipologia possono contenere importi di altre tipologie di pensione.

Figura 8.3 - Beneficiari di pensioni di invalidità per sesso e tipologia di prestazione ricevuta - Anno 2005 (composizione percentuale)



Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

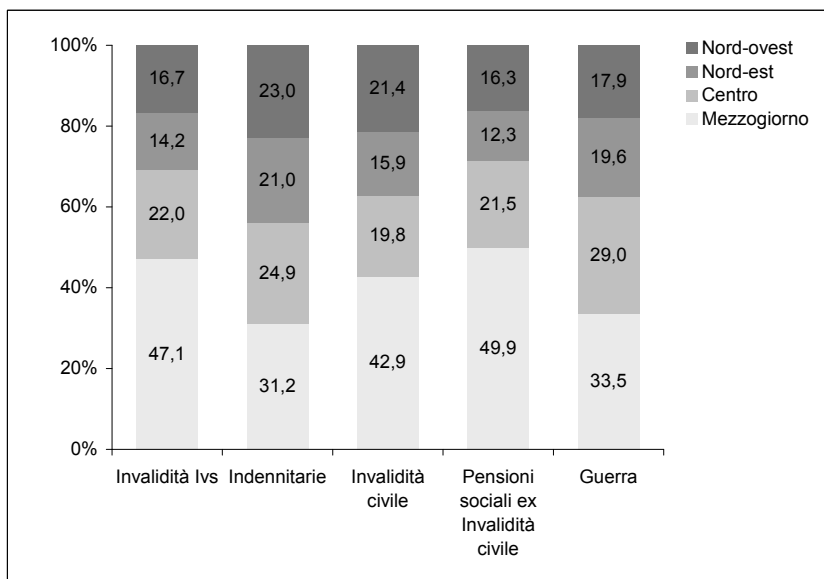
Dalla distribuzione territoriale dei redditi annui lordi da pensione nel complesso si rileva una maggiore concentrazione nelle regioni settentrionali, evidenza che risulta confermata per tutte le tipologie di pensionato tranne che per i beneficiari di pensioni di invalidità di tipo Ivs e per i titolari di pensioni sociali ex invalidi civili i cui redditi pensionistici si concentrano nelle regioni meridionali (rispettivamente 43,3 per cento e 46,4 per cento). Nel complesso i residenti al Nord ricevono pensioni con importi medi annui più elevati (12.656 euro, pari al 111,7 per cento della media nazionale).

Tavola 8.5 - Beneficiari di pensioni di invalidità e importo del reddito pensionistico per ripartizione geografica - Anno 2005

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Numero	Percentuale	Importo			Percentuale	Importo medio	Non indicato
			Pensione d'invalidità	Altro	Totale			
Nord-ovest	943.135	20,0	6.192.956	5.915.190	12.108.146	22,7	12.838,19	113,3
Nord-est	759.627	16,1	4.835.600	4.606.019	9.441.619	17,7	12.429,28	109,7
Centro	1.003.440	21,3	6.647.122	5.371.119	12.018.241	22,5	11.977,04	105,7
Mezzogiorno	2.005.857	42,6	13.109.840	6.718.452	19.828.292	37,1	9.885,20	87,2
	4.712.059	100,0	30.785.518	22.610.780	53.396.298	100,0	11.331,84	100,0

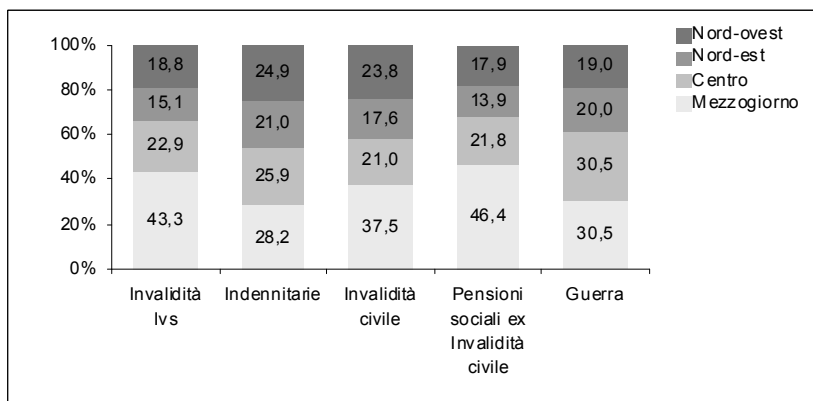
Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

Figura 8.4 - Beneficiari di pensioni di invalidità per tipologia di prestazione ricevuta e ripartizione geografica - Anno 2005 (composizione percentuale)



Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

Figura 8.5 - Importo dei redditi pensionistici dei beneficiari di pensioni di invalidità per tipologia di prestazione ricevuta e ripartizione geografica - Anno 2005 (composizione percentuale)



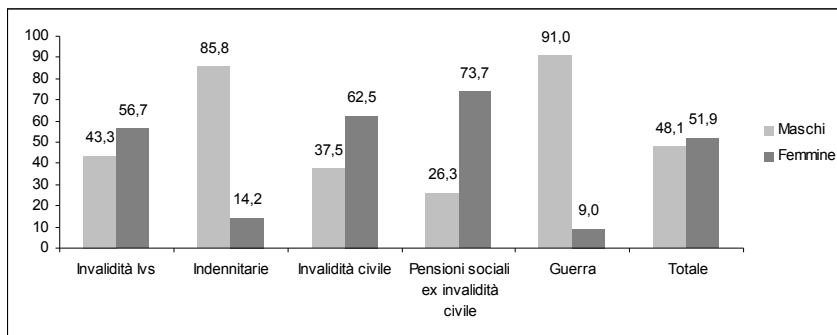
Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

La distribuzione territoriale del numero dei beneficiari delle prestazioni pensionistiche e del relativo importo dei redditi pensionistici dipende prevalentemente dalle differenze nella struttura per età della popolazione nelle diverse aree geografiche. Il tasso di pensionamento standardizzato⁵ fornisce una significativa misura standardizzata dell'incidenza del numero dei beneficiari nelle diverse ripartizioni territoriali e delinea un quadro differente da quello osservato sulla base dei dati assoluti. Infatti, dall'esame della figura 8.6 emerge che, in rapporto alla popolazione residente, il numero dei pensionati residenti nelle regioni del Mezzogiorno (97 per mille abitanti) e in quelle del Centro (89 per mille) raggiungono un valore superiore a quello medio nazionale (80 per mille) e a quello riferito alle regioni del Nord (64 per mille). I tassi di pensionamento standardizzati più elevati (Figura 8.7) si registrano in Umbria (127 per mille), Molise (117 per mille), Abruzzo e Marche (112 per mille), Calabria (110 per mille) e Sardegna (109 per mille), mentre quelli più bassi si registrano in Lombardia, Trentino Alto Adige, Piemonte, Lazio e Friuli Venezia Giulia dove si registrano valori al di sotto di quello medio nazionale. In particolare, la Basilicata con solo l'1,4 per cento di pensionati di invalidità sul totale nazionale, ha uno tra i più elevati coefficienti standardizzati di pensionamento per invalidità (115 per mille). Per contro, la Lombardia, dove risiede ben il 10,5 per cento dei pensionati di invalidità italiani, si caratterizza per il più basso tasso di pensionamento (52 per mille).

La Campania e la Sicilia rimangono, invece, tra le regioni con il più alto numero di individui che percepiscono pensioni di invalidità anche se si tiene conto dell'influenza della popolazione ivi residente.

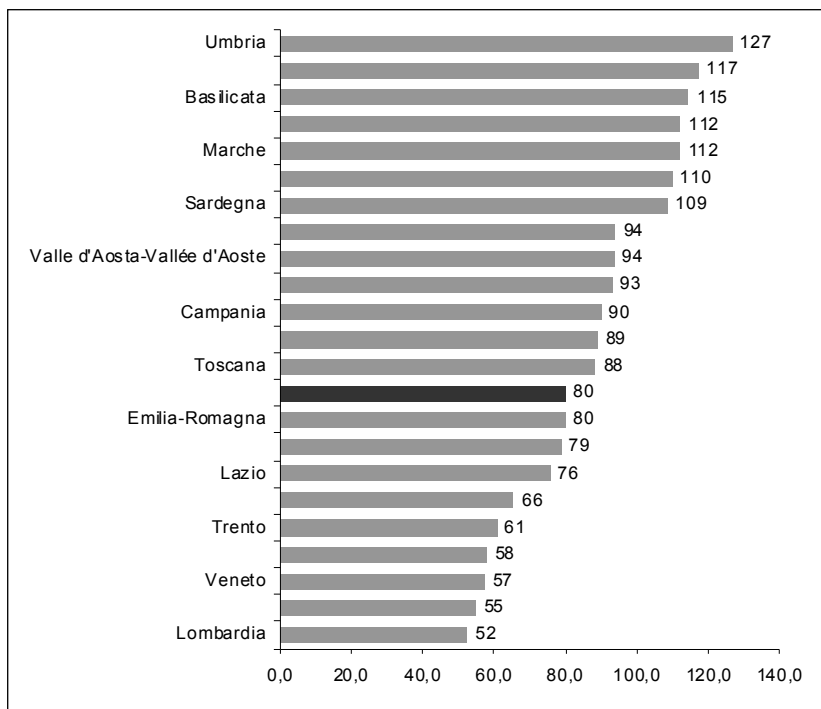
⁵ Per effettuare confronti territoriali a livello regionale è opportuno tener conto della popolazione residente in ciascuna regione. Tuttavia, il semplice rapporto tra il numero dei beneficiari e la popolazione residente non tiene conto degli effetti dovuti alle differenti strutture demografiche delle popolazioni delle diverse regioni. Per evitare questo tipo di distorsione nei confronti territoriali sono stati calcolati i tassi di pensionamento standardizzati. La standardizzazione non fa altro che ipotizzare che la popolazione di ciascuna regione abbia la stessa struttura per sesso ed età di una popolazione tipo o standard. Nel nostro caso lo standard è dato dalla popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2006.

Figura 8.6 - Tassi di pensionamento standardizzati di invalidità per sesso e ripartizione geografica - Anno 2005 (tassi per mille abitanti)



Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

Figura 8.7 - Tassi di pensionamento standardizzati di invalidità per regione - Anno 2005 (tassi per mille abitanti)



Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

Più nel dettaglio, dall'esame dei dati si rileva che in 40 province il tasso di pensionamento standardizzato di invalidità è inferiore al corrispondente valore calcolato a livello nazionale pari a 80 per mille (Tavola 8.6). L'80 per cento di queste province appartiene al Nord, il 7 per cento al Centro (Firenze, Prato e Roma) e il restante 13 per cento appartiene al Mezzogiorno. In particolare, Milano è la provincia per la quale si rileva il più basso valore del coefficiente (46 per mille, di cui 21 per mille per i maschi e 25 per mille per le femmine), seguita da Bergamo (50 per mille, di cui 27 per mille per gli uomini e 23 per mille per le donne). Per la provincia di Napoli si ottiene un indicatore con un valore uguale a quello registrato a livello nazionale.

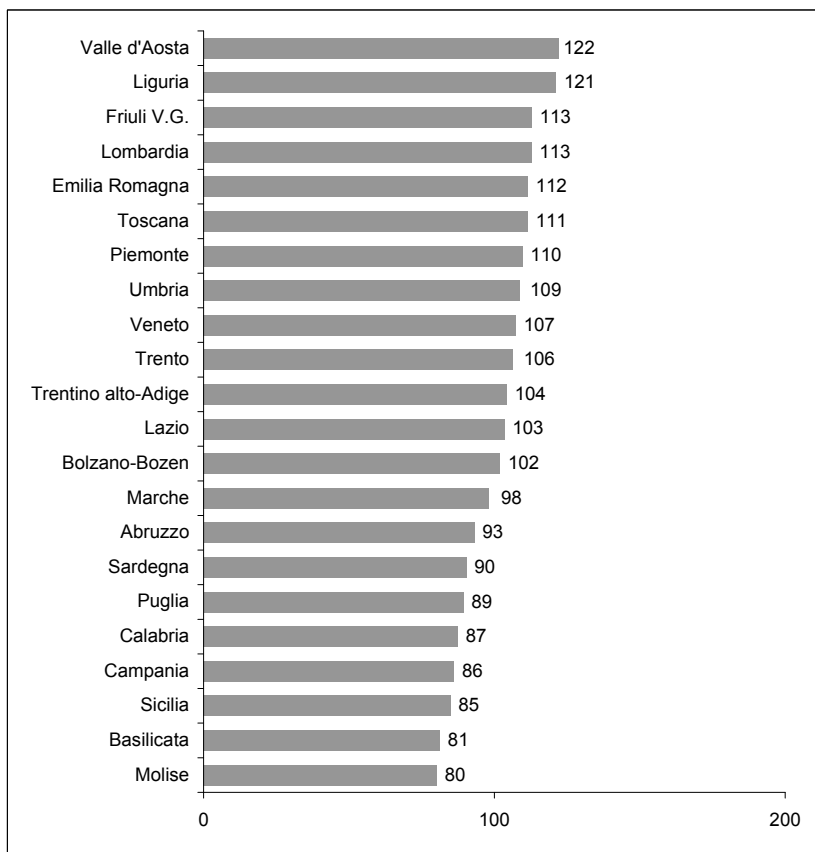
Per le restanti 62 province si ottengono, invece, coefficienti di invalidità standardizzati superiori. Di queste, il 55 per cento appartiene al Mezzogiorno, con un valore massimo del coefficiente di invalidità nella provincia di Benevento (145 per mille) ed un minimo nella provincia di Caserta (82 per mille), il 24 per cento appartiene al Centro con coefficienti che oscillano tra l'84 per mille per la provincia di Latina e il 134 per mille per quella di Pesaro-Urbino. Infine, il 21 per cento delle province con coefficienti più elevati di quello nazionale appartiene al Nord, con valori del coefficiente che variano tra l'81 per mille di Rimini e il 142 per mille di La Spezia.

