



FUORI ORARIO

INIZIATIVA EQUAL II° FASE

I – G2 – EMI – 023 –

Fuori Orario “La cooperazione sociale per il lavoro regolare”



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MODENA E REGGIO EMILIA

La domanda e l'offerta dei servizi di cura
agli anziani

Giovanni Solinas e Diego Grappi

Dipartimento di Economia Politica

Capp- Centro di analisi delle politiche pubbliche

(Bozza preliminare – Non diffondere e non citare)

Modena, ottobre 2006

1. Introduzione¹

Il saggio si divide in due parti. Nella prima si fornirà un quadro della domanda e dell'offerta di servizi per l'assistenza a lungo termine agli anziani non autosufficienti. Nella seconda ci si soffermerà sul fenomeno dell'assistenza domiciliare privata offerta in modo prevalentemente irregolare da lavoratrici immigrate, valutandone le implicazioni sul *mix* di cura e sulla struttura dei costi.

2. La domanda di assistenza a lungo termine per gli anziani a Modena

Come è largamente noto, uno degli aspetti che concorre a rendere acuto il problema della cura a lungo termine agli anziani in Italia è dato dal *trend* demografico. La tabella 1 fornisce alcuni dati sulla struttura della popolazione e, in particolare, sulle dimensioni della popolazione anziana nel Comune di Modena.

Tabella 1. - La popolazione anziana nel comune di Modena

Classi di età	Anno		
	2003	2004	2005
Totale	178.311	178.874	180.110
65 anni e oltre	38.607	39.061	39.698
80 anni e oltre	10.670	10.994	11.421
Popolazione 65+/totale (%)	21,65	21,84	22,04

Fonte: Sistema statistico nazionale - Regione Emilia-Romagna

A Modena la popolazione con 65 anni o più è pari al 21,8% della popolazione totale. Le dimensioni della popolazione anziana rispetto alla intera popolazione sono quindi molto rilevanti. Lo scostamento rispetto ai valori medi nazionali è di circa tre punti percentuali. La tendenza all'invecchiamento è di notevole entità (mediamente la percentuale della popolazione anziana sul totale aumenta nei primi anni del nuovo millennio di circa due decimi di punto all'anno).

Tabella 2. Le previsioni sull'andamento demografico nel comune di Modena

	2007	2011	2015
Popolazione totale	180.194	181.508	182.778
<i>Popolazione anziana (65+)</i>			
Maschi	16.422	16.080	16.550
Femmine	23.729	24.321	24.721
Totale	40.151	40.401	41.271
<i>Indici della struttura</i>			
Indice di vecchiaia	170,5	163,9	162,63
Indice di dipendenza senile	34,5	34,7	35,5

Fonte: Provincia di Modena

Nella tabella 2 si riportano le previsioni demografiche per il comune di Modena per il periodo 2003-2015. Le stime, sono ottenute ipotizzando un aumento dei tassi di natalità, con mortalità costante e stazionarietà dei flussi migratori ai livelli rilevati alla fine degli anni Novanta. L'ipotesi di fondo è che il flusso migratorio si mantenga a livelli alti. Le previsioni indicano una sempre maggior presenza di anziani per i prossimi anni che porterà con sé una crescente domanda di assistenza a lungo termine. Il modello previsivo indica che, a fine periodo, il processo di

¹ Parte dei dati citati di seguito derivano dal progetto Europeo Galca, coordinato dalla Fondazione G. Brodoloni.

invecchiamento della popolazione si arresterebbe, pur attestandosi su livelli assai elevati. In particolare, l'indice di invecchiamento si ridurrebbe di oltre 10 punti, facendo registrare una inversione di tendenza rispetto al recente passato. L'indice di dipendenza senile, tuttavia, seppur lievemente, continuerebbe ad aumentare. Se il flusso migratorio subisse un sensibile rallentamento, le dimensioni assolute della popolazione totale si contrarrebbero e l'andamento degli indici di struttura riferiti agli anziani sarebbe assai più negativo. Quale che sia l'entità a medio termine dei flussi migratori, il numero assoluto degli anziani continuerà ad aumentare determinando una domanda addizionale di servizi di cura a carico sia delle famiglie sia sull'offerta pubblica e privata. Il problema sarà reso più acuto dall'allentamento dei vincoli familiari, dalla riduzione del numero dei componenti la famiglia e dall'aumento del numero di anziani soli.

Tabella 3. - Una stima del numero di anziani non autosufficienti a Modena

	Anno			
	2003	2007	2011	2015
Ipotesi minima: esclusa la disabilità lieve				
ILSA-CNR (1998)	2.694	2.770	2.788	2.848
Comune di Modena (2000)	4.802	4.898	4.969	5.076
Ipotesi minima	3.748	3.834	3.878	3.962
Ipotesi massima: inclusa la disabilità lieve				
ILSA-CNR (1998)	11.869	12.206	12.282	12.546
Comune di Modena (2000)	9.292	9.556	9.615	9.822
Galca (2004)	8.932	9.195	9.252	9.451
Ipotesi massima	10.031	10.319	10.383	10.607
Totale popolazione anziana	38.607	40.151	40.401	41.271

Fonte: Bettio, Mazzotta, Solinas (2006)

La stima del fabbisogno di cura a lungo termine non è semplice. Il primo passo consiste nella stima della non autosufficienza. Le fonti alle quali attingere, con specifico riferimento a Modena, sono relativamente poco numerose. Una prima fonte è costituita da una ricerca condotta da ILSA-CNR (1998). In questo studio si stima che se si escludessero le forme di disabilità lieve, l'area della non autosufficienza coinvolgerebbe circa il 7% delle persone con 65 anni o più. Includendo le forme di disabilità lieve, l'area della non autosufficienza raggiungerebbe circa il 30% degli individui in queste classi di età. Una seconda fonte deriva da un'indagine condotta dall'amministrazione comunale. Dai risultati della rilevazione² emerge che il circa un quarto degli anziani ha un grado di non autosufficienza medio-alto (11,5%) o alto (12,3%). L'indagine Galca (2004), infine, stima che l'area della disabilità riguardi circa il 23% degli anziani.³

Applicando i tassi di disabilità all'andamento demografico è possibile pervenire ad una stima di prima approssimazione della popolazione anziana che a Modena, nel prossimo decennio, necessiterà di assistenza (tab. 3). L'ipotesi più restrittiva, costruita soltanto sull'insieme degli anziani con i coefficienti di disabilità più alti, individua un numero di anziani non autosufficienti relativamente stabile nel prossimo decennio e prossimo alle 5.000 persone. Le stime che, al contrario, includono anche le forme di disabilità lieve, individuano un fabbisogno di assistenza e cura di dimensioni pressoché doppie: in questa ipotesi, nel 2015 necessiteranno di cura a lungo termine non meno di 10-11.000 anziani, pari circa il 25% della popolazione con oltre 65 anni a quella data.

