

# Aspetti scelti sulla situazione degli anziani altoatesini ed il lavoro di cura delle famiglie

Analisi secondaria

Elena Vanzo  
Giovanna Zanolla

Bolzano, novembre 2004

Committente	Istituto incaricato
  <p>Abteilung Sozialwesen Ripartizione Politiche Sociali</p>	<p>Sozialforschung und Demoskopie</p>  <p>Ricerche Sociali e Demoscopia</p>
<p>Corso Libertà 23 I-39100 BOLZANO Tel. +39-0471-411660 Fax +39-0471-411669</p>	<p>Piazza Domenicani 35 I-39100 BOLZANO ☎ +39-0471-970115 ☎ +39-0471-978245 Info@apollis.it</p>



Cit: Vanzo, E./ Zanolla, G. (2004): Aspetti scelti sulla situazione degli anziani altoatesini ed il lavoro di cura delle famiglie . Analisi secondaria, apollis, Bolzano.

Numero del progetto: 268

Coordinatore del progetto: Hermann Atz

Bolzano, 2004



## Indice

<b>1</b>	<b>Analisi secondaria: “Progetto Terza Età: Abitare in Sicurezza”</b>	<b>9</b>
1.1	Il disegno campionario.....	9
1.2	Le configurazioni familiari ed aspetti sociodemografici.....	10
1.3	Condizioni di salute degli anziani altoatesini.....	11
1.4	L'autonomia degli anziani.....	13
<b>2</b>	<b>Analisi secondaria: “Dinamiche familiari e bisogni sociali”</b>	<b>18</b>
2.1	Il disegno campionario.....	18
2.2	La gestione delle situazioni problematiche.....	18
2.3	Il caso di un familiare non più autosufficiente.....	20
2.4	Alcune valutazioni di social policy.....	23
<b>3</b>	<b>Conclusioni</b>	<b>25</b>

## Indice delle tabelle

Tabella 1:	Classe di età degli intervistati.....	9
Tabella 2:	Tipologie familiari.....	10
Tabella 3:	Classe sociale delle famiglie del campione.....	11
Tabella 4:	Reddito mensile netto pro-capite standardizzato nelle famiglie del campione.....	11
Tabella 5:	Grado di indipendenza nelle diverse categorie di an- ziani.....	15
Tabella 6:	Provenienza dell'aiuto delle diverse categorie di an- ziani.....	17
Tabella 7:	Frequenza di quattro differenti contingenze critiche di cura.....	19
Tabella 8:	Distribuzione delle strategie di coping adottate (pos- sibili più risposte) in contingenze critiche effettiva- mente vissute da intervistate in coppia di 26-30 (n=137) e 36-40 anni (n=232) – numeri assoluti.....	19
Tabella 9:	Come far fronte alla perdita di autosufficienza di un familiare anziano? Strategie di coping secondo la co- orte di nascita delle intervistate, il livello di scolarità, la dimensione urbana, la tipologia familiare dell'inter- vistata.....	21
Tabella 10:	Come far fronte alla perdita di autosufficienza di un familiare anziano? .....	22

## Indice dei grafici

Grafico 1:	Giudizio degli intervistati sul loro stato di salute.....	12
Grafico 2:	Malattie croniche degli intervistati.....	13
Grafico 3:	Attività non svolte da soli o svolte con fatica.....	13
Grafico 4:	Altre attività non svolte da soli o svolte con fatica.....	14
Grafico 5:	Persone o organizzazioni da cui l'anziano è regolarmente aiutato.....	16
Grafico 6:	Come far fronte alla perdita di autosufficienza di un familiare anziano? Strategie di coping tra le intervistate secondo la coorte di nascita.....	20
Grafico 7:	Frequenza del ricorso a un servizio a pagamento per un familiare non autosufficiente secondo la coorte di nascita e il titolo di studio delle intervistate.....	23
Grafico 8:	Percentuale di donne d'accordo su alcuni orientamenti di welfare.....	24





## 1 Analisi secondaria: “Progetto Terza Età: Abitare in Sicurezza”

### 1.1 Il disegno campionario

Nell'indagine “Terza Età: Abitare in Sicurezza” volta a formulare un quadro della qualità e la sicurezza delle abitazioni degli anziani altoatesini e ad individuare i principali fattori che possono rivelarsi problematici per il mantenimento della loro autosufficienza, abbiamo intervistato, nella primavera del 2004, 978 nuclei familiari con 1296 persone ultrasessantaquattrenni residenti nei comuni di Bolzano, Brunico, Campo di Trens, Castelrotto, Naturno e Trodena. Tali comuni, che sono stati selezionati previa l'esecuzione di una *cluster analysis*, costituiscono un campione rappresentativo della realtà altoatesina, cioè, a meno di un errore di campionamento, riproducono le sue caratteristiche<sup>1</sup>.

Osservando la tab. 1 possiamo vedere che quasi un terzo degli anziani altoatesini del campione si trova nella fase della cosiddetta “prima vecchiaia”, quella di coloro che sono in età compresa tra i 60 e i 69 anni, poco più di un quarto stanno attraversando la fase di “transizione” propria di coloro che hanno un'età compresa tra i 70 e i 74 anni e oltre il 40% si trova nella fase definita della “vecchiaia inoltrata” in cui tipicamente aumentano il senso di solitudine, il bisogno di contatti familiari e sociali e il senso dell'imminenza del termine della propria vita. Tra questi ultimi, oltre la metà (quasi un quarto del campione) sono “grandi anziani”, cioè sono ultraottantenni. Essendo le donne più longeve degli uomini, nel campione essi sono presenti in percentuale minore (ne costituiscono solo il 41%).