Con riferimento al sesso, per gli uomini si nota che la provincia di Milano possiede il più basso valore standardizzato del coefficiente di invalidità (21 per mille), mentre la provincia di La Spezia quello più alto (75 per mille). La provincia con il minore numero di invalide pensionate, sempre con riferimento alla popolazione tipo è, invece, Bergamo (23 per mille), contro la provincia di Benevento nella quale si registra per le donne il coefficiente di invalidità standardizzato più elevato (82 per mille).

Se si considerano i valori standardizzati, si può osservare che, qualora a livello nazionale si fossero registrati valori specifici, per età e sesso, tra invalidi pensionati e popolazione residente analoghi a quello ottenuto per la provincia di Milano, che registra il più basso valore del coefficiente di invalidità standardizzato, sarebbero stati rilevati a livello nazionale 2.600.768 invalidi beneficiari di trattamenti pensionistici, il 54 per cento dei quali femmine. Qualora, invece, si fossero verificati in tutte le province i rapporti specifici ottenuti per Benevento, ove il coefficiente standardizzato assume il valore più elevato, il numero complessivo degli invalidi pensionati sarebbe salito a 8.250.633, di cui il 57 per cento donne.

I beneficiari delle pensioni di invalidità residenti nelle regioni centro-settentrionali (ad eccezione delle Marche) percepiscono importi medi annui dei redditi pensionistici⁶ superiori alla media nazionale. Le regioni caratterizzate dai redditi medi più elevati sono Valle d'Aosta, Liguria, Friuli Venezia Giulia e Lombardia, mentre i pensionati che percepiscono i redditi medi più bassi sono residenti in Molise, Basilicata, Sicilia, Campania e Calabria (Figura 8.8).

Figura 8.8 - Importo medio dei redditi pensionistici dei titolari di pensioni di invalidità per regione - Anno 2005 (Numeri indice; Italia=100)



Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

⁶ Redditi pensionistici comprensivi anche degli importi di altre tipologie di pensioni cumulate con quelle di invalidità.

Tavola 8.6 - Tassi di pensionamento standardizzati di invalidità per sesso, regione e provincia (a) - Anno 2005

PROVINCE REGIONI	Tasso di pensionamento standardizzato di invalidità			Numero indice (Italia = 100)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Torino	27,5	31,5	59,0	71,8	75,2	73,5
Vercelli	33,9	45,2	79,1	88,3	108,0	98,6
Biella	29,1	41,7	70,8	75,8	99,6	88,2
Verbano-Cusio-Ossola	28,2	33,0	61,3	73,6	78,9	76,4
Novara	23,7	35,2	58,9	61,9	84,1	73,5
Cuneo	32,1	35,6	67,7	83,6	85,1	84,4
Asti	34,1	41,5	75,6	89,0	99,2	94,3
Alessandria	38,0	52,6	90,7	99,1	125,8	113,0
Piemonte	29,5	36,0	65,5	77,0	86,0	81,7
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	47,0	46,5	93,5	122,4	111,1	116,5
Varese	25,7	26,6	52,3	67,1	63,5	65,2
Como	25,6	27,6	53,2	66,7	66,0	66,3
Sondrio	36,9	35,1	71,9	96,2	83,8	89,7
Milano	21,0	24,6	45,6	54,7	58,9	56,9
Bergamo	27,2	22,7	49,9	71,0	54,2	62,2
Brescia	29,3	27,4	56,7	76,4	65,5	70,7
Pavia	30,6	46,8	77,4	79,7	112,0	96,5
Cremona	29,3	30,5	59,8	76,4	72,8	74,5
Mantova	27,4	32,3	59,6	71,3	77,1	74,3
Lecco	29,2	26,8	56,1	76,2	64,1	69,9
Lodi	25,3	29,6	54,8	65,8	70,7	68,4
Lombardia	25,2	27,2	52,4	65,7	65,1	65,4
Bolzano/Bozen	27,8	27,0	54,8	72,6	64,5	68,4
Trento	30,2	30,4	60,6	78,9	72,5	75,6
Trentino-Alto Adige	29,1	28,7	57,8	75,7	68,6	72,0
Verona	28,3	27,8	56,1	73,9	66,4	70,0
Vicenza	29,0	28,5	57,4	75,5	68,0	71,6
Belluno	38,4	38,9	77,3	100,2	92,9	96,3
Treviso	28,7	26,4	55,1	74,9	63,1	68,8
Venezia	28,7	24,6	53,3	74,7	58,8	66,4
Padova	28,0	26,3	54,3	73,0	62,9	67,8
Rovigo	33,3	43,2	76,5	86,8	103,2	95,4
Veneto	29,2	28,1	57,3	76,2	67,2	71,5

Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

(a) Per la standardizzazione del coefficiente per età e sesso è stata utilizzata la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2006.

Tavola 8.6 segue - **Tassi di pensionamento standardizzati di invalidità per sesso, regione e provincia (a) - Anno 2005**

PROVINCE REGIONI	Tasso di pensionamento standardizzato di invalidità			Numero indice (Italia = 100)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Pordenone	30,3	38,9	69,2	78,9	93,0	86,2
Udine	38,2	46,2	84,4	99,7	110,4	105,2
Gorizia	39,0	44,4	83,4	101,8	106,1	104,0
Trieste	36,0	40,3	76,3	93,8	96,3	95,1
Friuli-Venezia Giulia	35,9	43,0	78,9	93,6	102,8	98,4
Imperia	35,6	48,7	84,2	92,7	116,3	105,0
Savona	34,7	36,1	70,8	90,5	86,3	88,3
Genova	43,1	47,0	90,2	112,4	112,4	112,4
La Spezia	75,1	67,2	142,3	195,7	160,7	177,4
Liguria	45,0	48,1	93,1	117,3	114,9	116,1
Piacenza	38,5	46,6	85,0	100,3	111,3	106,0
Parma	37,2	49,6	86,8	96,9	118,6	108,2
Reggio nell'Emilia	41,0	44,8	85,8	106,9	107,0	107,0
Modena	36,5	33,9	70,4	95,3	80,9	87,8
Bologna	32,5	38,4	70,8	84,7	91,7	88,3
Ferrara	35,5	49,3	84,8	92,5	117,9	105,8
Ravenna	40,3	50,6	90,9	105,0	121,0	113,4
Forlì-Cesena	38,7	46,8	85,5	100,8	111,9	106,6
Rimini	39,4	41,6	81,0	102,7	99,4	101,0
Emilia-Romagna	41,1	47,8	88,9	107,0	114,3	110,8
Massa-Carrara	61,2	53,0	114,2	159,5	126,8	142,4
Lucca	53,4	47,1	100,5	139,3	112,6	125,4
Pistoia	46,6	53,8	100,4	121,4	128,6	125,2
Firenze	32,1	35,1	67,2	83,6	83,9	83,8
Livorno	47,8	42,6	90,4	124,6	101,7	112,7
Pisa	45,3	47,5	92,8	118,1	113,4	115,7
Arezzo	49,1	51,2	100,3	128,1	122,3	125,1
Siena	41,9	48,2	90,1	109,3	115,2	112,4
Grosseto	50,7	62,7	113,3	132,1	149,8	141,3
Prato	34,7	33,0	67,7	90,4	78,9	84,4
Toscana	43,6	44,8	88,4	113,5	107,1	110,2

Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

(a) Per la standardizzazione del coefficiente per età e sesso è stata utilizzata la popolazione residente al 1° gennaio 2006.

Tavola 8.6 segue - **Tassi di pensionamento standardizzati di invalidità per sesso, regione e provincia (a)- Anno 2005**

PROVINCE REGIONI	Tasso di pensionamento standardizzato di invalidità			Numero indice (Italia = 100)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Perugia	60,7	60,6	121,2	158,2	144,7	151,2
Terni	69,9	71,5	141,3	182,2	170,8	176,2
Umbria	63,1	63,4	126,5	164,4	151,6	157,8
Pesaro e Urbino	62,2	71,8	134	162,1	171,7	167,1
Ancona	48,3	43,8	92,1	125,9	104,7	114,9
Macerata	60	65,4	125,3	156,3	156,3	156,3
Ascoli Piceno	49,9	54,1	104	130,1	129,3	129,7
Marche	54,5	57,5	112	142	137,5	139,7
Viterbo	51,1	60,4	111,5	133,1	144,4	139
Rieti	48,6	59,4	108	126,8	141,9	134,7
Roma	31,6	36,3	67,8	82,3	86,7	84,6
Latina	39,1	45,3	84,5	102	108,3	105,3
Frosinone	44,4	52,1	96,5	115,8	124,6	120,4
Lazio	35,2	40,6	75,8	91,7	97	94,5
L'Aquila	59,6	76,8	136,4	155,3	183,6	170,1
Teramo	49,5	49,5	99	129,2	118,2	123,5
Pescara	55,5	54,8	110,3	144,7	130,9	137,5
Chieti	49,7	54,6	104,2	129,5	130,4	130
Abruzzo	53,3	58,6	112	139,1	140,2	139,6
Isernia	54,6	65,9	120,5	142,4	157,5	150,2
Campobasso	52,5	63,4	115,9	136,9	151,5	144,5
Molise	53,1	64,1	117,2	138,4	153,2	146,1
Caserta	38,6	43	81,6	100,6	102,7	101,7
Benevento	62,3	82,4	144,7	162,5	196,9	180,4
Napoli	37,9	42,2	80,1	98,8	100,9	99,9
Avellino	48	61,1	109	125,1	145,9	136
Salerno	46,3	56	102,3	120,8	133,8	127,6
Campania	41,6	48,3	89,9	108,4	115,5	112,1
Foggia	41	42,4	83,3	106,8	101,2	103,9
Bari	37,1	31,7	68,8	96,8	75,7	85,8
Taranto	40,8	37,2	78	106,3	89	97,3
Brindisi	42,2	43,7	85,9	110,1	104,4	107,2
Lecce	63,7	79,1	142,8	166	189,1	178,1
Puglia	44	45	89	114,6	107,6	111

Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

(a) Per la standardizzazione del coefficiente per età e sesso è stata utilizzata la popolazione residente al 1° gennaio 2006.

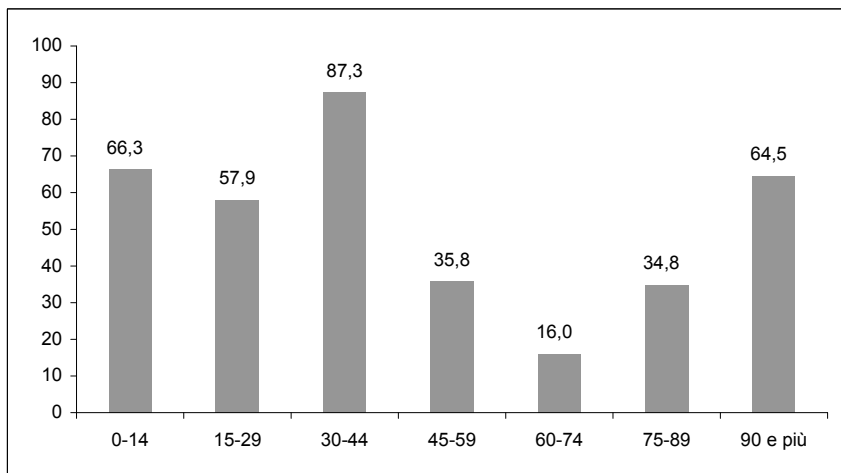
Tavola 8.6 segue - **Tassi di pensionamento standardizzati di invalidità per sesso, regione e provincia (a) - Anno 2005**

PROVINCE REGIONI	Tasso di pensionamento standardizzato di invalidità			Numero indice (Italia = 100)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Potenza	63,1	77,0	140,1	164,4	184,1	174,7
Matera	33,5	32,1	65,7	87,4	76,8	81,9
Basilicata	52,9	61,6	114,5	137,9	147,3	142,8
Cosenza	48,0	54,9	102,9	125,1	131,3	128,3
Catanzaro	53,0	63,2	116,1	138,1	151,0	144,8
Reggio di Calabria	53,7	64,3	117,9	139,9	153,6	147,0
Crotone	50,5	49,4	99,9	131,6	118,0	124,5
Vibo Valentia	48,8	58,4	107,2	127,1	139,7	133,7
Calabria	50,8	58,9	109,7	132,3	140,8	136,8
Trapani	53,7	52,2	105,8	139,9	124,7	132,0
Palermo	48,0	46,9	94,9	125,2	112,0	118,3
Messina	54,5	62,7	117,2	142,1	149,9	146,2
Agrigento	63,5	61,5	125,0	165,5	146,9	155,8
Caltanissetta	53,8	42,3	96,1	140,3	101,1	119,9
Enna	60,9	52,7	113,6	158,7	125,9	141,6
Catania	32,0	31,0	63,0	83,5	74,1	78,6
Ragusa	38,1	38,9	77,1	99,4	93,1	96,1
Siracusa	40,7	48,5	89,2	106,2	115,8	111,2
Sicilia	46,9	46,9	93,8	122,3	112,2	117,0
Sassari	49,5	60,7	110,2	129,1	145,1	137,4
Nuoro	59,5	67,8	127,2	155,0	162,0	158,7
Oristano	48,1	47,4	95,5	125,3	113,3	119,1
Cagliari	64,0	72,2	136,2	166,8	172,7	169,8
Sardegna	51,8	56,7	108,5	135,0	135,5	135,3
Nord	30,4	33,5	63,8	79,2	80,0	79,6
Centro	42,7	46,0	88,6	111,2	109,9	110,5
Mezzogiorno	46,3	50,3	96,6	120,7	120,2	120,5
ITALIA	38,4	41,8	80,2	100,0	100,0	100,0

Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

(a) Per la standardizzazione del coefficiente per età e sesso è stata utilizzata la popolazione residente al 1° gennaio 2006.

Dall'analisi per classe di età dei pensionati di invalidità (Figura 8.9) si rileva che la loro incidenza sul totale dei pensionati tende ad essere più elevata nelle prime fasce di età, con un massimo in corrispondenza dei soggetti con età compresa tra 30 e 44 anni (87,3 per cento del totale).