² L'indagine è stata condotta su alcune centinaia di anziani residenti nel centro storico della città. Cfr. Comune di Modena (2000).

³ *Gender Analysis and Long-Term Care of the Elderly*, Rapporto per l'Italia, a cura di F. Bettio, F. Mazzotta e G. Solinas, Commissione Europea-Fondazione Brodolini, Roma 2004. Una sintesi dei risultati dell'indagine è contenuta in Bettio, Mazzotta e Solinas (2006a).

Tabella 4. Una stima del numero di anziani non autosufficienti bisognosi cure domiciliari a Modena

	Anno			
	2003	2007	2011	2015
Ipotesi minima	2.616	2.690	2.707	2.765
Ipotesi massima	7.002	7.203	7.247	7.403

Fonte: Bettio, Mazzotta e Solinas (2006).

La gran parte della domanda, inoltre, tenderà a concentrarsi sui servizi domiciliari. Se le condizioni di partenza non subissero modifiche sostanziali, il numero di anziani che richiederà cure domiciliari oscillerà tra un minimo di circa 3.000 ad un massimo di circa 7.500 anziani, pari rispettivamente, al 6,7 e al 17,9% della popolazione con oltre 65 anni a quella data. Se si includono le forme di disabilità lieve la stima più plausibile è quest'ultima.

3. L'offerta di assistenza a lungo termine per gli anziani a Modena: la famiglia

Come in tutti i paesi mediterranei in Italia, anche nelle regioni più sviluppate, la assistenza agli anziani è su base familiare e ricade in larga misura sulla componente femminile. Si stima che a Modena, a offrire cura a anziani non autosufficienti siano circa 8mila e a ricevere cura nella famiglia siano circa 8.900 anziani. La maggioranza degli anziani (60,8%) riceve cura dal proprio figlio o dalla propria figlia; poco più del 10% dal proprio coniuge o dal proprio convivente. Esiste anche una non poco consistente quota di altre relazioni di parentela (26,4%). Per circa due terzi, quindi, a fornire cura è la famiglia di appartenenza in senso stretto; per un terzo parenti appartenenti alla famiglia estesa. Soltanto un piccolo numero di casi il *main carer*, la persona che è maggiormente impegnata nella attività di cura, non ha alcuna relazione di parentela con l'anziano.

Tabella 5. - Relazione di parentela tra la persona che presta e la persona che riceve la cura

Relazioni di parentela del carer	Percentuale
Coniuge/partner della persona a cui si presta cura	11,0
Figlio/figlia della persona a cui si presta cura	60,8
Altro parente della persona a cui si presta cura	26,4
Non legato da relazioni di parentela con la persona a cui presta la cura	1,7
Totale	100,0

Fonte: Bettio, Mazzotta e Solinas (2006).

Oltre il 70% dei *main carer* sono donne. Circa il 20% delle persone impegnate nella cura ha meno di 50 anni, oltre il 45% hanno un'età compresa tra i 51 e i 60 anni; il rimanente 35% ha oltre 60 anni. In generale, gli uomini che forniscono cura hanno un'età più elevata delle donne: poco meno del 30% degli uomini impegnati in attività di cura hanno 65 anni o più; le donne in questa classe di età sono all'incirca la metà. Gli uomini sono impegnati principalmente nella cura del proprio coniuge. Per le donne l'attività di cura è rivolta, oltre che al coniuge, ai genitori e ad altri familiari.

La tabella 6 riporta il numero medio di ore di cura prestate all'anziano settimanalmente dal *caregiver*. Si distingue tra cura fisica, strumentale e altre attività di sorveglianza e controllo dell'anziano. Le attività fisiche includono la pulizia quotidiana, la vestita, l'ausilio per camminare all'interno e all'esterno della casa, l'alimentazione, il bagno, ecc. Tra le attività strumentali sono incluse il far la spesa, preparare i pasti, pulire la casa. Le attività di sorveglianza, infine, includono tutti quegli aspetti al confine tra la compagnia e il controllo, tesi a garantire benessere, prevenire e soddisfare i bisogni, impedire gli incidenti domestici. In media la persona che ha le maggiori

responsabilità e l'impegno più intenso presta all'anziano circa 9 ore settimanali di cura fisica, 8 ore di cura strumentale e 10-11 ore di supervisione. In media il lavoro di cura è prossimo alle 29 ore settimanali, poco meno di un orario medio di lavoro a tempo pieno alle dipendenze.

L'ammontare della cura fisica prestata è evidentemente correlato con il grado di dipendenza dell'anziano: si va da un minimo di 2-3 ore per anziano quasi-autonomo (gruppo A) alle 15-16 ore settimanali per gli anziani con più forti disabilità (gruppo E). Per le attività strumentali e di supervisione, la relazione è assai meno nitida.

Tabella 6. - Numero medio di ore di cura fisica, strumentale e di supervisione fornite dalla persona maggiormente impegnata nella cura per categoria di dipendenza

Carer principale		A	B	C	D	E	Totale
Fisica	Media	2,12	6,63	10,19	15,33	16,21	8,90
	SD	3,19	4,58	9,59	16,34	14,67	10,70
Strumentale	Media	6,11	9,50	7,22	12,90	6,34	7,76
	SD	6,87	8,61	7,83	15,54	6,67	8,48
Supervisione	Media	8,68	6,91	12,69	12,29	13,71	10,35
	SD	16,13	11,55	17,18	17,33	15,60	15,46
Totale	Media	20,16	23,51	31,88	41,73	37,00	28,51

Fonte: Bettio, Mazzotta e Solinas (2006).

Note: SD = Deviazione standard

Il livello di disabilità/non autosufficiente è ordinato in modo crescente da A a E. La categoria A include le persone anziane che sono classificate come autonome nella scala di Guttman; la categoria B include le persone anziane classificate ai livelli 1, 2 e 3 della scala; la categoria C include le persone anziane classificate ai livelli 4, 5, 6 e 7 della scala; la categoria D include le persone anziane che sono classificate al livello 8 della scala; la categoria E include le persone anziane che sono classificate al livello 9 della scala. La scala di Guttman è ricostruita a partire da un insieme di domande rivolte al *carer* e tese a misurare la capacità dell'anziano di eseguire alcune attività quotidiane (quali lavarsi, camminare all'esterno della casa e all'interno della casa, alimentarsi autonomamente, stare in piedi o seduto, ecc.). Cfr. Guttman (1950a, 1950b e 1950c). La scala è semplificata secondo la metodologia descritta in Blackwell et al. (1992, pp. 42-50 e pp. 60-67).