	<i>Frequenze</i>	<i>Frequenze %</i>
<i>65-69 anni</i>	<b>381</b>	<b>29</b>
<i>70-74 anni</i>	<b>338</b>	<b>26</b>
<i>75-79 anni</i>	<b>266</b>	<b>21</b>
<i>80 anni e oltre</i>	<b>309</b>	<b>24</b>
<i>Totale</i>	<b>1294</b>	<b>100</b>

**Tabella 1: Classe di età degli intervistati**

<sup>1</sup> Zanolta, 2004

## 1.2 Le configurazioni familiari ed aspetti sociodemografici

Venendo alla tipologia dei nuclei familiari in cui gli anziani vivono, si può constatare che oltre una famiglia su tre è costituita da un anziano che abita da solo (e tipicamente si tratta di una donna), una su quattro è formata da una coppia di coniugi entrambi anziani e quasi il 40% sono nuclei familiari che abbiamo definito "misti", dove cioè coabitano due o più persone sia anziane sia in età non superiore ai 64 anni (v. tab. 2).

<i>Classe di età</i>	<i>Frequenze</i>	<i>Frequenze %</i>
<i>Uomo anziano solo</i>	<b>75</b>	<b>8</b>
<i>Donna anziana sola</i>	<b>281</b>	<b>29</b>
<i>Coppia di anziani</i>	<b>242</b>	<b>25</b>
<i>Famiglia "mista"</i>	<b>380</b>	<b>39</b>
<i>Totale</i>	<b>978</b>	<b>100</b>

**Tabella 2: Tipologie familiari**

Il 69% delle famiglie del campione appartiene al gruppo linguistico tedesco, il 27% a quello italiano, il 2% a quello ladino e il restante 2% è formato da persone di gruppi linguistici diversi.

Riclassificando l'ultima posizione professionale ricoperta secondo la scala di De Lillo e Schizzerotto<sup>2</sup> e attribuendo a ciascun nucleo familiare la posizione sociale più elevata tra quella delle persone intervistate al suo interno, risulta che quasi la metà delle famiglie appartiene alla classe media (piccola borghesia urbana e rurale e classe media impiegatizia), oltre un quarto alla classe operaia e poco più del 10% alla borghesia (tab. 3). La categoria non professionale è costituita per lo più da donne che vivono da sole e che nel corso della loro vita sono state casalinghe.

<sup>2</sup> De Lillo e Schizzerotto, 1985

	<i>Frequenze</i>	<i>Frequenze %</i>
<i>Categ. non professionale</i>	<b>140</b>	<b>14</b>
<i>Cl. operaia urbana o agricola</i>	<b>259</b>	<b>27</b>
<i>Picc. borghesia urbana o rurale</i>	<b>272</b>	<b>28</b>
<i>Cl. media impiegat.</i>	<b>187</b>	<b>19</b>
<i>Borghesia</i>	<b>105</b>	<b>11</b>
<i>Totale</i>	<b>963</b>	<b>100</b>

**Tabella 3: Classe sociale delle famiglie del campione**

Connesso alla classe sociale è il livello del reddito<sup>3</sup>. Come si può vedere, in poco più di un terzo delle famiglie il reddito mensile netto pro-capite non supera i 600 euro, in un altro terzo esso è compreso tra i 600 e gli 800 euro e in un altro ancora esso è compreso nella fascia 800–1200 euro e oltre (v. tab. 4)

	<i>Frequenze</i>	<i>Frequenze %</i>
<i>fino a 500 euro</i>	<b>205</b>	<b>23</b>
<i>500-600 euro</i>	<b>143</b>	<b>16</b>
<i>600-800 euro</i>	<b>287</b>	<b>32</b>
<i>800-1200 euro</i>	<b>145</b>	<b>16</b>
<i>oltre 1200 euro</i>	<b>129</b>	<b>14</b>
<i>Totale</i>	<b>909</b>	<b>100</b>

**Tabella 4: Reddito mensile netto pro-capite standardizzato nelle famiglie del campione**

### 1.3 Condizioni di salute degli anziani altoatesini

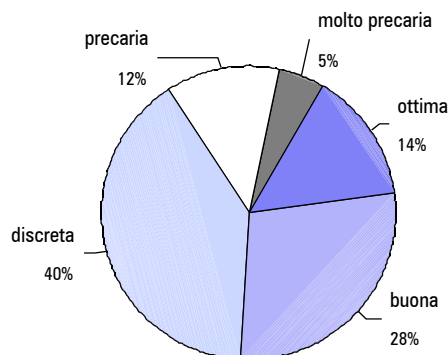
Gli anziani altoatesini danno un giudizio globalmente positivo delle loro condizioni di salute: il 42% le giudica buone o ottime, il 40% discrete e solo il rimanente 18% lamenta una salute precaria o molto precaria (grafico 1). Le condizioni di salute naturalmente peggiorano con l'avanzare dell'età: se nella fascia di età compresa tra i 65 e i 69 anni coloro che lamentano una salute precarie o

<sup>3</sup> In questo caso si è rapportato il reddito mensile della famiglia (essendo esso nel questionario una variabile ordinale, si sono presi i valori centrali di ciascuna fascia) per  $(1 + (\text{ampiezza familiare} - 1) * 0,6)$ . Il reddito mensile pro-capite standardizzato si ottiene dunque applicando coefficiente 1 al primo familiare e 0,6 agli altri familiari (il coefficiente 0,6 costituisce un compromesso tra i valori 0.7 attribuiti dall'ASTAT (ASTAT, 2000) ai componenti adulti e 0.5 ai familiari più giovani). I valori di reddito così ottenuti sono stati poi accorpati in fasce.

molto precaria è pari a circa il 10%, tale percentuale sale al 32% tra gli ultraottantenni.