Figura 8.9 - Incidenza dei pensionati di invalidità sul totale dei pensionati per classe di età - Anno 2005 (valori percentuali)

Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

Nelle classi di età comprese tra 45 e 89 anni la quota dei pensionati di invalidità sul totale si attesta su valori inferiori per effetto di un più elevato denominatore del rapporto. Dall'esame dei dati si osserva che la condizione di invalidità tende a manifestarsi maggiormente al crescere dell'età. In particolare, nella classe di età compresa tra 60 e 74 anni l'incidenza dei beneficiari di prestazioni di invalidità sul totale dei pensionati è pari al 16,0 per cento. Essa si attesta al 34,8 per cento nella classe di età 75-89 e raggiunge il 64,5 per cento nelle età superiori a 90 anni (Figura 8.9).

In termini assoluti, la quota maggiore dei beneficiari si trova nella fascia di età compresa tra 75 e 89 anni (1,8 milioni pari al 37,1 per cento del totale), sebbene una quota rilevante di pensionati sia presente anche nella classe di età tra 60 e 74 anni (1,3 milioni pari al 27,2 per cento). Il 23,2 per cento ha un'età compresa tra 30 e 60 anni, il 7,6 per cento ha più di 90 anni, mentre il restante 4,9 per cento del totale è rappresentato da soggetti con età inferiore a 30 anni (Tavola 8.7).

Tavola 8.7 - Beneficiari di pensioni di invalidità per sesso e classe di età - Anno 2005

CLASSI DI ETÀ	Maschi		Femmine		Totale	
	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali
0-14	60.390	2,6	43.449	1,8	103.839	2,2
15-29	76.052	3,3	51.011	2,1	127.063	2,7
30-44	221.832	9,7	129.776	5,3	351.608	7,4
45-59	454.166	19,9	295.769	12,0	749.935	15,8
60-74	722.450	31,6	569.832	23,2	1.292.282	27,2
75-89	663.276	29,0	1.097.233	44,6	1.760.509	37,1
90 e oltre	86.884	3,8	274.041	11,1	360.925	7,6
Non ripartibili	260	..	165	..	425	..
Totale	2.285.310	100,0	2.461.276	100,0	4.746.586	100,0

Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

Alcune differenze si osservano tra i pesi relativi afferenti alle diverse tipologie di pensionato (Tavola 8.8). In particolare, i beneficiari di pensioni indennitarie e per i titolari di pensioni sociali ex invalidità civili sono maggiormente concentrati nelle classi di età 60-64 (rispettivamente 40,9 per cento e 65,5 per cento contro il valore medio del 27,2 per cento del totale delle tipologie). Per i percettori di pensioni di invalidità civile si osservano maggiori quote relative nelle età comprese tra 30 e 59 anni. Per ciò che concerne i beneficiari di pensioni di invalidità di tipo Ivs e i titolari di pensioni di guerra si rileva, rispetto alla quota media, una maggiore incidenza di pensionati nelle classi di età 75-89 (51,7 per cento e 51,9 per cento contro il valore medio di 37,1 per cento).

Tavola 8.8 - Pensionati di invalidità per tipologia e classe di età - Anno 2005

CLASSI DI ETÀ	Invalidità (lvs)	Indennitarie	Invalidità civile	Pensioni sociali ex pensioni invalidità civile	Guerra
VALORI ASSOLUTI					
0-14	-	-	103.769	-	72
15-29	1.360	9.566	115.982	-	658
30-44	42.875	82.428	233.701	-	6.259
45-59	249.391	208.090	346.708	-	14.380
60-74	527.336	363.670	371.893	230.906	35.950
75-89	1.069.360	210.534	734.147	116.176	73.983
90 e oltre	179.006	15.514	278.530	5.236	11.207
Non ripartibili	38	47	307	5	42
Totale	2.069.366	889.849	2.185.037	352.323	142.551
COMPOSIZIONI PERCENTUALI					
0-14	-	-	4,7	-	0,1
15-29	0,1	1,1	5,3	-	0,5
30-44	2,1	9,3	10,7	-	4,4
45-59	12,1	23,4	15,9	-	10,1
60-74	25,5	40,9	17,0	65,5	25,2
75-89	51,7	23,7	33,6	33,0	51,9
90 e oltre	8,7	1,7	12,7	1,5	7,9
Non ripartibili	..	..	..	..	..
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

Dall'esame della tavola 8.9 si evince che i redditi lordi annui da pensione destinati ai percettori di prestazioni di invalidità sono maggiormente concentrati tra coloro che hanno età compresa tra 75 e 89 anni (53,8 per cento del totale) e, in misura minore, tra 60 e 74 anni (28,4 per cento del totale). La quota dei redditi pensionistici erogati ai beneficiari di età inferiore a 60 anni è pari al 9,0 per cento, quella destinata agli ultranovantenni è pari all'8,7 per cento.

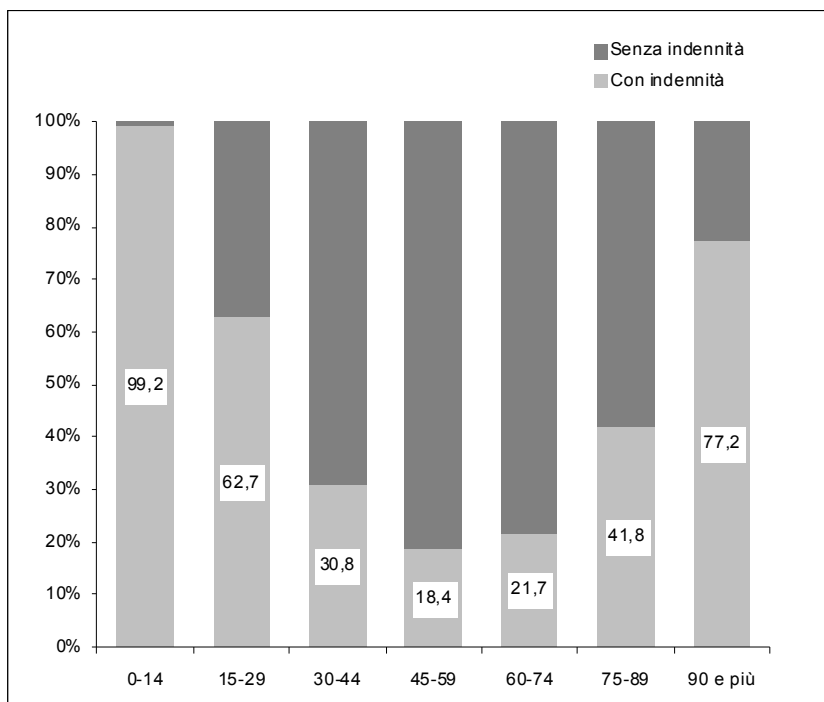
Tavola 8.9 - Importo complessivo lordo annuo dei redditi pensionistici per tipologia di pensione e classe di età - Anno 2005 (migliaia di euro)

CLASSI DI ETÀ	Invalidità (lvs)	Indennitarie	Invalidità civile	Pensioni sociali ex pensioni invalidità civile	Guerra
VALORI ASSOLUTI					
0-14	-	-	410.385	-	864
15-29	8.114	30.622	654.438	-	6.437
30-44	341.184	254.490	1.469.004	-	62.305
45-59	2.570.159	1.594.419	2.693.643	-	189.338
60-74	5.388.967	5.785.089	5.016.436	2.301.803	817.150
75-89	11.978.890	3.454.080	12.043.463	1.190.090	1.546.017
90 e oltre	2.331.714	272.144	4.598.280	73.984	250.274
Non ripartibili	971	541	6.176	45	1.227
Totale	22.619.999	11.391.385	26.891.825	3.565.922	2.873.612
COMPOSIZIONI PERCENTUALI					
0-14	-	-	1,5	-	..
15-29	..	0,3	2,4	-	0,2
30-44	1,5	2,2	5,5	-	2,2
45-59	11,4	14,0	10,0	-	6,6
60-74	23,8	50,8	18,7	64,6	28,4
75-89	53,0	30,3	44,8	33,4	53,8
90 e oltre	10,3	2,4	17,1	2,1	8,7
Non ripartibili	..	..	..	..	..
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

Dall'esame dei dati della figura 10 si osserva che la quasi totalità dei pensionati di invalidità con età inferiore a 15 anni (2,2 per cento del totale) percepisce l'indennità di accompagnamento (99,2 per cento). Al contrario i soggetti con età compresa tra 30 e 89 anni sono per lo più titolari di prestazioni senza alcuna indennità accessoria. Infine, tra gli ultranovantenni (7,6 per cento del totale) una quota consistente (77,2 per cento) riceve l'indennità di accompagnamento associata o meno alla pensione di invalidità.

Figura 8.10 - Beneficiari di pensioni di invalidità con o senza indennità di accompagnamento per classe di età - Anno 2005 (composizione percentuale)



Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

Dall'esame dei dati della tavola 8.10 si evince che i redditi lordi annui da pensione destinati ai percettori di prestazioni di invalidità sono maggiormente concentrati tra coloro che hanno età compresa tra 60 e 74 anni (44,6 per cento del totale) e, in misura minore, tra 75 e 89 anni (31,9 per cento del totale). La quota dei redditi pensionistici erogati ai beneficiari di età inferiore a 60 anni è pari al 21,2 per cento, quella destinata agli ultranovantenni è pari al 2,2 per cento. Relativamente alla distribuzione degli importi medi dei redditi pensionistici (Tavola 8.11), si osservano valori crescenti all'aumentare dell'età, raggiungendo un massimo (senza contare il dato riferito ai casi non ripartibili) pari a 15.223 euro in corrispondenza degli ultranovantenni, a fronte di un importo medio riferito al totale dei pensionati di invalidità pari a 11.278 euro.

Tavola 8.10 - Importo complessivo annuo dei redditi pensionistici dei pensionati di invalidità per sesso e classe di età - Anno 2005 (migliaia di euro)

CLASSI DI ETÀ	Maschi		Femmine		Totale	
	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali
0-14	239.723	0,9	171.500	0,7	411.224	..
15-29	411.321	1,5	282.378	1,1	693.700	0,6
30-44	1.201.937	4,4	748.199	2,8	1.950.136	3,5
45-59	4.031.748	14,8	2.022.813	7,7	6.054.561	17,2
60-74	10.264.620	37,7	5.417.572	20,6	15.682.193	44,6
75-89	9.637.205	35,4	13.601.169	51,6	23.238.374	31,9
90 e oltre	1.403.142	5,2	4.091.085	15,5	5.494.227	2,2
Non ripartibili	5.456	..	3.227	..	8.683	..
Totale	27.195.153	100,0	26.337.946	100,0	53.533.099	100,0

Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

Tavola 8.11 - Importo medio annuo dei redditi pensionistici dei pensionati di invalidità per classe di età - Anno 2005

CLASSI DI ETÀ	Maschi		Femmine		Totale	
	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali
0-14	3.970	33,4	3.947	36,9	3.960	35,1
15-29	5.408	45,4	5.536	51,7	5.459	48,4
30-44	5.418	45,5	5.765	53,9	5.546	49,2
45-59	8.877	74,6	6.839	63,9	8.073	71,6
60-74	14.208	119,4	9.507	88,8	12.135	107,6
75-89	14.530	122,1	12.396	115,8	13.200	117,0
90 e oltre	16.150	135,7	14.929	139,5	15.223	135,0
Non ripartibili	20.984	176,3	19.560	182,8	20.431	181,2
Totale	11.900	100,0	10.701	100,0	11.278	100,0

Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

L'analisi della distribuzione del numero dei pensionati di invalidità per classe di importo mensile dei trattamenti pensionistici (Tavola 8.12) mostra che la maggior parte di essi (il 59,3 per cento) percepisce redditi da pensione inferiori a mille euro mensili. I pensionati con redditi da pensione compresi tra mille e 1.500 euro mensili costituiscono il 24,3 per cento, mentre coloro che ricevono prestazioni di importo superiore a 1.500 euro rappresentano una quota inferiore (16,4 per cento del totale).

Tavola 8.12 - Beneficiari di pensioni di invalidità per sesso e classe di importo mensile dei redditi pensionistici - Anno 2005

CLASSI DI IMPORTO	Maschi		Femmine		Totale	
	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali
Fino a 499,99	681.017	29,8	718.450	29,2	1.399.467	29,5
500,00-999,99	655.600	28,7	761.558	30,9	1.417.158	29,9
1000,00-1499,99	473.284	20,7	678.535	27,6	1.151.819	24,3
1500,00-1999,99	280.601	12,3	216.939	8,8	497.540	10,5
2000,00 e oltre	194.808	8,5	85.794	3,5	280.602	5,9
Totale	2.285.310	100,0	2.461.276	100,0	4.746.586	100,0

Fonte: Istat-Inps, Casellario centrale dei pensionati

Dalla distribuzione dei pensionati per sesso e classe di importo mensile della pensione si osserva che, in generale, le donne sono più numerose degli uomini in corrispondenza delle classi di importo mensile inferiore a 1.500 euro (1,8 milioni di beneficiari maschi, pari al 79,2 per cento del totale, a fronte di 2,2 milioni di donne, pari all'87,7 per cento del totale). Per contro, gli uomini sono maggiormente concentrati nelle ultime classi di importo: coloro che percepiscono prestazioni di importo mensile superiore a 1.500 euro rappresentano il 20,8 per cento del totale contro il 12,3 per cento del totale riferito alle femmine.

Appendice



L'attività internazionale per migliorare l'informazione statistica sulla disabilità

Introduzione

Negli ultimi anni è andata crescendo l'esigenza di armonizzare l'informazione statistica prodotta dai diversi Paesi in tema di disabilità. La disponibilità di dati consolidati, aggiornati e comparabili, è un elemento fondamentale per il monitoraggio e la valutazione delle politiche vigenti nonché per la programmazione di nuovi interventi, a livello sia nazionale sia internazionale. Per quanto riguarda la comparabilità dei dati, i fattori che entrano in gioco possono essere di varia natura: da fattori di tipo culturale (dovuti a diversità di valori, comportamenti e attitudini) ad altri più strettamente legati al reperimento delle informazioni. Più precisamente, da un punto di vista tecnico, i problemi di comparabilità delle statistiche internazionali possono essere ricondotti a quattro tipi diversi, che possono, naturalmente, combinarsi variamente tra loro nelle diverse situazioni nazionali:

- a) *Diversità metodologiche*, riconducibili alla tipologia e al disegno dell'indagine, nonché al trattamento dei dati (procedure di controllo e correzione);
- b) *Diversità concettuali*, riconducibili al sistema di metadati utilizzato (definizioni e classificazioni delle unità statistiche e delle variabili rilevate);
- c) *Diversità tecniche*, riconducibili agli strumenti e metodi utilizzati per la raccolta dei dati primari;

d) *Sfasamenti temporali*, dovuti al riferimento a diverse date, periodi o frequenze di osservazione dei fenomeni.