Tabella 7. - La condizione lavorativa dalla persona maggiormente impegnata nella cura

	Maschi	Femmine	Totale
	%	%	%
Lavoratore dipendente	28,6	30,3	29,8
Lavoratore autonomo	10,2	5,4	6,7
Coadiuvante familiare	...	1	0,7
Disoccupato	3,6	1,9	2,4
Ritirato dal lavoro	55,8	43,1	46,9
Casalinga	0	18,4	12,9
Studente	1,8	...	0,5
Totale	100	100	100

Fonte: Bettio, Mazzotta e Solinas (2006).

Le condizioni del mercato del lavoro, alterano in modo radicale i costi opportunità e le condizioni di offerta della cura. La cura viene principalmente delegata a chi è già uscito dal mercato del lavoro e/o a chi è e relativamente più debole all'interno della famiglia e sul mercato del lavoro. La quota più consistente della cura, infatti, è offerta da persone che sono esse stesse ritirate dal lavoro (46,9%). A queste si somma una componente non trascurabile di casalinghe (12,9%). Gli occupati sono poco più del 37%.

Va osservato, inoltre, che la percentuale di coloro che hanno abbandonato un lavoro retribuito per prestare assistenza a un anziano è molto bassa: prossima al 9-10% delle persone che offrono il proprio lavoro per la cura di un anziano. Le differenze tra uomini e donne, inoltre, non sono

particolarmente marcate. Le stesse variazioni di orario nel lavoro retribuito per conciliare lavoro e cura sono molto rare. ⁴ Nel complesso, quindi, l'attività di cura modifica in misura marginale i comportamenti sul mercato del lavoro. Sia tra gli uomini che tra le donne chi ha un lavoro a tempo pieno nella gran parte dei casi conserva e le uscite dal mercato del lavoro riguardano quasi esclusivamente lavoratori e lavoratrici con posizioni marginali. Gli stessi passaggi da posti di lavoro a orario pieno a posti di lavoro a orario ridotto, infine, riguardano una minoranza di dimensioni relativamente contenute.

4. L'offerta di assistenza a lungo termine per gli anziani a Modena: il pubblico e il privato sociale

Anche se la assistenza agli anziani grava principalmente sulla famiglia, a Modena i servizi di comunità sono numerosi e diversificati. (tab. 8).

Tabella 8. - Un riepilogo dei principali servizi agli anziani nel comune di Modena

Servizio	Anno			
	Numero utenti			
			Previsione	
	2004	2005	2006	2007
<i>Servizi domiciliari</i>				
Assistenza domiciliare (Adi1)	594	605		
Assistenza domiciliare (Adi3 – Adi3)	2.182	2.182	2.182	2.182
<i>Servizi semiresidenziali</i>				
Centri diurni	168	170	202	232
Dimissioni ospedaliere protette socio sanitarie	440	440	440	
Centri di socializzazione	120	120	120	120
Soggiorni estivi	900	900	900	900
<i>Servizi residenziali</i>				
Casa protetta	589	606	606	546
Residenza sanitaria assistenziale (RSA)	336	345	345	530
Comunità alloggio per anziani	10	10		
Mini-appartamenti per anziani			65	65
<i>Altri servizi per gli anziani</i>				
Telesoccorso e teleassistenza	114	125	130	135
"Informanziani"	7.710	8.200	8.200	8.200
Centro ascolto	800	850	900	1.000
Attività motorie per la terza età	1.550	1.550	1.550	1.550
Orti per gli anziani	1124	1124	1124	1124
Terapia iniettoria per anziani	33.295	34.000	34.500	35.000

Fonte. Piano di zona, Comune di Modena

I tratti distintivi dell'offerta di servizi agli anziani a Modena sono tre. Il primo è che l'intera rete è gestita da strutture di coordinamento che coinvolgono un numero notevole di attori istituzionali (l'amministrazione comunale, i presidi ospedalieri, la unità sanitaria locale, i medici di medicina generale, i gestori privati di servizi socio-sanitari, le cooperative sociali, le organizzazioni di volontariato). Il secondo elemento caratteristico è che una porzione relativamente piccola dei servizi è gestita direttamente dal settore pubblico. L'ente locale detiene le funzioni di indirizzo e controllo. L'erogazione, tuttavia, è prevalentemente a capo di soggetti terzi, con un particolare peso

⁴ Occorre ricordare che gli accordi individuali e collettivi che consentano una modulazione dell'orario a seconda dei bisogni personali e familiari del lavoratore non sono frequenti.

della cooperazione sociale.⁵ Il terzo elemento che va sottolineato è che, per l'insieme dei servizi agli anziani, l'accesso ai servizi non è regolato in base al reddito (individuale e familiare) del richiedente. Questo vale sia per l'assistenza domiciliare sia per i servizi residenziali e semi-residenziali. Alla capacità di pagare è vincolata la tariffa corrisposta dalla famiglia per l'utilizzo dell'insieme dei servizi socio-assistenziali.

I servizi domiciliari

Uno degli obiettivi prioritari della politica socio-sanitaria del comune di Modena è quello di mantenere l'anziano non autosufficiente o parzialmente autosufficiente presso il proprio domicilio. Questo obiettivo è in tutto rispondente alle direttive regionali volte a preservare le capacità residue dell'anziano e a rendere possibile la permanenza dello stesso nel proprio alloggio il più a lungo possibile. All'interno della categoria "servizi domiciliari", considerata nel suo complesso, si prevedono, insieme alla cura e alla assistenza infermieristica, attività di socializzazione e accompagnamento all'esterno per attività quotidiane (fare la spesa, ecc.). L'attività sanitaria e quella socio-assistenziale sono spesso strettamente connesse. Molto spesso gli stessi individui ricevono i due tipi di assistenza da enti erogatori diversi: gli interventi a carattere assistenziale sono a carico della amministrazione comunale; quelli a carattere sanitario sono, invece, a carico della azienda sanitaria. Il servizio socio-assistenziale di base (Adi 1) riguarda circa 600 utenti. Il servizio a maggior intensità sanitaria (Adi 2 e Adi 3) raggiunge circa 2200 anziani

Secondo i dati forniti dal SIPS (Sistema Informativo delle Politiche Sociali) dell'Emilia-Romagna, relativi alla sola componente assistenziale, una parte rilevante (55%) degli interventi è rivolta a ultrasessantacinquenni, molti dei quali soli. Nella gran parte dei casi, l'intervento è interamente a carico dell'ente locale (63,2%). Per meglio comprendere la natura del servizio socio-assistenziale, occorre sottolineare che, in media, ciascuno degli interventi è di 11 ore settimanali per utente (poco più di un'ora e mezza al giorno). Gli interventi a maggior intensità sanitaria, esclusa l'assistenza integrata e oncologica, spesso sono più brevi.