### Giudizio degli intervistati sul loro stato di salute

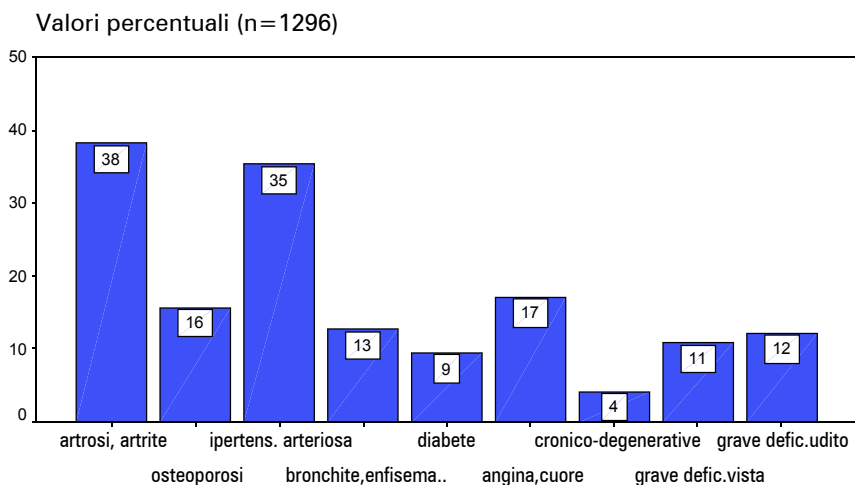
Valori percentuali (n=1286)



**Grafico 1: Giudizio degli intervistati sul loro stato di salute**

Nonostante, buona parte degli anziani dichiara di godere di buona salute, come si può vedere dal grafico 2 il 40% degli intervistati soffre di artrosi o artrite (colpiscono circa la metà delle femmine e un quarto dei maschi) e una percentuale quasi analoga soffre di ipertensione arteriosa (ne soffre un terzo dei maschi e una percentuale leggermente superiore di femmine). Seguono ad una certa distanza i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (leggermente più diffusi tra i maschi) e l'osteoporosi (ne è colpita più di una donna su cinque e solo il 7% degli uomini).

## Malattie croniche degli intervistati

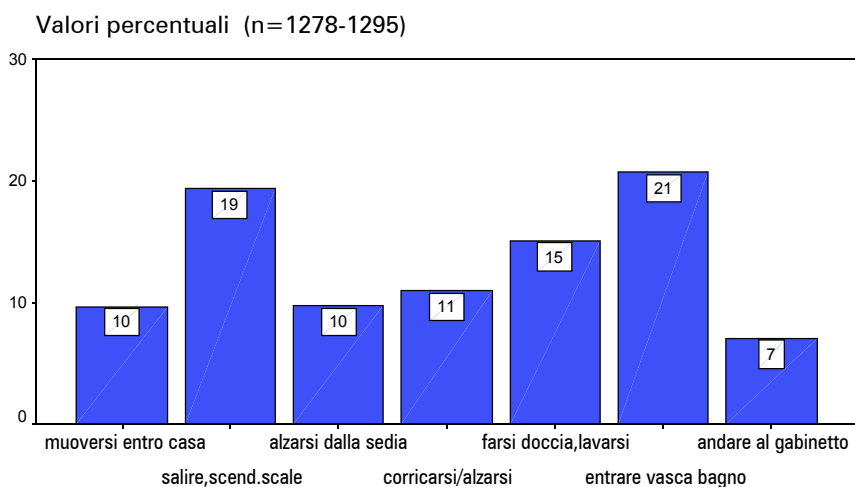


**Grafico 2: Malattie croniche degli intervistati**

### 1.4 L'autonomia degli anziani

L'età avanzata e le patologie ad essa connesse limitano l'autonomia degli anziani e fanno sì che essi dipendano da altre persone per espletare attività quotidiane che un tempo svolgevano in perfetta autonomia. Gli ortogrammi che seguono (grafici 3 e 4) evidenziano le attività che gli intervistati hanno dichiarato di non riuscire a svolgere da soli o di riuscirvi ma con una certa fatica.

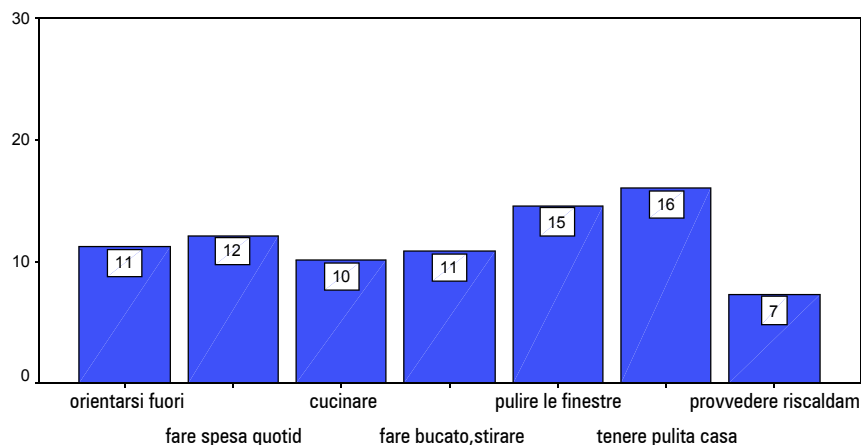
#### Attività non svolte da soli o svolte con fatica



**Grafico 3: Attività non svolte da soli o svolte con fatica**

### Attività non svolte da soli o svolte con fatica

Valori percentuali (n= 1263-1293)



**Grafico 4: Altre attività non svolte da soli o svolte con fatica**

Come si può osservare tra le operazioni più difficoltose figurano in primis (sono cause di disagio per un anziano su cinque) entrare nella vasca da bagno e salire e scendere le scale, seguite dalla pulizia dell'abitazione. Si è quindi costruito un punteggio di dipendenza che tiene conto della capacità (o dell'impossibilità) di svolgere dieci delle attività incluse negli ortogrammi precedenti: muoversi all'interno dell'abitazione, salire e scendere le scale, sapersi orientare fuori casa, alzarsi dalla sedia, mettersi a letto e alzarsi da letto, farsi la doccia o lavarsi, entrare nella vasca da bagno e uscirne, andare al gabinetto, fare la spesa per le necessità quotidiane, cucinare e svolgere altri lavori in cucina<sup>4</sup>. Sulla base al punteggio riportato gli anziani sono stati divisi in quattro categorie: "perfettamente autonomi", "mediamente dipendenti", "fortemente dipendenti" e "completamente non autosufficienti".