Lo stesso fenomeno, infatti, può essere oggetto di un'indagine campionaria in un paese e di un'indagine totale (magari su base amministrativa) in un altro, oppure oggetto in entrambi i paesi di indagini campionarie, realizzate con metodologie diverse. Da un paese all'altro, inoltre, lo stesso fenomeno può essere definito diversamente e, di conseguenza, alcuni suoi aspetti ritenuti cruciali in un paese possono essere considerati irrilevanti in un altro. Indagini simili nel disegno e nell'impostazione concettuale possono essere condotte in un paese raccogliendo i dati sul campo tramite intervistatori, e in un altro attraverso l'autosomministrazione di un questionario inviato per posta, e così via. In linea di massima, ogni paese – compatibilmente con le risorse disponibili – ha sviluppato un sistema di indicatori statistici nel quale si riflettono le caratteristiche e i bisogni di conoscenza delle proprie strutture istituzionali amministrative e produttive.

A livello europeo, l'attenzione alla comparabilità dei dati ha ricevuto un forte impulso dal processo di unificazione politica. A livello mondiale, invece, essa è promossa, nei rispettivi ambiti di competenza, da organismi internazionali come Unsd (United Nations Statistics Division), Oms (World Health Organization), Ocse (Organisation for Economic Cooperation and Development) e Banca mondiale. Sul tema della salute dei cittadini e dei sistemi sanitari, alla crescente disponibilità di dati prodotti da diversi paesi corrisponde una crescente consapevolezza dell'importanza di rendere tali dati comparabili. Solo sulla base di dati comparabili, infatti, è possibile costruire indicatori di valutazione delle condizioni di salute della popolazione e della qualità dei sistemi sanitari.

Questo lavoro illustra alcune delle principali attività svolte a livello europeo e mondiale per migliorare la comparabilità dei dati relativi alla disabilità raccolti attraverso le indagini di popolazione, che costituiscono il principale strumento utilizzato per la misurazione del fenomeno della disabilità.

Nuove esigenze informative sulla disabilità

La rappresentazione statistica della disabilità, come di qualsiasi altro fenomeno, è il frutto dell'applicazione alla realtà di un paradigma interpretativo fatto di definizioni, classificazioni, tecniche d'indagine e metodi di misurazione. Tale paradigma è modellato in funzione di una domanda pubblica di conoscenza, espressa dai decisori politici, dalla comunità scientifica e, più in generale, dalla società. Dunque, non solo l'evoluzione del fenomeno in sé, ma anche e soprattutto l'evoluzione della sensibilità sociale nei suoi confronti, fanno sì che questo schema debba essere continuamente rimesso in discussione e, dov'è possibile, aggiornato secondo l'evoluzione della domanda informativa.

Da questo punto di vista occorre sottolineare, ad esempio, che la tendenza a considerare le esigenze delle persone con disabilità in una prospettiva basata sui diritti, ampiamente affermata a livello internazionale e in Italia negli ultimi decenni, ha incrementato l'esigenza informativa su ambiti e aspetti prima non considerati rilevanti. Le molteplici Risoluzioni adottate dalle Nazioni unite, a partire dagli anni Ottanta, così come la proclamazione del 1981 "Anno internazionale dei disabili" e del periodo 1983-1992 come "Decennio dei disabili" hanno avviato un profondo mutamento negli orientamenti delle politiche sociali di molti paesi. Queste azioni, benché non costituissero un vincolo legale, hanno influenzato positivamente l'impegno dei Governi per l'adozione di nuove politiche volte a favorire l'integrazione e l'uguaglianza dei diritti e delle opportunità delle persone con disabilità. Ancora più di recente, l'impegno verso questa direzione è stato ribadito dalle Nazioni unite nella nuova *Convention on Disability Rights*¹, in corso di ratifica anche da parte dell'Italia.

Anche le istituzioni europee hanno contribuito, attraverso la promulgazione di linee-guida in diversi ambiti del sociale, a indirizzare le politiche dei paesi membri. La risoluzione "Norme standard per la parità di opportunità per le persone con disabilità"², approvata nel 1993 dall'Assemblea generale delle Nazioni unite, ha dato un forte impulso all'adozione, nel 1996, della "Risoluzione del Consiglio e dei rappresentanti dei governi degli Stati membri sulla parità di opportunità per le persone con disabilità", che ha rappresentato un quadro di riferimento

¹ <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>.

² <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>.

fondamentale per tutte le politiche successivamente promosse dalle istituzioni comunitarie. Anche il Consiglio d'Europa ha adottato diverse risoluzioni e dichiarazioni sul tema dell'integrazione delle persone con disabilità: ricordiamo, in particolare, la risoluzione dell'aprile 1992 dal titolo "Una coerente politica per l'integrazione dei disabili". Più recentemente, la Commissione europea, in occasione dell'anno europeo delle persone con disabilità³ (2003) ha redatto lo *European Disability Action Plan*⁴ (Dap 2004-2010), che ha individuato degli ambiti prioritari di intervento per dare concretezza alle tanto auspiccate pari opportunità per le persone con disabilità. Nel primo periodo di riferimento del Dap (2004-2005), l'obiettivo era migliorare le condizioni che permettono l'occupazione. Gli interventi previsti, dunque, hanno riguardato principalmente l'istruzione, la formazione continua, l'accesso alle nuove tecnologie, l'abbattimento delle barriere architettoniche. Nel secondo periodo (2006-2007), l'obiettivo prioritario era l'inclusione sociale e, dunque, le azioni hanno riguardato in modo particolare il miglioramento dei servizi di supporto e di cura, la loro accessibilità ma anche la capacità di analisi delle relative problematiche da parte dell'Unione europea. Proprio per rispondere a tale esigenza conoscitiva Eurostat ha emesso un *grant* per la realizzazione di un modulo su disabilità e integrazione sociale, come si vedrà meglio in seguito. Nell'ultimo periodo di riferimento del Dap (2008-2009) il *focus* è sul tema dell'accessibilità nei suoi diversi aspetti (ad esempio, l'accesso al mondo del lavoro, ai servizi e alle infrastrutture, ma anche una migliore conoscenza delle relative problematiche da parte della Commissione europea) e sull'implementazione della nuova *Un Convention on Disability Rights*.

La proliferazione di atti, regolamentazioni e politiche innovative, nel corso degli anni, ha provocato, di per sé, un aumento della domanda di informazioni utili a monitorare i diversi aspetti del fenomeno della disabilità e a indirizzare nuovi programmi di intervento.

Un altro elemento che, da un lato, riflette i cambiamenti culturali intervenuti negli ultimi anni sul concetto di disabilità e, dall'altro, influisce sulla necessità di rivedere gli attuali strumenti di rilevazione del fenomeno, è la nuova *Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute* (Icf)⁵, pubblicata dall'Oms nel 2001. La classificazione è il risultato di un lungo lavoro di revisione, iniziato nel

³ <http://www.annoeuropedisabili.it>.

⁴ <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=430&langId=en>.

⁵ <http://www.who.int/classifications/icf/en>.

1993, della *Classificazione internazionale delle menomazioni, disabilità e handicap* (Icidh) del 1980.

La disabilità viene intesa, nella nuova classificazione, come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, fattori personali e fattori ambientali. Ne consegue che ogni individuo, date le sue condizioni di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le sue capacità funzionali e di partecipazione sociale. È, in sostanza, il passaggio da un approccio individuale ad uno bio-psico-sociale nello studio della disabilità. La Icf, mettendo in relazione la condizione di salute con l'ambiente, promuove un nuovo metodo di misurazione della salute, delle capacità e delle difficoltà nella realizzazione di attività. Questo metodo permette di individuare gli ostacoli da rimuovere o gli interventi da effettuare perché l'individuo possa raggiungere il massimo della propria auto-realizzazione. La nuova definizione di disabilità cambia, dunque, l'approccio che deve essere adottato nell'elaborazione e nell'implementazione delle politiche sociali e dei servizi e, conseguentemente, i contenuti delle indagini statistiche che forniscono le informazioni necessarie per valutare e programmare le relative politiche. La classificazione, che stabilisce un linguaggio comune per la descrizione delle condizioni di salute, potrà agevolare, una volta definiti gli strumenti di misurazione in grado di dare operatività alle definizioni della classificazione, il confronto tra dati raccolti in diversi Paesi e in diverse discipline.

Anche semplicemente confrontando i contenuti informativi previsti dall'Icf e i dati attualmente disponibili, emergono significativi vuoti informativi su taluni aspetti della disabilità e delle condizioni di vita delle persone con disabilità, che dovranno essere colmati per avere un quadro descrittivo più completo e articolato.

Alcuni strumenti di misurazione della disabilità

I primi indicatori messi a punto per la misura della disabilità furono sviluppati nella prima metà degli anni Sessanta ed erano basati sulla misurazione delle limitazioni imposte alle attività quotidiane (Activities of Daily Living - Adl) dalle cattive condizioni di salute degli individui. Si trattava, per lo più, di strumenti finalizzati alla classificazione delle forme più gravi di disabilità. Katz, tra i primi a proporre una scala basata

sulle Adl (Katz *et al.*, 1963), sviluppò uno strumento per misurare il grado di disabilità degli anziani ricoverati negli istituti, considerando il livello di autosufficienza nel lavarsi, vestirsi, nutrirsi e spostarsi.

Qualche anno più tardi, Lawton e Brody (1969) proposero un'altra scala, basata sulla misurazione delle limitazioni quotidiane delle attività strumentali (Instrumental Activities of Daily Living - Iadl), la quale copriva una gamma più vasta di abilità necessarie per una vita indipendente (ad esempio: la capacità di maneggiare il proprio denaro, di svolgere le attività di lavoro domestico o di fare la spesa). Anche se questo nuovo strumento sembrava essere più adatto a rilevare livelli di disabilità moderati (ma comunque significativi), comportava però lo svantaggio di fornire misure meno comparabili a livello internazionale, in quanto le *performance* nelle attività considerate potevano essere influenzate da condizionamenti culturali relativamente alla suddivisione dei ruoli tra i due sessi. Le scale Adl offrivano, invece, una valutazione del funzionamento più oggettiva, ma certamente più generalizzabile.

Negli anni Ottanta sono state poi sviluppate misure più generiche sullo stato di salute, che prendono in considerazione sia l'aspetto fisico che quello psichico. I primi esempi di questi strumenti sono il cosiddetto *Short Form Health Survey-36 Questionnaire*⁶, lo *EuroQol-5D*⁷, e il *McMaster's Health Utiliries Index (Hui-3)*⁸. Le dimensioni indagate da questi strumenti sono in parte le stesse anche se il numero di *item* utilizzati per la loro misurazione è diverso.

In sintesi, questi strumenti sono adottati sempre più spesso nelle indagini di popolazione come misure dello stato di salute e delle limitazioni alla funzionalità, perché possono essere utilizzati sia a complemento sia in sostituzione di strumenti di misura più specifici sulla disabilità.

L'attività volta alla standardizzazione degli strumenti di rilevazione della disabilità, al fine di migliorarne la comparabilità a livello internazionale, si è intensificata soprattutto a partire dalla fine degli anni Settanta. Nei paesi Ocse, ad esempio, la cosiddetta *Oecd - Long Term Disability List* (McWhinnie, 1982) fu messa a punto nel 1982. La lista focalizzava l'attenzione sulla misura della disabilità di lungo periodo ba-

⁶ Elaborato negli Stati Uniti e adattato al contesto italiano a metà degli anni Novanta nell'ambito del progetto Iqola.

⁷ Sviluppato in Europa alla fine degli anni Ottanta.

⁸ Ideato in Canada nella sua ultima versione Hui-3 per la *1990 Statistics Canada Ontario Health Survey*.

sandosi sulle funzioni della vita quotidiana e considerava le limitazioni nella mobilità, nella cura della propria persona e nella comunicazione. L'obiettivo era migliorare la comparabilità a livello internazionale attraverso l'implementazione di questo strumento – dimostratosi particolarmente idoneo a rilevare la disabilità nelle fasce di età più anziane (McDowell e Newell, 1996) – nelle *survey* nazionali.

Tra gli strumenti elaborati dall'Oms si deve menzionare la *Disability Assessment Schedule* (Who/Das) del 1988, volta principalmente a misurare la disabilità in soggetti psichiatrici e la *Disability Assessment Scale II* (Who/Das II), che è una completa revisione della precedente, basata sull'Icf. Più recentemente, a seguito della nuova classificazione Icf, anche la *World Health Interview Survey* ha subito una revisione per dare applicazione ai nuovi concetti. Anche la sezione europea dell'Oms si è impegnata in tal senso con la realizzazione, in collaborazione con Statistics Netherlands, del progetto EuroHis (*European Health Interview Surveys*). Il progetto si poneva l'obiettivo di armonizzare le misurazioni di aspetti della salute indicati come prioritari nell'ambito del programma *Health for All* (EuroHis, 2000).