Alcuni servizi di assistenza domiciliare sono forniti direttamente da operatori pubblici e talvolta, con specifiche forme di coordinamento, dall'azienda sanitaria. In altri casi ancora, l'amministrazione mantiene la gestione del servizio e la determinazione degli standard, della quantità e della qualità delle prestazioni, ma per il reperimento di manodopera e l'erogazione agli utenti si avvale di forme di concessione e di appalto, a cooperative sociali. Se si considerano soltanto gli interventi a carattere assistenziale, gli operatori equivalenti a tempo pieno sono circa 150 e circa la metà delle ore lavorate (45,5%) sono offerte dalla cooperazione sociale.

Gli appalti si configurano spesso non come un decentramento del servizio al settore privato, ma come contratti di fornitura di manodopera. Questa formula ha consentito di ampliare l'offerta in anni in cui le assunzioni degli enti locali sono sostanzialmente bloccate. Ha inoltre permesso considerevoli risparmi nei costi del lavoro rispetto a modalità dirette di erogazione.

Come si avrà modo di dire oltre, al sistema pubblico si affianca, con un ruolo non secondario, anche un insieme molto ampio (e frammentato) di operatori che include talora forme di lavoro volontario non retribuito, imprese a carattere profit e, assai più di frequente, assistenti domiciliari private.

⁵ Di seguito non si considerano le forme di trasferimento alle famiglie con anziani non autosufficienti. Occorre ricordare che lo strumento principe di cui l'ente locale dispone è "l'assegno di cura". A partire da una valutazione della gravità del bisogno e della situazione economica, l'assegno di cura, fornisce un sostegno economico alle famiglie che si fanno carico di un anziano non autosufficiente nel proprio domicilio. Nel 2005 i contributi erogati sono circa 400, con una riduzione prossima al 30% rispetto all'anno precedente. Occorre ricordare che l'assegno di cura è parzialmente cumulabile con l'assegno di accompagnamento erogato dall'Inps. A Modena gli assegni di accompagnamento in essere nel 2005 sono 6.700.

I servizi semiresidenziali e i servizi residenziali

I servizi semiresidenziali sono uno dei principali strumenti di sostegno alla domiciliarità. I centri offrono ospitalità durante il giorno a persone anziane parzialmente autosufficienti o non autosufficienti al fine di mantenere l'anziano il più a lungo possibile nella propria abitazione. A Modena l'attività si svolge in nove presidi pubblici (per un totale di circa 150 posti letto). I centri, parte a gestione diretta e parte concessi in appalto, forniscono servizi personalizzati che vanno dall'igiene e la cura ai servizi infermieristici a quelli di pulizia e ristorazione. Di fatto, queste strutture svolgono una funzione di sollievo alle famiglie: l'utenza si concentra nelle classi di età più elevate (l'80% è formato da ultrasettantacinquenni) e, per la quasi totalità, da non autosufficienti).⁶

Nella stessa direzione opera il servizio di "dimissioni protette". Le dimissioni ospedaliere protette permettono una graduale uscita dal ricovero per quei soggetti che presentano condizioni personali o familiari particolarmente fragili, assicurando, contemporaneamente, la continuità assistenziale.

Ai centri diurni con funzioni socio-sanitarie si accostano i centri territoriali di socializzazione. Questi ultimi sono gestiti dai servizi comunali e dalle associazioni di volontariato. La funzione principale è quella volta a favorire l'integrazione sociale e a promuovere le relazioni sociali degli anziani. Presso ogni centro vengono organizzate attività di animazione, laboratori espressivi, momenti informativi specifici, lettura di giornali, ecc.

Tabella 9. - I servizi residenziali

	Case di riposo	Case protette	RSA	Comunità alloggio
<i>Strutture</i>				
Numero presidi	6	14	2	2
Numero posti letto	129	738	103	11
Utilizzo delle strutture (utenti/posti letto)	89,9%	98,2%	94,2%	90,9%
Copertura fabbisogno (in rapporto Alla popolazione con oltre 75 anni)	0,59%	3,68%	0,49%	0,05%
<i>Utenti</i>				
Ultra-settantacinquenni sul totale utenti	67,2%	81,2%	68,0%	60,0%
Non autosufficienti sul totale utenti	1%	88,4%	99,0%	20,0%
<i>Addetti</i>				
Operatori equivalenti a tempo pieno	77,9	515,3	128,4	3,8
Ore settimanali lavorate per utente	24,2	25,6	47,7	13,8

Fonte: Elaborazioni su dati SIPS – Sistema Informativo delle Politiche Sociali

Sebbene l'orientamento di fondo dell'amministrazione, sia quello di limitare i servizi residenziali alle situazioni non gestibili a domicilio, le strutture residenziali continuano a essere l'elemento quantitativamente più rilevante dell'offerta pubblica. Oltre alle case di riposo, a prevalente gestione privata, per i servizi residenziali vengono utilizzati tre diversi tipi di strutture: le case protette, le residenze sanitarie assistenziali, le comunità alloggio, per un totale di circa mille posti letto. (tab. 9)

Le case protette accolgono le persone anziane non autosufficienti assicurando trattamenti socio-assistenziali e sanitari di base finalizzati al riequilibrio e al recupero dell'anziano. In queste strutture vengono erogati servizi di vitto, alloggio, lavanderia, assistenza diurna e notturna,

⁶ Tra i centri diurni si deve segnalare il Centro demenze a sostegno delle famiglie di anziani affetti da questa patologia e con disturbi comportamentali di lieve e media entità.

assistenza medica e infermieristica e riabilitativa, animazione, ecc. L'attività si svolge in quattordici case protette, di cui cinque pubbliche a gestione diretta o in appalto.

Le residenze sanitarie e assistenziali (RSA) sono, invece, strutture prevalentemente, destinate ad anziani non autosufficienti, affetti da patologie degenerative, che richiedono cure sanitarie ed assistenziali intense e continue. A volte, tuttavia, a seguito di malattie o infortuni la RSA è una soluzione temporanea per consentire il recupero e la riabilitazione. In altri casi ancora, il ricovero temporaneo ha una funzione di sollievo per le famiglie che si fanno carico di anziani non autosufficienti gravi.