<sup>4</sup> Sono stati attribuiti a ciascuna delle attività considerate i seguenti pesi: "3" in casi di totale impossibilità a svolgere l'attività indicata; "1" in caso di capacità seppure con fatica, "0" in caso di perfetta capacità, "0.5" qualora di trattasse di un'attività che il soggetto "non deve svolgere". Le attività sono state quindi sommate e sono stati inclusi nella categoria di "perfetta autonomia" coloro che riportano un punteggio minore o uguale a 0.5, nella categoria di "media dipendenza" coloro che riportano un punteggio compreso tra 0.5 e 4,5, nella fascia di "forte dipendenza" coloro che riportano un punteggio compreso tra 4,5 e 10 e infine nella fascia di "completa non autosufficienza" coloro che riportano un punteggio superiore a 10.

		<b>Complet a auto- nomia</b>	<b>Media dipen- denza</b>	<b>Forte dipen- denza</b>	<b>Complet a non- autosuff.</b>	<b>Tot.</b>
		<b>% riga</b>				<b>n</b>
<b>Totale</b>		<b>63</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>1296</b>
<b>Sesso</b>	<b>Maschio</b>	<b>61</b>	<b>29</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>527</b>
	<b>Femmina</b>	<b>65</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>769</b>
<b>Classe di età</b>	<b>64-69</b>	<b>81</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>381</b>
	<b>70-74</b>	<b>72</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>338</b>
	<b>75-79</b>	<b>58</b>	<b>26</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>266</b>
	<b>80 e oltre</b>	<b>36</b>	<b>27</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>309</b>
<b>Tipo- logia familiare</b>	<b>Uomo anziano solo</b>	<b>63</b>	<b>23</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>75</b>
	<b>Donna anziana sola</b>	<b>58</b>	<b>22</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>281</b>
	<b>Coppia di anziani</b>	<b>67</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>485</b>
	<b>Fam. mista</b>	<b>63</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>455</b>
<b>Reddito mensile pro- capite</b>	<b>Fino a 500 €</b>	<b>55</b>	<b>22</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>267</b>
	<b>500-600 €</b>	<b>64</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>225</b>
	<b>600-800 €</b>	<b>62</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>388</b>
	<b>800-1200 €</b>	<b>75</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>179</b>
	<b>oltre 1200 €</b>	<b>67</b>	<b>21</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>150</b>

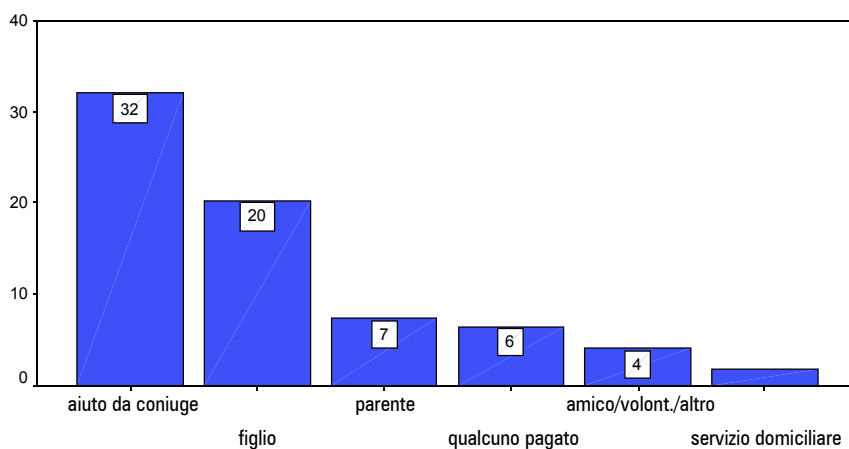
**Tabella 5: Grado di indipendenza nelle diverse categorie di anziani**

Come si può vedere (tab. 5) non è completamente autonomo quasi il 40% delle persone ultrasessantatrenni; tra i maschi c'è una maggiore percentuale di persone mediamente dipendenti rispetto alle femmine e, essendo essi meno longevi di queste ultime, una minore percentuale di fortemente dipendenti e completamente non autosufficienti. La tabella mostra inoltre che l'autonomia si riduce con l'avanzare dell'età: se quasi la totalità degli anziani nella fase della prima vecchiaia è del tutto autonoma, la percentuale di persone perfettamente autosufficienti si riduce di oltre quaranta punti percentuali passando alla fascia dei "grandi anziani". La tipologia familiare che necessita di maggiore assistenza è quella costituita da una donna anziana che abita da sola: oltre il 40% delle anziane sole non è completamente autonoma e una su cinque è

gravemente o completamente non autosufficiente. Una categoria che in quasi un quarto dei casi dipende fortemente o completamente dalle cure di terzi e che meno delle altre può permettersi di sostenerne gli eventuali costi è quella formata dai nuclei familiari in cui il reddito mensile pro-capite non supera i 500 euro.

### Persone o organizzazioni che aiutano regolarmente

Valori percentuali (n=1296)



**Grafico 5: Persone o organizzazioni da cui l'anziano è regolarmente aiutato**

Il 60% degli anziani dichiara di essere aiutato regolarmente nella cura personale e/o nella conduzione della casa. L'ortogramma mostra che la provenienza dell'assistenza è prevalentemente familiare: un anziano su tre è aiutato regolarmente dal coniuge e uno su cinque dal figlio. Nel 70% dei casi (grafico 5) l'aiuto proviene da una persona che convive con l'anziano e nel 10% da qualcuno che abita comunque nella stessa casa. Solo il 6% degli anziani paga qualcuno che presti loro regolare assistenza e pressoché nulla (pari a circa il 2%) è la percentuale di coloro che usufruiscono del servizio domiciliare dei distretti sociali.