Con il supporto della Commissione Europea, alla fine degli anni Novanta, il network Euro-Reves (*International Network on Health Expectancies / Réseau Espérance de Vie En Santé*) ha svolto diverse attività di studio e ricerca per proporre un set di indicatori di salute per i paesi europei (Euro-Reves, 2000). Sulla scorta del lavoro fatto proprio dall'Oms-Europa, Euro-Reves ha formulato un serie di raccomandazioni relative agli strumenti da adottare nelle indagini di popolazione, focalizzando in modo particolare l'attenzione sulla misurazione delle limitazioni fisiche e sensoriali e delle Adl e sull'autovalutazione delle condizioni di salute (generica e mentale). Nell'ambito specifico della disabilità, il gruppo ha proposto di suddividere la *Long Term Disability List* dell'Oms-Europa in due blocchi: da una parte i quesiti finalizzati alla valutazione delle disabilità che comportano limitazioni fisiche e sensoriali e dall'altra i quesiti per la valutazione delle limitazioni nelle attività quotidiane (Adl). Questa separazione ha lo scopo di distinguere le *limitazioni funzionali* dalle *restrizioni delle attività*, in quanto le une e le altre si riferiscono a diversi livelli di disabilità, comportano conseguenze diverse sulla qualità della vita quotidiana e richiedono differenti interventi nell'ambito delle politiche sociali (Gudex, 2000).

Euro-Reves ha anche proposto una scala di quattro livelli di gravità nella limitazione delle funzioni e delle Adl, operando una distinzione tra

“abilità nelle funzioni” e “capacità di compiere le azioni della vita quotidiana” con o senza l’ausilio di strumenti come occhiali o apparecchi acustici (Eurostat, 1999). Come misura sintetica per individuare le persone con disabilità nelle indagini di popolazione è stato proposto di utilizzare un singolo quesito riguardante la limitazione nello svolgimento delle attività usuali.

Problemi di comparabilità dei dati sulla disabilità a livello internazionale

Nella prospettiva di aggiornare gli strumenti di rilevazione del fenomeno della disabilità in un’ottica di comparabilità dei dati, ma anche considerando le più recenti esigenze di dare applicazione in campo statistico alla Icf, diversi lavori di ricognizione e analisi dei quesiti in uso nelle *survey* nazionali sono stati condotti nel corso degli ultimi anni. Qui di seguito ne vengono menzionati alcuni tra i più rilevanti.

In uno studio del 2000, l’Ocse ha condotto una ricognizione su 30 indagini svolte in 23 paesi membri, oltre che sulla *European Community Household Panel* (Echp), svolta in 14 paesi europei. Lo scopo della ricognizione era verificare il grado di comparabilità delle indagini relativamente ai quesiti sulla disabilità e, più in generale, sulla salute. Questo studio ha evidenziato diversi problemi di comparabilità delle informazioni rilevate, sia relativamente all’uso di definizioni diverse del fenomeno sia relativamente all’uso di differenti strumenti di rilevazione.

Le definizioni utilizzate nei paesi Ocse risultano ispirate, fondamentalmente, a due diversi approcci. Il primo, più comune, si basa sul concetto di limitazione, e si pone l’obiettivo di indagare sulle restrizioni che le persone subiscono nello svolgere specifiche attività della vita quotidiana. Questo approccio focalizza l’attenzione sui problemi legati all’invecchiamento della popolazione, anche se le indagini che lo adottano sono rivolte a tutta la popolazione e non a particolari classi di età. Il secondo approccio fa riferimento a una definizione meno soggettiva e più ampia di disabilità, basata sulle limitazioni delle attività, genericamente considerate, dichiarate dalle persone. I due approcci forniscono, ovviamente, stime diverse del tasso di prevalenza.

Lo studio dell’Ocse ha inoltre messo in luce che la comparabilità delle indagini è possibile solo per quanto riguarda gli aspetti generali, cioè per quelle che si definiscono le *general measures*. Si tratta di quesiti

ti che rilevano la presenza di malattie croniche o di una disabilità generica. Risultano scarsamente comparabili, invece, i quesiti relativi a specifiche inabilità, connesse per esempio alla sfera della salute mentale, o alle limitazioni nelle attività della vita quotidiana. Tali quesiti, pur essendo basati su strumenti di rilevazione standardizzati come le scale Adl (*Activities of Daily Living*) e Iadl (*Instrumental Activities of Daily Living*), risentono di modifiche nazionali per quanto riguarda, ad esempio, la durata e il tipo di azione indagata.

Anche altri lavori di ricognizione e di analisi delle principali caratteristiche dei quesiti in uso (Gudex *et al.*, 1999; Sanderson *et al.*, 2002) evidenziano i problemi connessi alla comparabilità dei dati sulla disabilità a livello internazionale. Ad esempio, lo studio di Gudex del 1999, basato sull'analisi dei quesiti utilizzati nelle indagini europee, individua quattro diverse tipologie di quesiti, che prendono in considerazione altrettanti punti di vista sul fenomeno.

Un primo tipo di quesiti chiede all'intervistato se la sua attività quotidiana sia stata condizionata da problemi di salute. All'interno di questo gruppo, si rilevano ulteriori differenze tra le indagini per quanto riguarda: a) il riferimento temporale, b) il *wording* dei quesiti sulle limitazioni, c) i termini usati per la descrizione dei problemi di salute e/o per la descrizione delle attività quotidiane, d) la presenza o l'assenza di un luogo nel quale contestualizzare le proprie difficoltà (casa, lavoro, tempo libero). Infine, si riscontrano differenze anche nelle categorie di risposta: alcuni quesiti prevedono risposte dicotomiche (sì/no), mentre altri individuano un grado di limitazione o la sua frequenza.

Una seconda tipologia di quesiti pone l'attenzione sul numero di giorni nei quali la persona si è sentita limitata. In questo caso, le differenze di formulazione osservate nelle indagini europee riguardano generalmente il periodo di riferimento o il tipo di attività (lavorative e/o non lavorative).

Un terzo tipo di quesiti considera il numero di giorni nei quali la persona è stata costretta a restare a letto a causa delle cattive condizioni di salute. Infine, un quarto tipo di quesiti chiede se l'intervistato sia stato vittima di limitazioni a causa di un incidente non legato al proprio lavoro. Per le ultime due tipologie, le differenze tra i quesiti sono imputabili ai periodi di riferimento proposti.

Altri elementi che evidenziano differenze tra le *survey* riguardano i diversi aspetti del "funzionamento": difficoltà di tipo motorio (salire le scale, camminare, mobilità in casa e fuori), difficoltà legate alla cura della propria

persona, difficoltà legate alle funzioni sensoriali (udito, vista, parola). Riguardo alle difficoltà di tipo motorio, in particolare, si rileva una scarsa comparabilità tra le indagini europee. I quesiti analizzati rimandano a punti di vista diversi: uno pone attenzione sull'aiuto necessario a svolgere attività domestiche, un altro punta a carpire il grado di limitazione causata dalle cattive condizioni di salute. Alcune indagini focalizzano, per esempio, l'attenzione sul numero di gradini che gli intervistati sono in grado di salire, mentre altre chiedono genericamente di indicare un grado di difficoltà nel salire le scale. Anche i quesiti sulla cura della propria persona sono spesso formulati in modo diverso: alcuni prendono in considerazione la presenza di un aiuto, altri richiedono esplicitamente di escludere gli aiuti esterni.

Tra le difficoltà di tipo sensoriale alcune indagini pongono attenzione, per esempio, alla distanza alla quale l'intervistato è in grado di vedere o, per quanto riguarda l'udito, sulla capacità di seguire una conversazione o un programma televisivo o radiofonico.

Un altro studio del 2003 (Crialesi & De Palma, 2003a e 2003b)⁹ ha focalizzato l'attenzione sui quesiti utilizzati, come *general measures*, nelle *Health Interview Surveys*, nelle *Social Surveys* e nei Censimenti dei paesi europei¹⁰. Anche in questo caso le principali differenze riscontrate riguardano non solo il numero di domande usate (una o più) ma anche la formulazione/strutturazione dei quesiti (presenza o meno di un periodo di tempo, di un riferimento alle condizioni di salute come elemento determinante le limitazioni nelle attività, del bisogno di aiuto, di norme di riferimento, ecc.) e le categorie di risposta (dicotomiche o multiple). Lo studio è stato effettuato tenendo conto della nuova classificazione Icf ed ha analizzato, inoltre, le componenti della classificazione indagata tramite i quesiti (funzioni corporee, strutture corporee, attività e partecipazione, fattori ambientali) rilevando, anche in questo caso, differenze tra i paesi e tra le tipologie di *survey*. Alcune attività a livello europeo volte al miglioramento della comparabilità dei dati

Sin dalla fine degli anni Ottanta, Eurostat e alcune Direzioni generali della Commissione europea hanno dato avvio a un processo di diffusione dei dati raccolti dai singoli paesi membri e hanno promosso, a

⁹ <http://www.disabilitaincifre.it/europa/rapportiricercaeuropei.asp>.

¹⁰ Sono stati analizzati i quesiti contenuti nelle indagini e nei censimenti contenuti nel *database Hsi/Hes*, promosso dalla Commissione europea nel 1998 e in continuo aggiornamento (<https://hishes.ipf.fgov.be/index.php?hishes=home>).

partire dal Programma statistico 1993-1997, l'inserimento del tema della disabilità tra le statistiche sanitarie, avviando studi (alcuni dei quali già menzionati nei paragrafi precedenti) e specifiche azioni volte all'armonizzazione dei dati.

Negli anni Novanta erano ancora poche, in Europa, le indagini specifiche sulla disabilità (Portogallo 1994, Austria 1995, UK 1996, Francia e Spagna 1999), ma tutti i paesi membri conducevano sistematiche indagini sulla salute (His) o altre *survey* che contenevano anche domande sulla disabilità. La necessità di avere dati comparabili da queste varie fonti è stata rilevata dalla Task force di Eurostat denominata *Health and Health-related Survey Data*.

Un primo passo è stato quello di inserire un numero minimo di quesiti su salute e disabilità nello *European Community Household Panel* (Echp). In particolare, due quesiti sono stati introdotti in questa indagine come *general measures*: il primo indaga le condizioni di salute/disabilità, mentre il secondo le limitazioni nelle attività¹¹. Successivamente, nell'edizione 2002 dell'Indagine europea sulle forze di lavoro (*Labour Force Survey*), è stato inserito un modulo *ad hoc* sulla disabilità. Le *general measures* qui utilizzate riprendono le due precedenti, con qualche lieve modifica relativa a riferimenti temporali e necessità di aiuto¹².

Nel 2002 si sono conclusi anche i lavori del progetto Edm (*European Disability Measurement Project*), promosso da Eurostat con lo scopo di definire un programma d'azione per la produzione di dati coerenti e comparabili a livello europeo (Eurostat, 2002). Il risultato principale del progetto è stato la realizzazione del *Minimum European Health Module*, (Mehm), inserito inizialmente nell'indagine europea *Income and Living Conditions* (Eu-Silc), che sostituisce la Echp a partire dal 2004, e poi adottato in tutte le *survey* dei paesi membri a partire dal 2005. Il Mehm è composto da tre quesiti: il primo misura la salute in generale, il secondo le malattie o le condizioni patologiche croniche e il terzo le limitazioni nelle attività dipendenti dalle condizioni di salute. Quest'ultimo quesito è utilizzato come *general measure* per individuare le persone a rischio di disabilità. Il Mehm è stato, negli ultimi anni, oggetto di varie

¹¹ "Ha malattie, infermità croniche, disturbi psichici o disabilità?" [Sì / No]; "La ostacolano nello svolgimento delle sue attività quotidiane?" [Sì, pesantemente / Sì, parzialmente / No].

¹² "Lei ha un problema di salute o un handicap che dura da più di sei mesi o che possa durare per più di sei mesi?" [Sì / No]; "Questo problema le crea difficoltà nelle attività di tutti i giorni, al punto da chiedere l'aiuto di altre persone?" [Sì, in modo continuativo / Sì, in modo saltuario / No].

modifiche prima di giungere alla sua versione definitiva¹³, inclusa della *European Health Interview Survey* (Ehs). Dal 2002 si è lavorato anche alla creazione di un sistema europeo di raccolta di dati armonizzati sulla salute, attraverso *survey* e/o moduli *ad hoc*, denominato *European Health Survey System* (Ehss). Nell'ambito dello *European Core Health Interview Survey* (Echis)¹⁴, che è una delle componenti del sistema¹⁵, è stato incluso, successivamente, anche un modulo specifico sulla disabilità e l'integrazione sociale. Alla fine del 2007, infatti, l'Università di Leicester si è aggiudicata un *grant* di Eurostat per la progettazione del *Survey Module on Disability and Social Integration* (Edsim)¹⁶. Questo modulo è stato progettato come uno strumento d'indagine che può essere utilizzato nelle indagini di popolazione sia sulla salute sia su altre tematiche (per esempio nella *Labour Force Survey*). La redazione del questionario ha tenuto conto del lavoro svolto a livello internazionale da diversi gruppi di lavoro (di cui si dirà in seguito) e ovviamente della nuova classificazione Icf. Considerando la nuova definizione di disabilità il modulo è stato disegnato in modo diverso rispetto al passato, quando si partiva dalle condizioni di salute per poi indagare se queste determinassero limitazioni funzionali e se ciò comportasse un *handicap*, o uno svantaggio sociale. Il nuovo punto di partenza è l'integrazione sociale, che viene investigata attraverso domande sul livello di partecipazione del rispondente in diversi aspetti/aree della vita. Solo se l'intervistato riporta di desiderare un maggior livello di partecipazione, gli si chiede se le sue condizioni di salute, menomazioni e/o limitazioni nelle attività sono considerate fattori che influiscono negativamente sulla partecipazione. Il modulo indaga alcuni domini dei capitoli delle sezioni "Attività

¹³ "Come va in generale la sua salute?" [Molto bene / Bene / Né bene né male / Male / Molto male]; "Lei è affetto da malattie o problemi di salute di lunga durata? (il termine di lunga durata si riferisce a malattie o a problemi di salute che durano da almeno 6 mesi o si prevede che durino almeno 6 mesi)" [Sì / No]; "A causa di problemi di salute, in che misura lei ha delle limitazioni che durano da almeno 6 mesi, nelle attività che le persone abitualmente svolgono?" [*direbbe di avere*: Limitazioni gravi / Limitazioni non gravi / Nessuna limitazione].

¹⁴ Lo *European His* (Ehis), da attuare ogni 5 anni, include moduli su: *Health status* (Ehsm), *Health care* (Ehcm), *Health determinants* (Ehdm) e Variabili di *background* (Ebm).