Case protette e RSA dovrebbero dunque rispondere a bisogni diversi. Di fatto nell'ultimo decennio l'utenza dei due tipi di struttura tende a essere costituita in misura crescente da anziani con un elevato grado di non autosufficienza.

L'offerta di servizi residenziali è completata dalle comunità alloggio. Questo intervento, insieme alla realizzazione di alloggi per anziani con annesso centro diurno, è in fase di prima sperimentazione. Come è lecito pensare questa soluzione è congeniale per anziani parzialmente autosufficienti con rilevanti problemi alloggiativi e di isolamento più che di non autosufficienza conclamata.

Altri servizi di sostegno alla domiciliarità

Tra i servizi volti al sostegno della domiciliarità, il importante è *Serdom*. Il programma è discusso estesamente in un saggio distinto seguono. In questa sede è sufficiente ricordare che si tratta di uno strumento volto a regolamentare il mercato privato della assistenza a lungo termine, con particolare riferimento ai servizi di assistenza domiciliare. Ad esso si affianca l'*Informanziani* che si integra quasi completamente con le funzioni di *Serdom*. Nasce (contestualmente a *Serdom*) per coordinare l'incontro tra domanda e offerta di servizi domiciliari privati e, più in generale, per informare gli anziani e le loro famiglie sulle possibilità di assistenza e di cura presenti nel territorio. Il servizio è gestito da operatori in grado di fare un primo esame delle richieste di assistenza domiciliare, e eventualmente, di offrire le indicazioni e i nominativi degli operatori e delle organizzazioni private accreditate.

Vi sono poi molti interventi che riguardano una molteplicità di aspetti della vita quotidiana degli anziani. Per elencarne alcuni possiamo ricordare, in ambito sanitario, i sette ambulatori di proprietà comunale che forniscono servizi di terapia iniettoria per tutti gli anziani residenti.⁷ O, in ambiti differenti, la promozione di attività culturali, la promozione di attività motorie per la terza età, gli orti per gli anziani. Questi servizi sono di grande importanza per facilitare i processi di socializzazione e per il mantenimento delle capacità psico-fisiche degli anziani, ma ovviamente coinvolgono soltanto marginalmente i non autosufficienti.

La rapida descrizione della rete dei servizi socio-assistenziali che si è fornita in queste pagine, consente di evidenziare che, nel complesso, l'offerta pubblica alla popolazione anziana nel comune di è molto articolata e diversificata. È però facile notare come l'insieme dei servizi di cura a lungo termine (domiciliari e residenziali) riescono a raggiungere una quota relativamente piccola degli anziani, concentrandosi tra gli anziani con grado elevato di disabilità (e redditi più bassi).

5. L'offerta di assistenza a lungo termine per gli anziani a Modena: le assistenti domiciliari private

Alla cura interna alla famiglia e ai servizi pubblici (o organizzati dal pubblico) nell'ultimo decennio si è aggiunto un nuovo attore: le assistenti domiciliari che offrono servizi direttamente alle

⁷ Si stima che nel 2004 gli interventi di terapia abbiano coinvolto oltre trentamila utenti.

famiglie. Si tratta, in grande prevalenza, di lavoratrici immigrate che svolgono un particolare lavoro di cura: accudire nel loro domicilio, e spesso in regime di convivenza, persone non autonome (prevalentemente anziani) o individui disabili. Il fenomeno dell'assistenza domiciliare privata, il "badantato", ha assunto, in tempi relativamente brevi, dimensioni assai ampie. A causa del lavoro irregolare, a cui si somma e si sovrappone la migrazione irregolare, è assai difficile fornire una stima precisa del numero di badanti.

Alcuni dati possono consentire di comprendere le dimensioni del fenomeno: in Emilia Romagna al 2001 i collaboratori domestici registrati presso l'Inps erano 15.613. Nel solo 2002 per effetto della Bossi-Fini, 26.mila lavoratrici straniere hanno presentato domanda di regolarizzazione, per attività di cura alla persona. La Regione stima che le assistenti domiciliari private siano nel 2005 non meno di 30mila. Se si considera che nel segmento socio-assistenziale (tra servizi domiciliari e residenziali) il numero di addetti è di circa 21mila è del tutto evidente che si è sviluppato un mercato privato, pressoché del tutto privo di regolamentazione, che ha dimensioni almeno pari alla rete pubblica/privato convenzionato.

Secondo i dati forniti dalla Caritas in riferimento al Nord Est, queste donne provengono prevalentemente dall'Est Europa (Moldavia, Polonia, Romania, Russia, Ucraina); tre su quattro sono coniugate, circa la metà ha superato i quarant'anni; una su cinque ha una laurea, moltissime (40%) una scolarizzazione superiore. In Italia guadagnano mediamente trenta volte di più di quello che sarebbero in grado di guadagnare nel loro paese, anche svolgendo professioni che richiederebbero istruzione e qualificazione elevata.

A Modena si è tentata una stima del fenomeno. Delle circa 8mila famiglie prestano cura a un anziano non autosufficiente, oltre 2.300 (pari al 30%) utilizzano forme di badantato. Di queste, oltre la metà, affidano la cura a una assistente domiciliare che svolge questa attività a tempo pieno e convive con l'anziano nello stesso domicilio ricevendo, oltre alla remunerazione concordata, il vitto e l'alloggio (tab. 10).

Tabella 10. - Utilizzo di una badante convivente e non convivente

	Numero casi	% sugli anziani	% sulle famiglie
Badanti non conviventi	1.035	12,2	13,0
Badanti conviventi	1.288	15,1	16,2
Totale	2.323	27,3	29,2

Note: La percentuale è calcolata in rapporto agli anziani non in casa di cura o altra residenza protetta.

Fonte: Bettio, Mazzotta e Solinas (2006).

L'uso della badante e, in particolare, della badante convivente è particolarmente diffuso per le famiglie con anziani gravemente debilitati, ma che conservano un qualche grado di autonomia (categorie C e D). Nelle famiglie con anziani pressoché totalmente non autosufficienti (categoria E) l'uso è meno frequente: alla badante tendono a sostituirsi figure di altro tipo, in primo luogo l'infermiere privato (tab. 11)⁸

Tabella 11. - Utilizzo di una badante per categoria di dipendenza dell'anziano

Categoria di dipendenza	A	B	C	D	E
	Valori % sulle famiglie				
Badanti non conviventi	16,1	20,8	6,2	6,2	7,9
Badanti conviventi	4,3	4,4	30,2	38,6	16,6

⁸ In questo gruppo, tra le famiglie intervistate, vi è una maggiore presenza più significativa di anziani istituzionalizzati.