		<i>Provenienza dell'aiuto</i>							<i>Totale</i>
		<i>coniuge</i>	<i>figlio</i>	<i>parente</i>	<i>qualcuno pagato</i>	<i>altro</i>	<i>servizio domicili.</i>	<i>nessuno</i>	
		<i>% riga</i>							
<b><i>Totale</i></b>		32	20	7	6	4	2	40	1296
<b><i>Sesso</i></b>	<b><i>Maschio</i></b>	55	13	6	5	3	1	29	527
	<b><i>Femmina</i></b>	16	25	8	7	5	3	48	769
<b><i>Classe di età</i></b>	<b><i>64-69</i></b>	35	11	2	2	2	1	52	381
	<b><i>70-74</i></b>	35	14	5	5	4	1	43	338
	<b><i>75-79</i></b>	34	24	7	5	4	2	39	266
	<b><i>80 e oltre</i></b>	23	35	16	15	7	5	24	309
<b><i>Tipologia familiare</i></b>	<b><i>Uomo anziano solo</i></b>	0	17	19	20	12	1	47	75
	<b><i>Donna anziana sola</i></b>	0	21	6	10	9	4	58	281
	<b><i>Coppia di anziani</i></b>	52	12	6	5	3	1	35	485
	<b><i>Fam. mista</i></b>	36	29	7	4	1	2	34	455
<b><i>Reddito mensile pro-capite</i></b>	<b><i>Fino a 500 €</i></b>	27	28	12	3	5	2	40	267
	<b><i>500-600 €</i></b>	49	20	6	2	3	1	30	225
	<b><i>600-800 €</i></b>	33	19	6	7	4	3	41	388
	<b><i>800-1200 €</i></b>	25	19	6	7	4	2	46	179
	<b><i>oltre 1200 €</i></b>	26	15	6	14	5	1	49	150

**Tabella 6: Provenienza dell'aiuto delle diverse categorie di anziani**

## 2 Analisi secondaria: "Dinamiche familiari e bisogni sociali"

### 2.1 Il disegno campionario

La ricerca presentata nel volume "Dinamiche familiari e bisogni sociali. Survey sociodemografica in Alto Adige" si è posta l'obiettivo di fotografare lo stato delle famiglie altoatesine e delle scelte di comportamento familiare. Lo schema di campionamento adottato per questa indagine risponde all'obiettivo di leggere le dinamiche e le strategie familiari attraverso gli occhi di attrici primarie di tali dinamiche e scelte. Gli autori hanno ritenuto opportuno svolgere un'indagine campionaria per due coorti di donne: *"le donne in un'età cruciale per le scelte, tra i 26 e 30 anni, e le donne che si trovano in un'età cruciale per il bilancio tra dinamiche passate, strategie di fronteggiamento dei problemi, e comportamenti futuri"*<sup>5</sup>, tra i 36 e 40 anni. La dimensione campionaria per ciascuna coorte è stata fissata a 250 unità, per un totale di 500 interviste valide. La fase di field dell'indagine si è svolta tra marzo e maggio 2003. In totale è stato possibile effettuare esattamente 500 interviste, con una distribuzione del campione tra strati e coorti solo leggermente divergente da quella progettata<sup>6</sup>.

### 2.2 La gestione delle situazioni problematiche

La ricerca ha voluto formulare un quadro della divisione dei compiti in famiglia, e di come tale divisione vari al variare delle contingenze organizzative. Sono state prese in considerazione quattro situazioni di sforzo delle risorse familiari: la presenza di un figlio piccolo (sotto i tre anni) da accudire, quella di un familiare con una malattia invalidante o acuta, quella di una persona anziana non più pienamente autosufficiente, quella infine di un'acuzie grave che ha comportato un ricovero temporaneo in ospedale<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Billari e Mauri (2004:9-10)

<sup>6</sup> Sono state intervistate 246 donne facenti parte della coorte più giovane e 254 donne della coorte meno giovane.

<sup>7</sup> Billari e Mauri (2004:129)

	26-30 anni		36-40 anni	
	% su totale intervist.	% su coppie con figli	% su totale intervist.	% su coppie con figli
<b>Figlio di 0-3 anni da accudire</b>	37	56	29	32
<b>Disabilità o malattia seria di un familiare</b>	10	7	10	9
<b>Anziano non più pienamente autosufficiente</b>	10	7	8	7
<b>Ricovero temporaneo in ospedale di familiare</b>	15	12	16	15
<b>TOTALE INTERVISTE</b>	<b>246</b>	<b>137</b>	<b>254</b>	<b>232</b>

**Tabella 7: Frequenza di quattro differenti contingenze critiche di cura**

La tabella 7<sup>8</sup> mostra l'incidenza di queste quattro contingenze critiche o attualmente, o almeno nell'arco degli ultimi tre anni. Una percentuale compresa tra l'8% e il 10% di tutte le donne vive o ha vissuto la situazione di assistere un anziano non più autosufficiente, la percentuale più alta si riferisce alla coorte di donne più giovani.