¹⁵ Il sistema si basa su tre elementi: *European Core Health Interview Survey* (Echis), un gruppo complementare di indagini Ehis e un *database* che raccoglie strumenti di indagine raccomandati.

¹⁶ Il modulo comprende le seguenti aree tematiche: "Accesso e uso di internet", "Accesso alle opportunità di apprendimento", "Lavoro", "Vita economica", "Mobilità", "Trasporto", "Vita sociale e attività del tempo libero", "Accessibilità degli edifici", "Relazioni sociali", "Atteggiamenti e comportamenti discriminatori".

e partecipazione”¹⁷ e “Fattori ambientali” dell’Icf.

L’Istat ha partecipato al progetto con la realizzazione di un *cognitive test* le cui indicazioni, insieme a quelle del test condotto dall’Istituto di statistica lituano, sono state utili nella stesura della versione definitiva del questionario, che sarà testata in altri dieci paesi dell’Unione.

Alcune iniziative a livello internazionale

Quelle fin qui presentate sono alcune delle principali iniziative intraprese a livello europeo per l’armonizzazione dei dati sulla salute, e in particolare sulla disabilità, ma il problema della comparabilità dei dati è un problema che riguarda non solo lo *European Statistical System*, e infatti diverse azioni sono state avviate a livello mondiale.

Le Nazioni unite, oltre a promulgare documenti sui diritti e sulle politiche in favore delle persone con disabilità, svolgono un ruolo attivo anche in questo processo di miglioramento dell’informazione prodotta dagli Istituti di statistica nazionali sulla disabilità. Con la risoluzione Onu del 1993, per esempio, sono state anche fornite specifiche raccomandazioni al riguardo, con la produzione di linee-guida¹⁸ e di altre pubblicazioni.

Nel 2002 si è costituito, come risultato dell’*International Seminar on Disability Measurement*¹⁹ promosso dalla Unsd nel 2001, il *Washington City Group on Disability Statistics (Wg)*²⁰, un gruppo di lavoro che coinvolge rappresentanti degli Istituti di statistica nazionali e delle principali organizzazioni internazionali e che, proprio per la sua composizione, rappresenta un importante contesto di analisi e di progettazione di strumenti di indagine che tengano conto delle esigenze e delle risorse disponibili nei diversi paesi. In estrema sintesi, il Wg si pone i seguenti

¹⁷ In particolare per la sezione “Attività e partecipazione” sono indagati alcuni domini dei seguenti capitoli: 4 “Mobilità”, 7 “Interazioni e relazioni interpersonali”, 8 “Aree di vita principali” e 9 “Vita sociale, civile e di comunità”.

¹⁸ Tra queste vanno ricordati gli *Un’s Principles and Recommendations for Population and Housing Census-Revision 1* (Un, 1998). L’Onu ha anche prodotto manuali più specifici sulla disabilità (avendo come riferimento la classificazione in vigore all’epoca, Icidh-1): il *Manual for the Development of Statistical Information for Disability Programmes and Policies* (Un, 1996) e le *Guidelines and Principles for the Development of Disability Statistics* (Un, 2001). Quest’ultima pubblicazione è attualmente in corso di aggiornamento.

¹⁹ Per maggiori informazioni, vedi:

<http://unstats.un.org/unsd/disability/Seminar%202001.html>.

²⁰ Per maggiori informazioni, vedi www.cdc.gov/nchs/citygroup.htm.

obiettivi: a) individuare una o più domande (uno *short set of internationally comparable general disability measures*) da introdurre nei censimenti e/o nelle indagini nazionali; b) proporre uno o più *set* di domande per misurare diversi aspetti della disabilità, da introdurre nelle indagini di popolazione o da inserire in moduli *ad hoc* in indagini di altro tipo; c) affrontare aspetti metodologici relativi alla misurazione statistica delle disabilità e alla copertura di alcune categorie di soggetti spesso escluse da indagini e censimenti (persone ricoverate in istituti, bambini, persone con disabilità mentali). Entrambe le batterie di domande hanno lo scopo di informare le politiche sulle pari opportunità delle persone con disabilità.

Mentre i lavori per il raggiungimento del primo obiettivo si sono praticamente conclusi con la definizione dello *short set of disability questions*²¹ da inserire nei censimenti, proseguono gli sforzi per la produzione dell'*extended set*. L'obiettivo è di produrre due *set*: il primo è volto ad approfondire la misurazione dei domini Icf già inclusi nello *short set* (vista, udito, difficoltà motorie, capacità cognitive, cura di sé, comunicazione), attraverso un ampliamento delle capacità cognitive considerate e l'inserimento di nuovi domini quali *Upper Body Functioning, Psychological Functioning, Fatigue e Pain*; il secondo prevede la possibilità di raccogliere informazioni più dettagliate sulle cause della disabilità, sull'età dell'insorgenza, sulla durata e sui fattori ambientali. Nel corso dell'ultimo meeting del Wg (Manila, 28-31 ottobre 2008) si è trovato un primo accordo sui quesiti dell'*extended set* che saranno testati (*cognitive e field tests*) nel 2009, secondo linee-guida concordate, in alcuni paesi.

Tutto il lavoro svolto nell'ambito del Wg tiene conto dei progressi che si stanno attuando anche a livello europeo e dell'azione delle principali organizzazioni internazionali.

Un altro gruppo impegnato a migliorare l'informazione statistica sulla salute è la cosiddetta *Budapest Initiative* (Bi)²², una task force costituitasi nel 2004 al primo *Joint Unece/Who/Eurostat Meeting on the*

²¹ Lo *short set* ha lo scopo di informare le politiche sulle pari opportunità delle persone con disabilità ed è composto da quattro quesiti principali, cui se ne possono aggiungere altri due. I quesiti riguardano le difficoltà che si possono incontrare nello svolgimento di alcune attività a causa di problemi di salute. I domini Icf indagati tramite i quesiti sono: "vista", "udito", "difficoltà motorie (camminare/fare le scale)", "capacità cognitive (ricordare/concertarsi)"; quelli che si possono aggiungere sono: "cura di sé (lavarsi/vestirsi)" e "comunicazione (farsi capire/comprendere)".

²² Alcuni documenti prodotti dalla *Budapest Initiative* sono disponibili sul web, all'indirizzo <http://www.unece.org/stats/archive/01.04.e.htm>.

Measurement of Health Status con l'obiettivo di produrre una batteria di quesiti, da utilizzare nelle indagini di popolazione, utili a costruire uno o più indicatori sintetici applicabili a livello locale, nazionale e internazionale per la comparazione dello stato di salute, includendo anche l'aspetto della disabilità²³. Un secondo *meeting* si è tenuto a Budapest (da cui il nome del gruppo) nel 2005 e in quella occasione i primi lavori della task force furono presentati ai Paesi membri e agli organismi internazionali. Nel 2006 è stato condotto un primo *round of cognitive test*, cui ha partecipato anche l'Italia, che ha portato all'elaborazione di un prima versione del modulo denominato *Budapest Initiative Mark 1* (Bi-M1) su cui la task force ha continuato a lavorare proponendo modifiche nel *wording* e cercando soluzioni ai problemi emersi dai *cognitive test*. Nel 2007, sotto la guida del *Comparative Cognitive Test Workgroup*, creato appositamente per coordinare le diverse attività, sono stati condotti altri *cognitive test* in diversi paesi²⁴. Il *Comparative Cognitive Test Workgroup* si è riunito nel febbraio 2008 per condurre un'analisi sistematica e comparativa dei risultati emersi dalle interviste dei *cognitive test*, per esaminare in dettaglio i modelli interpretativi e le problematiche derivanti dalle differenze socio-culturali e linguistiche tra i paesi.

Esiste, inoltre, lo *Un Development Account Project on Improvement of Disability statistics* (Unescap)²⁵ che prosegue l'impegno, avviato nel 2003, per lo sviluppo e l'implementazione di standard nella raccolta e nell'analisi delle statistiche sulle persone con disabilità in Asia e nei paesi del Pacifico. Questo progetto biennale continua l'attività svolta precedentemente da Escap in stretta collaborazione con l'Oms (2004-2006) che ha portato, tra l'altro, alla realizzazione del volume *Disability Statistics Training Manual*²⁶. Il manuale fornisce linee-guida per la raccolta, l'analisi e la diffusione delle statistiche sulla disabilità tenendo conto della nuova classificazione e dunque aggiornando e completando le *Un Guidelines and Principles for the Development of Disability Statistics* pubblicate dalla Unsd prima della classificazione Icf.

Esiste un generale accordo, tra i gruppi di lavoro internazionali (Wg, Bi, Unuscap), su quali siano i domini dell'Icf su cui focalizzare

²³ Il gruppo *Budapest Initiative* ha, al momento, selezionato un numero minimo di domini Icf su cui impegnarsi inizialmente per la realizzazione di una batteria di quesiti da utilizzare nella *European Health Interview Survey*. I domini considerati sono: "vista", "udito", "difficoltà motorie", "dolore e disturbi", "capacità cognitive" e "stato emozionale".

²⁴ Stati Uniti, Regno Unito, Bulgaria, Germania, Portogallo, Spagna e Svizzera.

²⁵ Per maggiori informazioni: <http://www.unescap.org/Stat/disability/index.asp>.

²⁶ <http://www.unescap.org/Stat/disability/manual/index.asp>.

l'attenzione. Tuttavia persistono ancora divergenze, anche se lievi, sulla formulazione dei quesiti e sulle dimensioni specifiche da analizzare, anche a causa delle diverse priorità stabilite da ciascun gruppo.

Per integrare e coordinare le attività di questi gruppi, che hanno diversi membri in comune, si è tenuto un *meeting* nel luglio del 2008, dal quale sono emerse utili indicazioni e la determinazione a collaborare nei *cognitive test* che saranno effettuati in futuro.

Conclusioni

Il processo che porterà al superamento dei problemi di comparabilità dei dati sul tema della disabilità a livello internazionale necessita di tempo e di un lungo lavoro di integrazione tra le esigenze informative dei singoli paesi. D'altra parte, ogni paese ha l'obiettivo prioritario di soddisfare il fabbisogno informativo peculiare al proprio contesto e di dare continuità alle informazioni rilevate nel corso degli anni. La comparabilità richiede, quindi, anche una disponibilità al compromesso per giungere alla creazione di indicatori utili anche a livello internazionale per programmare le politiche a favore delle persone con disabilità.

Come si è evidenziato, i fattori che influiscono sulla raccolta dei dati sono molteplici: oltre, naturalmente, lo scopo specifico delle singole indagini, entrano in gioco le definizioni di disabilità, le dimensioni e i livelli di gravità della disabilità indagati, gli strumenti di misurazione adottati, le dimensioni temporali di riferimento, la formulazione dei quesiti e le categorie di risposta adottate. Il passaggio dalla armonizzazione dei dati *ex-post* alla produzione di dati armonizzati, che comporta la progettazione di strumenti comuni (dalla metodologia ai quesiti), certamente facilita il processo di comparazione ma non risolve altre problematiche importanti, non considerate in questo lavoro (ad es., le differenze socio-culturali nell'auto-percezione del proprio stato di salute). Anche il fattore linguistico gioca un ruolo importante, tanto che Eurostat ha ritenuto necessario emanare delle linee-guida per le traduzioni. Inoltre, il *cognitive test* per la verifica dell'efficacia dei quesiti si è ormai affermato come uno strumento di lavoro fondamentale nei gruppi internazionali, i quali hanno definito, anche in questo caso, delle linee-guida.

In questo processo di avvicinamento alla produzione di dati comparabili sulla salute, e in particolare sulla disabilità, l'Istat si è notevolmente impegnato a livello internazionale, partecipando attivamente ad esempio sia a

progetti europei quali l'Edm e l'Edsim (nonché ad alcuni progetti del network Euro-Reves), sia alla *Budapest Initiative* e al *Washington Group*.

I risultati di queste iniziative porteranno un importante contributo al superamento degli attuali limiti di comparazione dei dati sulla disabilità a livello internazionale e permetteranno di ottenere una descrizione del fenomeno più completa e articolata, rendendo operativa la classificazione Icf in campo statistico e consentendo di verificare l'attuazione della recente *Un Convention on Disability Rights*.



Bibliografia

- Crialesi, Roberta, e Elena De Palma. 2003. *Comparative analysis of general measure(s) on disability used in Europe*: Research report presented at 2° Washington City Group meeting (Ottawa, 9 January 2003). Roma: Istat.
<http://www.disabilitaincifre.it/europa/rappoirtiricercaeuropei.asp>
- Crialesi, Roberta, e Elena De Palma. 2003. *Comparative analysis of Minimum European Health Module and questions used in Europe*. Research report presented at 2° Washington City Group meeting (Ottawa, 9 January 2003). Roma: Istat.
<http://www.disabilitaincifre.it/europa/rappoirtiricercaeuropei.asp>
- Database: European Health Interview and Health Examination Surveys.2001. IPH Brussels, KTL Finland, European Commission.
<https://hishes.iph.fgov.be/index.php?hishes=home>.
- European Disability Measurement (Edm). 2002. *Final report. Eurostat. Health, Education and Culture. Population and social conditions 3/2002/E/no 20*. European Commission.
- Gudex, Claire, e Gaetan Lafortune. 2000. *An inventory of health and disability-related surveys in Oecd countries. Labour market and social policy*. Occasional paper n. 44. Parigi. <http://fiordiliji.sourceoecd.org>.
- Gudex, Claire, S. Christensen, e N. Rasmussen. 1999. *Survey Data on Disability*. Luxemboug: Eurostat Working Paper Population and social conditions. No 20. European Commission.
- Hupkens, C., e H. Swinkels. 2001. *Statistics Netherlands; Health interview surveys in the EU: overview of methods and contents*. Heerlen-NL.
- Hupkens, C..1998. University of Maastricht and Statistics Netherlands. *Cover-*

- age of health topics by surveys in the European Union*. Eurostat Working papers, Population and social conditions 3/1998/E/No. 10. Luxembourg.
- Katz, S., A.B. Ford, R.W. Moskowitz, et.al. 1963. *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*. *Jama*: 185, PP.914-919.
- Kleijn-de Vrankrijker, MW de. *Report Brussels Meeting 31 January – 1 February 2002*. Brussels, April 10, 2002.
- Kramers, P. et al. *Design for a set of European community health indicators. Final Report by the ECHI project*. Bilthoven, February 15, 2001.
- Lawton, MP, e E. Brody. *Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *Gerontologist* 1969, Vol. 9:179-186.
- Mc Whinnie, J.R. *Measuring Disability. The OECD Social Indicator Development Programme*, Special Studies n.5 Parigi 1982.
- McDowell, I., e C. Newell. *Measuring Health: a guide to rating scales and questionnaires*. 2nd ed. New York/Oxford: Oxford University Press 1996.
- Me A, Mbogoni M, et al. *Summary and Recommendations of the United Nations International Seminar on Measurement of Disability*. New York: 4-6 June 2001, Who working paper: WHO/GPE/CAS/C/01.70, New York, 2001.
- Robine J.M., C. Jagger, e V. Egidi. 2000. *Selection of a Coherent Set of Health Indicators*. Euro-REVES Montpellier (France).
- Robine J.M, C. Jagger, e I. Romieu. 2002. *Selection of a Coherent Set of Health Indicators for the European Union*. Phase II: Final Report. Montpellier (France): Euro-REVES.
- Sanderson D.M., e N. Rasmussen. 2002. *Inventory of survey data on disability in EU member states*. National Institute of Public Health. Copenhagen.
- Un. 1996. *Manual for the development of statistical information for disability Programmes and Policies*. New York.
- Un. 2001. *Guidelines and Principles for the Development of Disability Statistics*. New York.
- Who-Europe. 1996. *Health interview surveys: towards international harmonisation of methods and instruments*. Who Regional Publication European series n.58. Copenhagen.
- Who. 1980. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Geneva.
- Who. 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva.
- Who-Escap. 2008. *Training Manual on Disability Statistics*. United Nations Bangkok.