Totale (%)	20,4	25,2	36,4	44,8	24,5
------------	------	------	------	------	------

Fonte: Bettio, Mazzotta e Solinas (2006).

La presenza di una assistente domiciliare privata modifica in modo molto profondo la quantità di assistenza ricevuta dall'anziano e gli stessi ruoli delle persone coinvolte nella cura.

Nelle famiglie in cui è presente un/una badante convivente il quadro è assai diverso: la cura fisica prestata dal badante su base settimanale è di circa 18 ore; la cura strumentale di circa 14; le attività di compagnia/sorveglianza superano agevolmente le 34-35 ore. È facile che una assistente domiciliare privata che condivide il domicilio con l'anziano eroghi non meno di 60-70 ore di lavoro la settimana. Di fatto, in questa famiglie – pari, come si ricorderà a circa il 15% delle famiglie – la persona maggiormente coinvolta e impegnata nella cura non è un familiare, ma la badante.⁹ Il familiare non è più chi eroga, ma chi organizza e sorveglia il lavoro di cura erogato da altri.

Tabella 12.- Numero medio di ore di cura fisica, strumentale e di supervisione ricevute settimanalmente dalla famiglia in ausilio al carer, per categoria di dipendenza dell'anziano – Famiglie con badante convivente

Categoria di dipendenza		A	B	C	D	E	Totale
Fisica	Media	6,84	3,30	16,75	21,63	27,49	18,20
	SD	1,00	2,16	9,84	9,84	17,95	13,61
Strumentale	Media	18,24	10,62	16,95	11,74	10,89	14,30
	SD	2,04	4,19	9,88	12,66	11,73	10,60
Supervisione	Media	39,34	48,08	32,33	33,57	33,13	34,50
	SD	4,13	5,75	14,95	20,90	21,51	17,34
Totale	Media	64,42	62,00	65,59	67,10	71,81	66,89

Fonte: Bettio, Mazzotta e Solinas (2006).

Note: SD = Deviazione standard

In modo analogo, è del tutto ovvio, che la relazione di cura non è più quella del familiare (donna), affiancato per una piccola frazione della giornata da un operatore professionale (pubblico o di una cooperativa sociale). La cura, pressoché per intero, è delegata ad una figura che, quale che sia il suo retroterra culturale e professionale, è costantemente presente.

Il lavoro di donne immigrate disponibili a fornire servizi nella assistenza a lungo termine agli anziani sta modificando la struttura dei costi e dell'offerta. A esaminare questo aspetto è dedicato il paragrafo che segue.

6. I costi sociali della cura residenziale e domiciliare

A riprova del fatto che la struttura dei costi abbia subito una radicale modifica a seguito del lavoro migrante è sufficiente citare un solo dato.

Tabella 13. - I principali costi diretti e indiretti dell'assistenza presso il domicilio dell'anziano – (2003)

Tipo di cura o di servizio	Costi unitari
1. Tempo del carer	€ 2,65 l'ora
2. Ricoveri ospedalieri per patologie in fase acuta	€ 387,45 è il costo medio giornaliero per una giornata di ricovero in reparti diversi dalla geriatria

⁹ In particolare, per quanto riguarda l'ausilio in termini di ore di supervisione la situazione è del tutto diverse tra le famiglie che fanno uso di un ausilio esterno a pagamento oppure no: le ore di supervisione nelle famiglia con badante convivente sono circa 35; nelle famiglie con badante non convivente sono circa 11. Nelle famiglie, infine, in cui non è presente nessuna di queste figure, il *main carer* riceve da altri un ausilio in termini di controllo e compagnia all'anziano che, in media, non supera le 5 ore settimanali.

3. Visite al/dal medico di base	€ 15,50 (in ambulatorio), € 25,82 a domicilio (tariffa per servizi privati)
4. Servizi infermieristici pubblici	€ 16 l'ora per il servizio a carico della AUSL; la stima del costo per la visita a domicilio € 11,4; la stima del costo per visita in ambulatorio o in ospedale è € 29,3
5. Servizi domiciliari	i) € 19,8 l'ora per il servizio pubblico; la stima del costo per visita è € 29,25 ii) € 8,5 è la tariffa oraria minima praticata, a chiamata, da fornitori privati; la stima del costo per visita € 19,46; iii) € 4,5 è il salario orario minimo per una badante non convivente (inquadrate al II livello); il costo stimato per visita è € 25,49 iv) € 2,67 è il salario orario stimato per una badante convivente
6. Pasti a domicilio	Il costo pieno per l'offerta pubblica per pasto è € 5,3 nei giorni feriali, e € 5,9 la domenica; € 5,4 in media
7. Fisioterapista	€ 22 è il costo orario per l'offerta pubblica; la stima del costo per la visita a domicilio è € 21,10; per la visita in ambulatorio o in clinica è € 53,02
8. Prete, altro religioso o altra figura di compagnia	€ 10,7 l'ora (salari medi orari nell'industria); la stima del costo per visita a domicilio è € 7,9; la stima del costo per la visita esterna € 10,1.
9. Centri diurni	€ 83,3 al giorno
10. Consumo personale	€ 211,74 alla settimana: è il dato medio del consumo personale, inclusi i beni durevoli per l'anno 2000 in Emilia Romagna, stimato per le famiglie con capofamiglia di oltre 60 anni; il dato è aggiornato utilizzando l'indice dei prezzi al consumo (per il dato del consumo personale delle famiglie al netto dei costi di cura si rimanda alla tabella 5.6)
11. Costi opportunità per la casa	€ 22,75 la settimana

Fonte: Bettio, Mazzotta e Solinas (2006).

Note:

4., 5., 7. e 8.: I costi per visita sono basati su stime di costo orario (la fonte è indicata di seguito) e su stime dei tempi medi delle visite (a domicilio e no) desunte dall'indagine Galca. Nel caso di visite a domicilio la durata della visita include la stima dei tempi di trasporto, desunti, anche in questo caso, dall'indagine.

11. Si basa sul valore stimato dalle famiglie della rendita potenziale degli appartamenti in proprietà per l'anno 2000 in Emilia Romagna, diviso il numero di componenti la famiglia (per le famiglie con capifamiglia di oltre sessant'anni). Questo valore base – pari a € 77,05 – è stato moltiplicato per la quota di famiglie che farebbero un uso diverso dei locali, affittandoli o allocandoli a un altro familiare (27,5%). Il dato è aggiornato al 2003 utilizzando il deflatore del PIL.