	26-30 anni				36-40 anni			
	figlio	disabile	anziano	ricovero	figlio	disabile	anziano	ricovero
<b>Più impegno interv.</b>	55	4	3	7	43	5	6	10
<b>Più impegno partner</b>	34	-	7	1	25	3	2	3
<b>Più impegno famiglia</b>	22	4	3	4	18	4	3	7
<b>Più impegno parenti</b>	24	3	3	4	18	4	3	7
<b>Più impegno altri</b>	13	-	-	1	13	2	1	1
<b>Lavoro a pagamento</b>	5	1	-	-	6	2	1	1
<b>Servizi a domicilio</b>	2	1	3	2	-	3	4	1
<b>Strutture private</b>	-	-	1	-	1	1	1	1
<b>Strutture pubbliche</b>	4	1	1	6	1	1	5	2
<b>Nidi - Tagesmutter</b>	7	/	/	/	7	/	/	/

**Tabella 8: Distribuzione delle strategie di coping adottate (possibili più risposte) in contingenze critiche effettivamente vissute da intervistate in coppia di 26-30 (n=137) e 36-40 anni (n=232) – numeri assoluti**

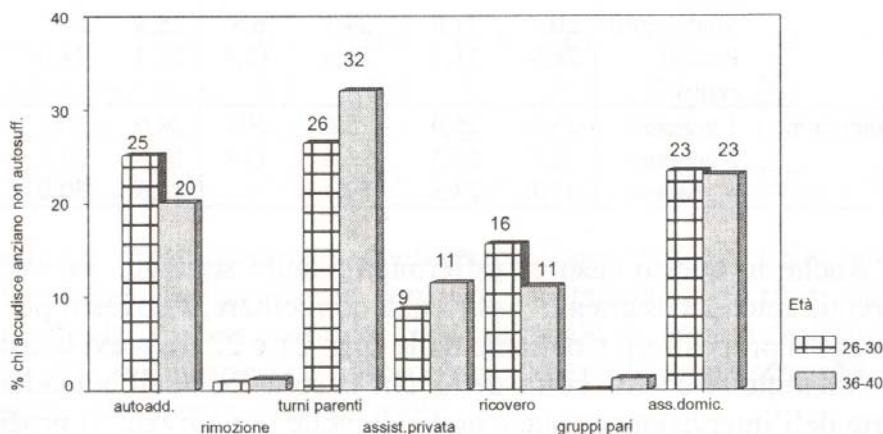
<sup>8</sup> Billari e Mauri (2004:129)

Per strategie di *coping* si intende lo sforzo cognitivo e comportamentale, in evoluzione, per far fronte a domande specifiche, sia interne che esterne, valutate dall'individuo come richieste che mettono alla prova, perché eccedono le risorse della persona<sup>9</sup>.

Dalla tabella 8 si evince che la prima strategia adottata in risposta alle contingenze critiche di cura più immediate e frequenti è l'accentuazione del carico familiare (dell'intervistata e dei familiari).

### 2.3 Il caso di un familiare non più autosufficiente

Consideriamo ora il caso specifico dell'assistenza di un parente non autosufficiente: dal grafico seguente, infatti, si evincono gli orientamenti delle donne nel momento in cui si sono espresse su scenari (critici) del loro possibile percorso futuro. Il grafico 6<sup>10</sup> illustra verso quale tipo di strategia di *coping* propendano maggiormente le donne intervistate: verso l'autoaddossamento del lavoro di cura, verso la divisione del lavoro all'interno della cerchia parentale, verso l'utilizzo di servizi o verso la delega al sistema dei ricoveri.



**Grafico 6: Come far fronte alla perdita di autosufficienza di un familiare anziano? Strategie di coping tra le intervistate secondo la coorte di nascita**

Dal grafico 6 si evince che le strategie di coping più adottate senza dubbio l'autoaddossamento del lavoro di cura (tra il 20% ed il 25% a seconda della coorte delle donne intervistate) ed i turni tra parenti (26%-32%). Segue a breve distanza l'utilizzo dell'assistenza

<sup>9</sup> Lazarus e Folkman (1984)

<sup>10</sup> Billari e Mauri (2004:139)

domiciliare, il ricorso al ricovero è adottato invece dall'11%-16% delle intervistate.

	% 26-30 anni				% 36-40 anni			
	auto	pa- renti	ser- vizi	rico- vero	auto	pa- renti	ser- vizi	rico- vero
<b>Totale</b>	24	28	23	16	20	32	23	11
<i>Elementari</i>	0	0	0	0	17	33	17	25
<i>Inferiore</i>	41	30	14	14	25	43	18	7
<i>Superiore</i>	22	28	26	15	20	30	24	13
<i>Laurea</i>	21	17	22	17	8	12	36	4
<i>Grandi centri</i>	23	16	18	28	15	7	36	17
<i>Medi centri</i>	21	31	24	7	26	36	19	10
<i>Piccoli centri</i>	27	22	26	12	21	44	17	9
<i>una generaz.</i>	25	25	16	20	29	11	29	18
<i>due generaz.</i>	23	27	27	15	19	34	21	11
<i>tre generaz.</i>	47	24	29	0	14	50	36	0

**Tabella 9: Come far fronte alla perdita di autosufficienza di un familiare anziano? Strategie di coping secondo la coorte di nascita delle intervistate, il livello di scolarità, la dimensione urbana, la tipologia familiare dell'intervistata**

Osservando la tabella 9<sup>11</sup> si coglie la considerazione che la soluzione dell'autoaddossamento tende ad aumentare tra le donne più giovani. Tale scelta è più rilevante tra donne che hanno un livello di scolarità basso e residenti nei centri minori. Gli autori dello studio "Dinamiche familiari e bisogni sociali" deducono da questi dati un processo di marginalizzazione sociale.

Il minor livello di istruzione e la residenza nei centri minori appaiono infatti come le variabili esplicative della situazione di totale segregazione dei ruoli, con ulteriore confino della donna in mansioni di cura. Tale situazione è da tenere presente se si intende favorire una redistribuzione dei compiti o un alleviamento degli

<sup>11</sup> Billari e Mauri, 2004:140

oneri di cura, sapendo dunque che *le crisi*<sup>12</sup> *sbilanciano*, anziché riequilibrare, i carichi di lavoro.