Serie Argomenti – Volumi pubblicati

1. *La selezione scolastica nelle scuole superiori*
2. *Stili di vita e condizioni di salute - Indagini Multiscopo sulle famiglie. Anni 1993-94*
3. *Cultura, socialità, tempo libero - Indagini Multiscopo sulle famiglie. Anni 1993-94*
4. *La media e grande impresa in Italia dal 1991 al 1994 - Struttura e dinamica demografica*
5. *Conti economici regionali delle Amministrazioni pubbliche e delle famiglie*
6. *Famiglia, abitazioni, servizi di pubblica utilità - Indagini Multiscopo sulle famiglie. Anni 1993-94*
7. *Gli incidenti stradali negli anni '90. Rischio e sicurezza sulle strade italiane*
8. *Le pensioni di invalidità in Italia. Anni 1980-94*
9. *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia - Un quadro socio-demografico e sanitario dalla legge 194 ad oggi*
10. *I sistemi locali del lavoro 1991*
11. *Il reddito delle famiglie agricole - Un'analisi dinamica e strutturale per il decennio 1984-93*
12. *I lettori di libri - Comportamenti e atteggiamenti degli italiani nei confronti della lettura*
13. *Come cambia il commercio - Modificazioni strutturali e dinamica occupazionale (1980-96)*
14. *Il mercato degli audiovisivi in Italia - Un'analisi strutturale per il periodo 1980-96*
15. *Le organizzazioni di volontariato in Italia - Strutture, risorse ed attività*
16. *Le statistiche agrarie verso il 2000. Contributi di ricerca all'analisi strutturale e socioeconomica delle aziende*
17. *I Comitati per le pari opportunità nella pubblica amministrazione. Esperienze e problemi nello sviluppo di una cultura di genere*
18. *Nascere nelle 100 Italie. Comportamenti coniugali e riproduttivi nelle province italiane negli anni '80 e '90*
19. *Gli indici delle vendite al dettaglio per ripartizione geografica. Metodologie e risultati*
20. *I trasporti su strada e l'ambiente*
21. *Devianza e disagio minorile*
22. *Le esportazioni dai sistemi locali del lavoro. Dimensione locale e competitività dell'Italia sui mercati internazionali*
23. *I presidi residenziali socio-assistenziali. L'assistenza residenziale a bambini, ragazzi, adulti e anziani - Anno 1999*
24. *La stima ufficiale della povertà in Italia. 1997-2000*
25. *La sicurezza dei cittadini. Un approccio di genere*
26. *Aspetti socio-rurali in agricoltura - Anno 1999*
27. *Principali fattori agricoli di pressione sull'ambiente - Anno 1998*
28. *L'organizzazione dei tempi di lavoro: la diffusione degli orari "atipici"*
29. *Lo sport che cambia. I comportamenti emergenti e le nuove tendenze della pratica sportiva in Italia*
30. *Le cooperative sociali in Italia - Anno 2001*
31. *Diventare padri in Italia. Fecondità e figli secondo un approccio di genere*
32. *I tempi della vita quotidiana. Un approccio multidisciplinare all'analisi dell'uso del tempo*
33. *Conciliare lavoro e famiglia. Una sfida quotidiana*
34. *Evoluzione e nuove tendenze dell'instabilità coniugale*
35. *Time Use in Daily Life. A multidisciplinary approach to the time use's analysis*
36. *Gli stranieri nel mercato del lavoro*
37. *La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale*



Produzione editoriale e altri servizi

Le pubblicazioni a carattere generale

Annuario statistico italiano 2009

pp. XXIV+860+1 cd-rom; € 50,00
ISBN 978-88-458-1618-5

Bollettino mensile di statistica 2010

pp. 116 circa; € 13,00
ISSN 0021-3136

Compendio statistico italiano 2008

Italian Statistical Abstract 2008

pp. 368; € 15,00
ISBN 978-88-458-1608-6

Rapporto annuale.

La situazione del Paese nel 2008

pp. XVI+412; € 30,00
ISBN 978-88-458-1617-8
ISSN 1594-3135

Rivista di statistica ufficiale

n. 1/2008
pp. 74; € 10,00
ISSN 1828-1982

Le novità editoriali a carattere tematico

AMBIENTE E TERRITORIO

Atlante di geografia statistica e amministrativa (*)

Edizione 2009
pp. 268+1 cd-rom; € 30,00
ISBN 978-88-458-1609-3

Atlante statistico territoriale delle infrastrutture

Indicatori statistici, n. 6, edizione 2008
pp. 272+1 cd-rom; € 28,00
ISBN 978-88-458-1580-5

Statistiche ambientali 2009

Annuari, n. 11, edizione 2009
pp. 334+1 cd-rom; € 35,00
ISBN 978-88-458-1634-5

POPOLAZIONE

Evoluzione e nuove tendenze dell'instabilità coniugale (*)

Argomenti, n. 34, edizione 2008
pp. 164; € 18,00
ISBN 978-88-458-1582-9

Popolazione e movimento anagrafico dei comuni

anno 2005
Annuari, n. 18, edizione 2008
pp. 236+1 cd-rom; € 28,00
ISBN 978-88-458-1578-2

SANITÀ E PREVIDENZA

I bilanci consuntivi degli enti previdenziali (*)

anno 2007
Informazioni, n. 3, edizione 2009
pp. 104+1 cd-rom; € 22,00
ISBN 978-88-458-1625-3

Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale (*)

I - I trattamenti pensionistici anno 2007
Annuari, n. 13, edizione 2009
pp. 148+1 cd-rom; € 22,00
ISBN 978-88-458-1635-2

Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale (*)

II - I beneficiari delle prestazioni pensionistiche - Anno 2006
Annuari, n. 12, edizione 2009
pp. 124+1 cd-rom; € 22,00
ISBN 978-88-458-1616-1

CULTURA

Spettacoli, musica e altre attività del tempo libero (*)

anno 2006
Informazioni, n. 6, edizione 2008
pp. 228+1 cd-rom; € 28,00
ISBN 978-88-458-1599-7

Statistiche culturali

anno 2007
Annuari, n. 47, edizione 2009
pp. 164+1 cd-rom; € 25,00
ISBN 978-88-458-1622-2

FAMIGLIA E SOCIETÀ

Conciliare lavoro e famiglia (*)

Una sfida quotidiana
Argomenti, n. 33, edizione 2008
pp. 264; € 22,00
ISBN 978-88-458-1573-7

I consumi delle famiglie

anno 2007
Annuari, n. 14, edizione 2009
pp. 176+1 cd-rom; € 25,00
ISBN 978-88-458-1621-5

Evoluzione e nuove tendenze dell'instabilità coniugale (*)

Argomenti, n. 34, edizione 2008
pp. 164; € 18,00
ISBN 978-88-458-1582-9

L'indagine europea sui redditi e le condizioni di vita delle famiglie (Eu-Silc)

Metodi e norme, n. 37, edizione 2008
pp. 188; € 18,00
ISBN 978-88-458-1596-6



**Integrazione di dati campionari
Eu-Silc con dati di fonte amministrativa**

Metodi e norme, n. 38, edizione 2009
pp. 122; € 17,00
ISBN 978-88-458-1612-3

La misura della povertà assoluta

Metodi e norme, n. 39, edizione 2009
pp. 98; € 15,00
ISBN 978-88-458-1613-0

Spettacoli, musica e altre attività del tempo libero (*)
anno 2006

Informazioni, n. 6, edizione 2008
pp. 228+1 cd-rom; € 28,00
ISBN 978-88-458-1599-7

Gli stranieri nel mercato del lavoro (*)

I dati della rilevazione sulle forze di lavoro in un'ottica individuale e familiare
Argomenti, n. 36, edizione 2008
pp. 158; € 18,00
ISBN 978-88-458-1605-5

Time Use in Daily Life

A Multidisciplinary Approach to the Time Use's Analysis
Argomenti, n. 35, edizione 2008
pp. 332; € 30,00
ISBN 978-88-458-1587-4

I viaggi in Italia e all'estero nel 2006 (*)

Informazioni, n. 2, edizione 2009
pp. 96+1 cd-rom; € 17,00
ISBN 978-88-458-1620-8

La violenza contro le donne (*)
anno 2006

Informazioni, n. 7, edizione 2008
pp. 208+1 cd-rom; € 28,00
ISBN 978-88-458-1600-0

La vita quotidiana nel 2007

Informazioni, n. 10, edizione 2008
pp. 248+1 cd-rom; € 30,00
ISBN 978-88-458-1606-2

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Atlante di geografia statistica e amministrativa (*)

Edizione 2009
pp. 268+1 cd-rom; € 30,00
ISBN 978-88-458-1609-3

I bilanci consuntivi degli enti previdenziali (*)

anno 2007
Informazioni, n. 3, edizione 2009
pp. 104+1 cd-rom; € 22,00
ISBN 978-88-458-1625-3

Le cooperative sociali in Italia
anno 2005

Informazioni, n. 4, edizione 2008
pp. 144+1 cd-rom; € 22,00
ISBN 978-88-458-1588-1

Finanza locale: entrate e spese dei bilanci consuntivi (comuni, province e regioni)
anno 2005

Annuari, n. 12, edizione 2008
pp. 128+1 cd-rom; € 20,00
ISBN 978-88-458-1593-5

Le fondazioni in Italia

anno 2005
Informazioni, n. 1, edizione 2009
pp. 150; € 25,00
ISBN 978-88-458-1611-6

Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale (*)

I - I trattamenti pensionistici
anno 2007
Annuari, n. 13, edizione 2009
pp. 148+1 cd-rom; € 22,00
ISBN 978-88-458-1635-2

Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale (*)

II - I beneficiari delle prestazioni pensionistiche - Anno 2006
Annuari, n. 12, edizione 2009
pp. 124+1 cd-rom; € 22,00
ISBN 978-88-458-1616-1

GIUSTIZIA E SICUREZZA

L'attività notarile

Dieci anni della nuova indagine 1997-2006
Informazioni, n. 4, edizione 2009
pp.66+1 cd-rom; € 17,00
ISBN 978-88-458-1626-0

Evoluzione e nuove tendenze dell'instabilità coniugale (*)

Argomenti, n. 34, edizione 2008
pp. 164; € 18,00
ISBN 978-88-458-1582-9

La violenza contro le donne (*)
anno 2006

Informazioni, n. 7, edizione 2008
pp. 208+1 cd-rom; € 28,00
ISBN 978-88-458-1600-0

CONTI ECONOMICI

**Contabilità nazionale
Conti economici nazionali
Anni 1996-2007**

Annuari, n. 12, edizione 2009
pp. 336+1 cd-rom; € 35,00
ISBN 978-88-458-1615-4

Valore aggiunto ai prezzi di base dell'agricoltura per regione
anni 2003-2008

Informazioni, n. 6, edizione 2009
pp. 206+1 cd-rom; € 30,00
ISBN 978-88-458-1631-4

LAVORO

L'ambiente di codifica automatica dell'Ateco 2007 (*)

Esperienze effettuate e prospettive
Metodi e norme, n. 41, edizione 2009
pp. 126; € 17,00
ISBN 978-88-458-1629-1

Classificazione delle attività economiche - Ateco 2007 (*)

Derivata dalla Nace Rev. 2
Metodi e norme, n. 40, edizione 2009
pp. 656; € 43,00
ISBN 978-88-458-1614-7

Conciliare lavoro e famiglia (*)

Una sfida quotidiana
Argomenti, n. 33, edizione 2008
pp. 264; € 22,00
ISBN 978-88-458-1573-7

Forze di lavoro - Media 2007

Annuari, n. 13, edizione 2008
pp. 216+1 cd-rom; € 28,00
ISBN 978-88-458-1604-8

Lavoro e retribuzioni

anni 2005-2006
Annuari, n. 9, edizione 2009
pp. 200+1 cd-rom; € 25,00
ISBN 978-88-458-1610-9

La progettazione e lo sviluppo informatico del sistema Capì sulle forze di lavoro

Metodi e norme, n. 36, edizione 2008
pp. 100; € 15,00
ISBN 978-88-458-1594-2

Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale (*)

I - I trattamenti pensionistici
anno 2007
Annuari, n. 13, edizione 2009
pp. 148+1 cd-rom; € 22,00
ISBN 978-88-458-1635-2



Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale (*)