Fonti specifiche:

2. AUSL e Servizio anziani (Modena);

3. Ordine dei Medici di Modena (tariffe minime per il medico di base) e Ordine dei medici nazionale per le visite specialistiche intramurarie (dentista, dermatologo, pneumologo, geriatra, ecc.)

4. Per i costi orari: AUSL e Servizio anziani (Modena);

5. Per i costi orari del servizio pubblico e delle badanti accreditate: Servizio anziani (Modena); per le altre badanti: minimi salariali dal Contratto Nazionale per i lavoratori domestici (cfr. Sole 24-ore 5/1/2004). Utilizzando i dati contattuali si perviene ad una stima di costo orario pari a € 4,212 per una badante convivente. Assumendo un orario di lavoro standard (7 ore al giorno per 6 giorni, che è spesso inferiore all'orario di lavoro effettivo), ne discende un costo orario di € 2,67.

6. AUSL e Servizio anziani (Modena). Il dato è inclusivo di IVA al 10%;

7. Per i costi orari: AUSL e Servizio anziani (Modena);

8. Il costo orario è equiparato ai salari medi lordi per gli occupati nell'industria in Emilia e deriva da Banca d'Italia (2002), nostre elaborazioni su dati individuali. Per aggiornare il dato al 2003 si è utilizzato il deflatore del PIL.

9. AUSL e Servizio anziani (Modena);

10. Banca d'Italia (2002), (cfr. 8.).

11. Cfr. 10.

Il costo pieno di un'ora di assistenza domiciliare pubblica è, in media, di 19,8 euro l'ora, esclusi i costi di coordinamento. In particolare, a Modena, nel rispetto degli accordi retributivi territoriali, nessuna cooperativa sociale è in grado di operare con un costo orario del lavoro inferiore ai 15 euro.

Il costo di una assistente domiciliare privata oscilla tra i 2,65 e i 4,5 euro l'ora.¹⁰ Con gli attuali vincoli di bilancio (e di trasferimento per l'assistenza), per le famiglie e gli anziani che necessitano di una attività, anche soltanto di sorveglianza, prolungata, la soluzione privata, è l'unica praticabile.

Vi è una seconda implicazione, altrettanto importante.

¹⁰ Cfr. nota 5 tab. 13.

Tabella 14 - La soluzione domiciliare: costi medi settimanali pro-capite e costi opportunità per livello di dipendenza dell'anziano (2003).

Categoria di dipendenza	Costo opportunità del tempo del carer	Ricoveri in ospedale*	Ricoveri temporanei in RSA*§	Servizi medici [^]	Servizi infermieristici pubblici	Servizi infermieristici privati	Servizi domiciliari	Pasti a domicilio ^{^^}
A	53,37	32,82	1,91	24,65	3,13	2,13	28,64	0,71
B	63,07	72,40	5,65	24,33	1,68	2,13	40,99	2,74
C	86,20	81,23	9,09	20,37	1,97	1,94	97,36	...
D	122,09	11,91	1,45	18,14	0,92	...	36,80	...
E	108,17	135,99	9,15	18,96	0,78	6,92	58,49	...
Totale	77,83	71,11	5,74	22,36	1,92	3,30	51,14	0,96
	Fisioterapia-Pista	Prete	Centri diurni	Consumo personale#	Costo opportunità per la casa	Costo per l'adattamento degli alloggi**	Costo Totale	
A	14,22	1,35	13,64	175,14	22,75	0,49	374,94	
B	5,46	0,75	24,25	162,35	22,75	0,22	428,67	
C	12,00	0,75	...	118,26	22,75	0,67	452,59	
D	176,23	22,75	0,83	391,11	
E	3,87	0,25	9,58	144,16	22,75	0,95	520,02	
Totale	3,78	1,15	12,16	156,16	22,75	0,59	430,96	

Note:

*La frequenza di utilizzo fa riferimento solo agli anziani che vivono in famiglia, esclude cioè gli anziani istituzionalizzati.

§ La stima è basata sui costi effettivi delle RSA di Modena

[^] Include i costi per le visite mediche specialistiche.; la tariffa per visita è stata stimata pari a €80.

^{^^} Il dato è basato sull'ipotesi che coloro che ricevono questo servizio consumino 1,5 pasti al giorno in media (le opzioni possibili sono di uno o due pasti al giorno).

Il dato sul consumo personale, pari a €211,74 a persona è stato considerato al netto delle spese (tariffe) a carico delle famiglie per servizi medici e servizi di cura. In particolare (i) il costo dell'assistenza infermieristica privata e dei servizi domiciliari e di badantato è stata interamente dedotta; (ii) sono stati esclusi, rispettivamente, il 34 e il 35% dei costi sostenuti per centri diurni e altre residenze protette. Questo ammontare corrisponde alla quota a carico delle famiglie; (iii) è stato dedotto il 51% della spesa per i pasti a domicilio: si è cioè considerata la quota della tariffa media interamente a carico delle famiglie. Per converso i ricoveri in ospedali pubblici e il costo dei medici e dei fisioterapisti pubblico è stato considerato "free of charge", a costo zero. Questo, ovviamente, non è vero: ma è giustificato dal contributo assai modesto che le famiglie devono corrispondere per l'ottenimento di questi servizi: gli anziani con oltre 65 anni, sono spesso esentati dal pagamento delle tariffe per i servizi sanitari e contribuiscono, in media, per meno del 10% del costo pieno dell'assistenza domiciliare pubblica.

** Per stimare il costo si è applicato un tasso di interesse annuale del 2% sulla spesa sostenuta per riadattare l'appartamento ai bisogni dell'anziano.

In termini di costo, data la struttura dell'offerta, la soluzione domiciliare è più vantaggiosa della soluzione residenziale. Ne fornisce evidenza il confronto tra il costo pieno (inclusivo di costi di gestione e ammortamenti) fornito dalla amministrazione locale messo a confronto con i costi diretti e indiretti della cura domiciliare.

Il costo medio settimanale del ricovero in una struttura residenziale oscilla, secondo i dati desumibili dal controllo di gestione del Comune di Modena, tra i 600 e i 660 euro la settimana.