		26-30 anni				36-40 anni			
		% auto	% pa- renti	% ser- vizi	% rico- vero	% auto	% pa- renti	% ser- vizi	% rico- vero
<b>Tipo rete</b>	<b><i>Incapsulata (parenti)</i></b> <sup>13</sup>	34	30	1	9	23	42	18	5
	<b><i>Estroflessa (non par.)</i></b> <sup>14</sup>	17	17	35	17	9	18	32	23
<b>Chi lavora?</b>	<b><i>Solo partner</i></b>	23	33	25	13	21	51	11	11
	<b><i>Coppia bilavoro</i></b>	23	27	23	17	21	29	24	11
<b>A chi il care?</b>	<b><i>Solo intervistata</i></b>	28	25	22	20	22	37	17	11
	<b><i>Anche partner</i></b>	22	29	19	19	17	35	23	12

**Tabella 10: Come far fronte alla perdita di autosufficienza di un familiare anziano?**

Esaminando le tabelle 9 e 10<sup>15</sup> si deduce anche che siano maggiormente le donne residenti in piccoli centri e con bassa scolarità ad essere propense a gestire l'assistenza di un familiare anziano con turni tra parenti. Tali donne sono contraddistinte da reti incapsulate nella cerchia parentale ed organizzazioni di coppia imperniate sulla separazione dei ruoli.

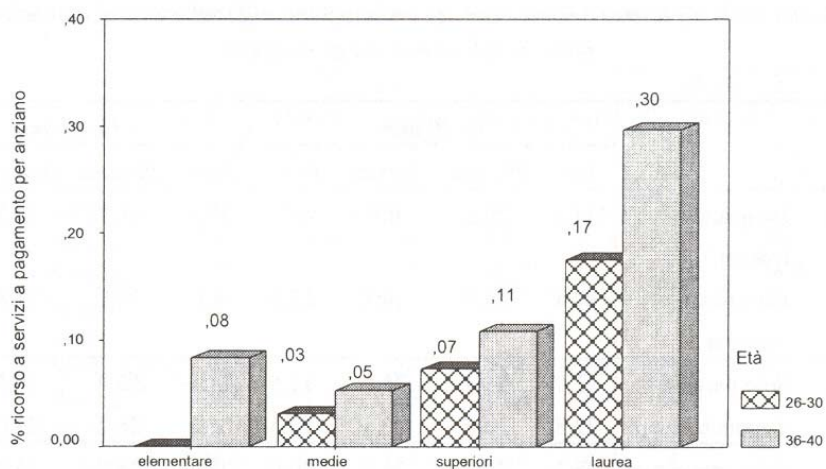
Il ricorso al ricovero è scelto prevalentemente da coppie con doppio lavoro e residenti nei grandi centri.

<sup>12</sup> Per crisi si intendono le contingenze critiche nella vita familiare che sono state analizzate nell'indagine di Mauri e Billari (2004), in questo caso: figlio di 0-3 anni da accudire, disabilità o malattia seria di un familiare, anziano non più pienamente autosufficiente, ricovero temporaneo in ospedale di un familiare)

<sup>13</sup> Tipo di rete incapsulata: rete sociale concentrata prevalentemente verso la parentela.

<sup>14</sup> Tipo di rete estroflessa: rete proiettata prevalentemente all'esterno della cerchia parentale.

<sup>15</sup> Billari e Mauri 2004:141



**Grafico 7: Frequenza del ricorso a un servizio a pagamento per un familiare non autosufficiente secondo la coorte di nascita e il titolo di studio delle intervistate**

Il ricorso ad un servizio a pagamento per un familiare non autosufficiente è ricorrente per il 9% per la coorte delle donne più giovani e per l'11% per le meno giovani. Dal grafico 7 si evince che il ricorso a personale a pagamento è direttamente proporzionale al titolo di studio e quindi in media, alle risorse economiche a disposizione.

## 2.4 Alcune valutazioni di *social policy*

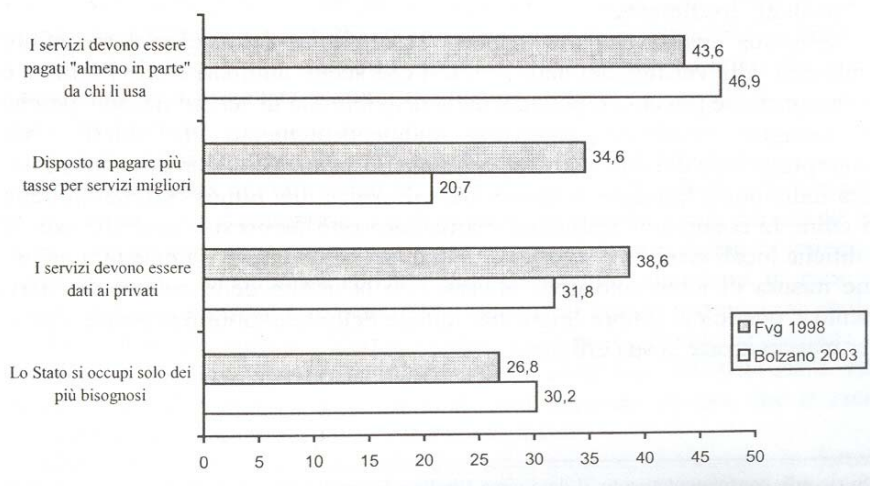
Al campione di donne intervistate sono state poste anche delle domande che rimandano a valutazioni di "social policy". È stato loro chiesto: *"Se potesse scegliere quando in famiglia si vivono situazioni legate ad esigenze di cura, di salute, di aiuto per i bambini o persone anziane o disabili o comunque per forti difficoltà, lei preferirebbe di più..."*. Oltre il 60% delle donne preferirebbe accedere a servizi sociali efficienti, mentre quasi il 40% opterebbe per un contributo monetario. Le donne più giovani propendono in misura maggiore delle donne più mature per il contributo monetario.

Si può quindi rilevare *"che dinanzi ad un'alternativa secca le donne intervistate si attestano verso una più marcata preferenza per azioni di politica sociale che non siano di mera monetizzazione delle risposte da dare ai bisogni sociali delle famiglie"*<sup>16</sup>.