Il - I beneficiari delle prestazioni pensionistiche - Anno 2006
Annuari, n. 12, edizione 2009
pp. 124+1 cd-rom; € 22,00
ISBN 978-88-458-1616-1

Gli stranieri nel mercato del lavoro (*)

I dati della rilevazione sulle forze di lavoro in un'ottica individuale e familiare
Argomenti, n. 36, edizione 2008
pp. 158; € 18,00
ISBN 978-88-458-1605-5

PREZZI

Il valore della moneta in Italia dal 1861 al 2007

Informazioni, n. 8, edizione 2008
pp. 170; € 18,00
ISBN 978-88-458-1601-7

AGRICOLTURA E ZOOTECNIA

Le Statistiche agricole verso il Censimento del 2010: valutazioni e prospettive

Atti del Convegno ottobre 2006
pp. 456; € 33,00
ISBN 978-88-458-1592-8

INDUSTRIA E SERVIZI

L'ambiente di codifica automatica dell'Ateco 2007 (*)

Esperienze effettuate e prospettive
Metodi e norme, n. 41, edizione 2009
pp. 126; € 17,00
ISBN 978-88-458-1629-1

Classificazione delle attività economiche - Ateco 2007 (*)

Derivata dalla Nace Rev. 2
Metodi e norme, n. 40, edizione 2009
pp. 656; € 43,00
ISBN 978-88-458-1614-7

Statistiche sull'innovazione nelle imprese

anni 2002-2004
Informazioni, n. 1, edizione 2008
pp. 192; € 18,00
ISBN 978-88-458-1577-5

I viaggi in Italia e all'estero nel 2006 (*)

Informazioni, n. 2, edizione 2009
pp. 96+1 cd-rom; € 17,00
ISBN 978-88-458-1620-8

COMMERCIO ESTERO

Commercio estero e attività internazionali delle imprese

Annuario Istat-ICE 2008
1. Merci, servizi, investimenti diretti
2. Paesi, settori, regioni
L'Italia nell'economia internazionale
Rapporto ICE 2008-2009
Sintesi del Rapporto ICE 2008-2009
Annuari, n. 11, edizione 2009
pp. 360+432+344+48 + 1 cd-rom
€ 100,00 (*in cofanetto*)
ISBN 978-88-458-1623-9

Altri prodotti e servizi

ABBONAMENTI E PRENOTAZIONI 2010

L'offerta per l'acquisizione automatica delle pubblicazioni edite dall'Istat nel 2010 si articola in due modalità: abbonamenti e prenotazioni.

Il sistema degli abbonamenti prevede due tipologie "Generale" e "Tutti i settori".

L'abbonamento all'area "Generale" comprende l'Annuario statistico italiano, gli 11 fascicoli del Bollettino mensile di statistica, il Rapporto annuale e il Compendio statistico italiano nella versione bilingue.

L'abbonamento "Tutti i settori" comprende l'invio di tutta la produzione editoriale 2010 ad esclusione dei volumi appartenenti alle collane *Tecniche e strumenti*, *Essays*, *Quaderni del Mipa* e *Censimenti*.

Gli utenti interessati alla produzione editoriale relativa a singoli settori potranno attivare una **prenotazione** dei volumi. In tal modo riceveranno le pubblicazioni non appena queste si renderanno disponibili e, per ogni invio, riceveranno una fattura con uno sconto del 20% sul prezzo di copertina e non verranno applicate le spese di spedizione.

I coupon sono anche scaricabili dal sito www.istat.it/servizi/abbonamenti

Ulteriori informazioni possono essere richieste a:

Istat

Direzione centrale comunicazione ed editoria - EDI/D

Via Cesare Balbo, 16 - 00184 ROMA
Tel. 06.4673.3278-3280-3267 - Fax 06.4673.3477

e-mail: editoria.acquisti@istat.it

WWW.ISTAT.IT

Nel sito Internet è possibile informarsi sulla produzione editoriale più recente, richiedere prodotti e servizi offerti dall'Istat, leggere e prelevare i comunicati stampa, accedere alle banche dati, collegarsi con altri siti nazionali e internazionali.

CATALOGO ON LINE

Dalla home page del sito Internet è possibile collegarsi con il catalogo on line, che contiene l'elenco completo delle pubblicazioni edite dall'Istat a partire dall'anno 2000. Attraverso questo utile strumento è possibile effettuare la ricerca del volume per titolo, per settore, per collana, per anno di edizione e per codice ISBN. Ogni pubblicazione è presentata attraverso una scheda che riporta, oltre alle caratteristiche tecniche, anche una breve descrizione del prodotto. Molti dei volumi presenti in questo catalogo sono scaricabili gratuitamente.

CONT@CT CENTRE

Dal sito Internet è possibile ricevere informazioni su dati e pubblicazioni Istat, avere assistenza nella ricerca delle statistiche ufficiali europee e supporto nella individuazione delle metodologie e classificazioni ufficiali comunitarie (Eurostat). Solo dopo essersi registrati compilando l'apposito *form* è possibile richiedere i seguenti servizi: certificazioni prezzi e retribuzioni, dati elementari per uffici Sistan, collezioni campionarie di dati elementari (file standard), dati censuari e cartografici, abbonamenti e dati del commercio estero, ricerche storiche e bibliografiche, elaborazioni personalizzate. Inoltre ai giornalisti è dedicata un'area speciale per rispondere alle richieste di dati, pubblicazioni e approfondimenti su particolari tematiche.

Inviare questo modulo via **fax** al numero **06.4673.3477** oppure spedire in **busta chiusa** a:
Istituto Nazionale di Statistica, DCCE, Commercializzazione dei prodotti
Via Cesare Balbo, 16 – 00184 Roma

Per ulteriori informazioni telefonare ai numeri 06 4673.3278-3280-3267

Desidero sottoscrivere i seguenti abbonamenti per l'anno 2010 **ITALIA** **ESTERO**

Generale (Bollettino mensile di statistica, Annuario statistico italiano,
 Rapporto annuale e Compendio statistico italiano)..... euro 180,00..... euro 200,00

Tutti i settori (escluso Censimenti) euro 700,00..... euro 800,00

Eventuale sconto ⁽¹⁾ _____

Importo da pagare _____

⁽¹⁾ il Sistan, gli Enti pubblici, le Biblioteche e le Università usufruiscono di uno **sconto del 10%** soltanto se sottoscrivono l'abbonamento direttamente con l'Istat.

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ente/Cognome e Nome _____

Referente _____

Cod.fiscale* | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | P.IVA* | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____

Prov. _____ tel. _____ fax _____ e-mail _____

* è necessario inserire sia il codice fiscale sia la partita IVA

DESTINATARIO DEI PRODOTTI (se diverso da quanto indicato nei dati per la fatturazione)

Ente/Cognome e Nome _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____

Prov. _____ tel. _____ fax _____ e-mail _____

DESTINATARIO DELLA FATTURA (se diverso da quanto indicato nei dati per la fatturazione)

Ente/Cognome e Nome _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____

Prov. _____ tel. _____ fax _____ e-mail _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO. L'importo dovrà essere versato dall'acquirente, dopo il ricevimento della fattura, sul c/c postale n. 619007, oppure con bonifico bancario c/o la Banca Nazionale del Lavoro, indicando con chiarezza il numero, la data della fattura e il codice cliente. Per i versamenti tramite bonifico bancario le coordinate sono: c/c n. 218050, ABI 01005.8, CAB 03382.9; via swift: B.N.L.I. IT RR, codice CIN K, codice anagrafico 63999228/j; IBAN IT64K0100503382000000218050.

INFORMATIVA - I dati da Lei forniti saranno utilizzati esclusivamente per l'esecuzione dell'ordine e per l'invio, da parte dell'Istat, di promozioni commerciali, senza alcun impegno da parte Sua. Il trattamento dei dati avverrà nell'assoluto rispetto del d.lgs. 196/2003, esclusivamente ad opera dei dipendenti dell'Istituto incaricati. Il titolare dei dati è l'Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo n. 16, 00184 Roma; responsabile del trattamento dei dati è il Direttore centrale comunicazione ed editoria, anche per quanto riguarda l'esercizio dei diritti dell'interessato di cui all'articolo 7 del d.lgs. n. 196/2003. In qualsiasi momento potrà far modificare o cancellare i Suoi dati indirizzando la richiesta a Istat, DCCE, Commercializzazione dei prodotti, Via Cesare Balbo n. 16, 00184 Roma, oppure via e-mail all'indirizzo editoria.acquisti@istat.it, o inviando un fax al numero 064673.3477.

Data _____

Firma _____

PV10

I Centri di informazione statistica

PIÙ INFORMAZIONI. PIÙ VICINE A VOI.

Per darvi più servizi e per esservi più vicino l'Istat ha aperto al pubblico una rete di Centri d'informazione statistica che copre l'intero territorio nazionale. Oltre alla vendita di prodotti informatici e pubblicazioni, i Centri rilasciano certificati sull'indice dei prezzi, offrono informazioni tramite collegamenti con le banche dati del Sistema statistico nazionale (Sistan) e dell'Eurostat (Ufficio di statistica della Comunità europea), forniscono elaborazioni statistiche "su misura" ed assistono i laureandi nella ricerca e selezione dei dati.

Presso i Centri d'informazione statistica, semplici cittadini, studenti, ricercatori, imprese e operatori della pubblica amministrazione troveranno assistenza qualificata e un facile accesso ai dati di cui hanno bisogno. D'ora in poi sarà più facile conoscere l'Istat e sarà più facile per tutti gli italiani conoscere l'Italia. Per gli orari di apertura al pubblico consultare il sito www.istat.it nella pagina "Servizi".

ANCONA Via Castelfidardo, 4
Telefono 071/5013011
Fax 071/5013085

BARI Piazza Aldo Moro, 61
Telefono 080/5789317
Fax 080/5789335

BOLOGNA Galleria Cavour, 9
Telefono 051/6566111
Fax 051/6566185-182

BOLZANO Via Canonico M. Gamper,1
Telefono 0471/418400
Fax 0471/418419

CAGLIARI Via Firenze, 17
Telefono 070/34998700-1
Fax 070/34998732-3

CAMPOBASSO Via G. Mazzini, 129
Telefono 0874/604854-8
Fax 0874/604885-6

CATANZARO Viale Pio X, 116
Telefono 0961/507629
Fax 0961/741240

FIRENZE Lungarno C. Colombo, 54
Telefono 055/6237711
Fax 055/6237735

GENOVA Via San Vincenzo, 4
Telefono 010/584970
Fax 010/5849742

MILANO Via Porlezza, 12
Telefono 02/806132214
Fax 02/806132205

NAPOLI Via G. Verdi, 18
Telefono 081/4930190
Fax 081/4930185

PALERMO Via G. B. Vaccarini, 1
Telefono 091/6751811
Fax 091/6751836

PERUGIA Via Cesare Balbo, 1
Telefono 075/5826411
Fax 075/5826484

PESCARA Via Caduta del Forte, 34
Telefono 085/44120511-2
Fax 085/4216516

POTENZA Via del Popolo, 4
Telefono 0971/377261
Fax 0971/36866

ROMA Via Cesare Balbo, 11/a
Telefono 06/46733102
Fax 06/46733101

TORINO Via Alessandro Volta, 3
Telefono 011/5166758-64-67
Fax 011/535800

TRENTO Via Brennero, 316
Telefono 0461/497801
Fax 0461/497813

TRIESTE Via Cesare Battisti, 18
Telefono 040/6702558
Fax 040/6702599

VENEZIA-MESTRE Corso del Popolo, 23
Telefono 041/5070811
Fax 041/5070835

La biblioteca centrale

È la più ricca biblioteca italiana in materia di discipline statistiche e affini. Il suo patrimonio, composto da oltre 500.000 volumi e 2.700 periodici in corso, comprende fonti statistiche e socio-economiche, studi metodologici, pubblicazioni periodiche degli Istituti nazionali di statistica di tutto il mondo, degli Enti internazionali e dei principali Enti e Istituti italiani ed esteri. È collegata con le principali banche dati nazionali ed estere. Il catalogo informatizzato della biblioteca è liberamente consultabile in rete sul sito Web dell'Istat alla voce Biblioteca (www.istat.it).

Oltre all'assistenza qualificata che è resa all'utenza in sede, è attivo un servizio di ricerche bibliografiche e di dati statistici a distanza, con l'invio dei risultati per posta o via fax, cui i cittadini, gli studenti, i ricercatori e le imprese possono accedere. È a disposizione dell'utenza una sala di consultazione al secondo piano.

ROMA Via Cesare Balbo, 16 - secondo piano - Telefono 06/4673.2380 Fax 06/4673.2617

<https://contact.istat.it/>

Orario: da lunedì a giovedì 9.00 - 16.00 venerdì 9.00 - 14.00

La disabilità in Italia

Il quadro della statistica ufficiale

Il presente volume si propone di fornire un quadro sulla condizione delle persone con disabilità nel nostro Paese, ricostruendo, attraverso un'analisi multifondata, le diverse fasi della vita di queste persone, dal periodo scolastico a quello della vecchiaia.

Le analisi svolte sono finalizzate a documentare le condizioni di salute, l'esperienza lavorativa, le relazioni familiari e, più in generale, il livello di partecipazione sociale delle persone con disabilità. Il volume si articola in diversi capitoli tematici che affrontano gli argomenti citati, approfondendo anche gli aspetti legati alle politiche sociali finalizzate all'inserimento scolastico, all'integrazione lavorativa e al complesso di aiuti, formali e informali, sui quali le persone con disabilità possono contare. Viene inoltre documentata quella parte della protezione sociale dedicata al sistema di previdenza per le persone con disabilità.

Disability in Italy

An Overview of the Official Statistics

The book provides a picture of the condition of people with disabilities in our Country through a multi-sources analysis on the different phases of life: from school to old age.

The analysis were conducted to describe health conditions, work life, family relationships and, in general, social participation of people with disabilities. The book is made up of several thematic chapters regarding the above mentioned topics. An in-depth analysis on social policies related to school and work integration and on formal and informal aids for people with disabilities is also provided. Furthermore, a detailed description of social protection system addressed to people with disabilities is given.

ISBN 978-88-458-1628-4



€ 25,00