È ovviamente assai più complesso ricavare una stima dei costi della assistenza domiciliare. Il dato, infatti, dovrà tener conto dell'insieme dei costi diretti e indiretti che comporta mantenere l'anziano nel proprio domicilio. Le modalità con cui si è proceduto per la stima sono descritte in dettaglio in Bettio, Mazzotta e Solinas (2006). In questa sede è sufficiente ricordare che si sono individuate le voci di costo indicate nella tabella. 13 e 14. Le voci che si sono prese in considerazione includono il tempo del carer; i costi dei ricoveri ospedalieri per patologie in fase acuta e i ricoveri temporanei in residenze protette; i costi connessi all'utilizzo di centri diurni; i costi per le visite al/dal medico di base e per l'utilizzo di servizi medici specialistici; i costi dei servizi infermieristici privati e pubblici e dei servizi domiciliari, i costi per l'utilizzo del servizio "pasti a domicilio"; i costi del fisioterapista, e del logopedista, i costi delle visite di figure di compagnia, il consumo personale, i costi opportunità dell'alloggio, i costi di ristrutturazione/adattamento

dell'alloggio alle esigenze dell'anziano. Le fonti e le ipotesi di calcolo sono esplicitate in nota alle tabelle.¹¹

Applicando i costi stimati ai i tassi effettivi di utilizzo di ciascun servizio rilevati nell'indagine Galca, si è pervenuti alla stima del costo settimanale dell'assistenza domiciliare.

Come evidenzia la tabella 14 la cura domiciliare consente un significativo contenimento dei costi sia che si considerino anziani con livelli di disabilità lievi o moderati sia che si considerino anziani con livelli assai elevati di disabilità. In media il costo di una settimana di cura a domicilio è infatti pari a 431 euro, circa il 37-38% in meno rispetto al costo connesso alla istituzionalizzazione dell'anziano.

Al contenimento dei costi concorrono in misura decisiva i bassi costi del tempo di lavoro del *carer* e i bassi costi della assistenza domiciliare privata. Il lettore osserverà che il costo opportunità del tempo del *carer* è esattamente allineato con quello delle badanti peggio retribuite. Il lavoro migrante ha reso non solo praticabile, ma superiore in termini di costo la soluzione che, fino a ieri e in qualche misura anche oggi, è stata resa possibile dal lavoro femminile (non pagato) all'interno della famiglia.

Le soluzioni private a basso costo sono non soltanto inique in termini di genere, ma potrebbero divenire assai più costose e assai meno praticabili in un futuro non troppo lontano. Dei problemi di sostenibilità e di equità del modello di cura che si è venuto affermando con l'ingresso delle badanti nel mercato privato della cura ci si occupa in altra sede (Bettio e Solinas, 2006). Nelle pagine che seguono si rivolge l'attenzione a un unico aspetto. Modena e la sua amministrazione nel passato hanno saputo inventare e proporre soluzioni originali: ne è testimonianza la diffusione delle cooperative di servizio alla persona a partire dai primi anni Ottanta. Oggi si pone un problema di regolazione del mercato privato della cura domiciliare.

Riferimenti bibliografici

Banca d'Italia (2002), *I bilanci delle famiglie italiane nell'anno 2000*, Supplemento al Bollettino Statistico, n. 6/XII.

Baldini M., Bosi P. e Silvestri P. (2004), *La ricchezza dell'equità. Distribuzione del reddito e condizioni di vita in un'area a elevato benessere*, Bologna, Il Mulino.

Bettio F., Mazzotta F. e Solinas G. (2004), *Gender Analysis and Long-Term Care of the Elderly*, Rapporto per l'Italia, Commissione Europea-Fondazione Brodolini, Roma 2004.

¹¹ Vi sono, tuttavia, alcuni elementi di costo che necessitano di un ulteriore commento.

La prima e più importante riguarda la valutazione monetaria del tempo della persona su cui ricadono i principali oneri di cura. Il costo del tempo del *carer* è un costo opportunità. In particolare, per le lavoratrici e i lavoratori non occupati lo si è calcolato applicando le retribuzioni medie nell'industria per l'Emilia-Romagna (Banca d'Italia, 2002) alla probabilità di reingresso nel mercato del lavoro. Queste ultime sono state desunte dalla volontà dichiarata di reinserimento nel mercato del lavoro, nel caso nella famiglia venga meno l'esigenza di assistenza all'anziano. Per i lavoratori e le lavoratrici occupate al tempo di cura è stato convenzionalmente attribuito un valore pari a un quarto della lavoro retribuito. Poiché, come si è detto, una quota molto rilevante dei familiari che prestano assistenza agli anziani sono ritirati dal lavoro o casalinghe che non intendono rientrare nel mercato del lavoro, il costo opportunità della cura ha un valore molto basso (2,65 euro l'ora in media).

Il costo opportunità dell'alloggio è stato calcolato applicando i valori medi stimati della casa alla frazione di alloggio occupata dall'anziano, qualora la famiglia dichiarasse di voler destinare i locali ad un uso di mercato (vendita o affitto).

Una ulteriore spesa, che si è presa in considerazione è quella relativa all'adeguamento dell'alloggio nel quale l'anziano vive. La stima di questo costo sembra essere non trascurabile, infatti dai calcoli effettuati nel corso dell'indagine Galca sono state apportate modifiche più o meno rilevanti da poco meno del 20% delle famiglie coinvolte nell'indagine, con costi che tendono a crescere con il livello di disabilità: il costo medio degli adattamenti oscilla, infatti, tra i 4mila e gli 8mila euro per gli anziani nelle categorie A e B; supera i 12mila euro per gli anziani nella categoria E.

- Bettio F., Mazzotta F. e Solinas G. (2006a), “Costs and prospects for home based long term care in Northern Italy: the Galca survey”, *Quaderni Celpe*, Università di Salerno (in corso di pubblicazione)
- Bettio F. e Solinas G. (2006b), “Cura degli anziani: si può battere il mercato?”, *Economia & Lavoro*, n. 1, 2006, pp. 147-49.
- Comune di Modena (2000), *Percorsi di qualità della vita degli anziani nel centro storico*, Assessorato alle Politiche Sociali, Modena, 2000.
- Comune di Modena (2004), *Il piano di zona della città di Modena 2004-2007*, Comune di Modena, Assessorato alle politiche sociali, Modena, 2004.
- Guttman I. (1950), “The Basis of Scalogram Analysis”, in S. Stouffer, I. Guttman, E.A. Suchman, et al. (a cura di), *Measurement and Prediction. Studies in Social Psychology in World War II*, Volume IV, Princeton, New Jersey, Princeton University Press, pp. 60-90..
- Provincia di Modena, *Atlante statistico*, Servizio Statistica.
- Provincia di Modena (2002), *Previsioni demografiche 2003-2014*, Modena.