Il grafico 8 raffigura le risposte date su alcuni orientamenti sul welfare riportando le risposte ad un'altra indagine simile svolta in

<sup>16</sup> Billari e Mauri (2004: 188)

Friuli Venezia Giulia<sup>17</sup> nel 1998. Quasi la metà delle intervistate altoatesine ritiene che i servizi debbano essere pagati almeno in parte da chi li usa, circa un terzo pensa che i servizi debbano essere affidati ai privati e un altro terzo che lo stato debba occuparsi solo dei più bisognosi. Nell'indagine svolta tra le donne altoatesine è stato inoltre chiesto se "lo stato dovrebbe spendere di più per i servizi sociali", ben il 78% delle intervistate ha risposto affermativamente, a conferma del *radicamento dell'idea di welfare come un caposaldo del nostro modello sociale*<sup>18</sup>. Le risposte delle donne friulane si discostano maggiormente dalle risposte delle donne altoatesine circa la loro maggiore propensione a pagare più tasse per ricevere servizi maggiori e in merito all'auspicio che i servizi vengano privatizzati (quasi il 40% delle friulane contro il 32% delle altoatesine).



**Grafico 8: Percentuale di donne d'accordo su alcuni orientamenti di welfare**

<sup>17</sup> Mauri, L./ Billari, F.C.: (a cura di, 1999), *Generazioni di donne a confronto. Indagine socio-demografica*, Franco Angeli, Milano. È possibile confrontare i risultati ottenuti con tale indagine dato che è stata svolta in un contesto territoriale regionale, quello del Friuli-Venezia Giulia, in parte vicino e coerentemente comparabile.

<sup>18</sup> Billari e Mauri (2004:189)



### 3 Conclusioni

Dall'indagine "Terza Età: Abitare in Sicurezza" è emerso che gli anziani godono in generale di buona salute: meno di un quinto giudica le proprie condizioni di salute precarie o molto precarie. Tuttavia il 40% soffre di artrosi o artrite, oltre un terzo di ipertensione arteriosa e oltre un sesto di osteoporosi, patologie, queste, di cui soffrono in misura maggiore le donne. Due terzi degli anziani dichiarano di riuscire a svolgere da soli e senza difficoltà tutte le principali attività della vita quotidiana (dal provvedere alla propria igiene personale, alla pulizia della casa, al fare la spesa e al cucinare): tra le categorie con maggiori percentuali di persone completamente non autosufficienti e quindi più bisognose di assistenza figurano le donne, gli ultraottantenni, coloro che si collocano nella fascia di reddito più bassa e, con riferimento alla tipologia familiare, le donne anziane che vivono da sole.

Nonostante le buone condizioni di salute e autonomia di cui gode generalmente la popolazione altoatesina nella terza età, di fatto quasi due terzi degli anziani ricevono regolarmente aiuto nella cura personale e/o nella conduzione della casa e la provenienza dell'assistenza è prevalentemente familiare (la persona più coinvolta nei primi stadi della vecchiaia, è il coniuge, che nelle fasce della vecchiaia inoltrata viene sostituito dai figli).

Ci pare importante precisare che non sempre le persone ricevono assistenza in misura proporzionale alle loro esigenze: tra i gruppi che abbiamo visto essere i più bisognosi di cure, quasi il 60% delle donne anziane che abitano da sole e il 40% di coloro che percepiscono un reddito mensile netto pro-capite inferiore ai 500 euro, due categorie che mancano di risorse familiari e/o economiche tramite cui procurarsi aiuto, non riceve alcun aiuto. Si arrangia inoltre completamente da sé con il rischio di incorrere in incidenti domestici anche di grave entità un ultraottantenne su quattro.

Sempre in tema di assistenza, la ricerca di Mauri e Billari "Dinamiche familiari e bisogni sociali" ha evidenziato che quasi il 10% delle donne tra i 26-30 anni e l'8% delle donne tra i 36-40 anni vivono attualmente, o hanno vissuto nell'arco degli ultimi anni, la situazione di assistere un anziano non più autosufficiente. Le strategie di coping prevalenti sono l'autoaddossamento del lavoro di cura e la divisione del lavoro all'interno della cerchia parentale. Dall'indagine risulta anche che la soluzione dell'autoaddossamento

tende ad aumentare tra le donne più giovani. Tale scelta è inoltre più rilevante tra le donne che hanno un livello di scolarità basso e tra le donne residenti nei centri minori: proprio queste due variabili sono viste come le variabili esplicative della situazione di segregazione dei ruoli, con ulteriore confino della donna in mansioni di cura.

Il ricorso ai servizi pubblici o privati ricopre un ruolo solo complementare. Sono prevalentemente le donne con un grado di formazione più alto, e quindi in media con un reddito più elevato, ad affidarsi maggiormente ai servizi a pagamento.

Il campione di donne dell'indagine si è espresso anche formulando delle valutazioni di politica sociale: vivendo una situazione legata ad esigenze di cura e potendo scegliere il modo di alleviarla, ben sei donne su dieci dichiarano di preferire la possibilità di accedere a servizi sociali efficienti rispetto al ricevere un contributo monetario. Quasi quattro quinti del campione si dichiara d'accordo sull'affermazione secondo cui "lo stato dovrebbe spendere di più per i servizi sociali", a conferma del radicamento dell'idea di welfare come un caposaldo del nostro modello sociale.

## **Bibliografia**

(a cura di) Billari, F.C./ Mauri, L. (2004), *Dinamiche familiari e bisogno sociali. Survey sociodemografica in Alto Adige*. Franco Angeli, Milano.

De Lillo, A./ Schizzerotto, A. (1985), *La valutazione sociale delle occupazioni*, Il Mulino, Bologna.

Lazarus, R.S./ Folkman S., (1984), *Stress, appraisal and coping*, Springer, New York.

Zanolla, G. (2004), *Terza Età: Abitare in Sicurezza. Relazione con i risultati delle analisi*, apollis, Bolzano.