

Alessandro Solipaca e Carlo Ricci
(a cura di)

Nuovo studio sulla popolazione di persone sordocieche, con disabilità sensoriali e plurime in condizioni di gravità

Indagine europea sulla salute (EHIS wave 2)



Nel 2017 è stato pubblicato il primo studio sulla popolazione di persone sordocieche, con disabilità sensoriali e plurime in condizioni di gravità, riferito alla popolazione italiana. Avvalendosi dei dati ricavati da ricerche successive, tra le quali in particolare l'indagine sull'inclusione scolastica promossa dal Ministero dell'Istruzione e l'indagine sulle condizioni di salute nella popolazione europea condotta da Eurostat, lo studio qui presentato offre una rappresentazione fedele — e una stima della numerosità — della popolazione di persone che rientrano attualmente a pieno titolo nelle tipologie di disabilità prese in esame. Il dato forse più importante che emerge dalla ricerca è la sottovalutazione dell'effettiva quantità di persone che si trovano in condizioni di sordocecità, con disabilità sensoriali e plurime. Ci si chiede, di conseguenza, se i servizi alla persona siano sufficientemente preparati a fronteggiare gli effetti di tali condizioni di salute e quanto riescano realmente a incidere sul destino sociale delle persone che li subiscono grazie a interventi precoci e di supporto per tutto l'arco della vita.

Rispondere a queste domande è quanto mai urgente, ed è responsabilità della politica, delle istituzioni pubbliche e della società civile. Come dice infatti Rossano Bartoli, della Fondazione Lega del Filo d'Oro Onlus, che ha commissionato lo studio, è necessario «concepire un vivere sociale dove la disabilità non sia così diversa da ogni altra fragilità insita nell'essere umano».

€ 14,00



9 788859 102961 8

www.erickson.it

Indice

Prefazione (<i>Walter Ricciardi</i>)	7
Introduzione (<i>Alessandro Solipaca e Carlo Ricci</i>)	11
<i>Capitolo primo</i>	
Un organismo internazionale per la sordocecità: il DbI, Deafblind International (<i>Patrizia Ceccarani e Carlo Ricci</i>)	13
<i>Capitolo secondo</i>	
La popolazione con limitazioni sensoriali in Italia (<i>Chiara Coluccia</i>)	29
<i>Capitolo terzo</i>	
La popolazione con limitazioni sensoriali nei Paesi europei (<i>Simona Staffieri</i>)	61
<i>Capitolo quarto</i>	
L'inclusione scolastica degli alunni con bisogni educativi speciali: un confronto europeo (<i>Lucia Martinez</i>)	93
<i>Capitolo quinto</i>	
Gli alunni con disabilità sensoriale nelle scuole italiane (<i>Alessandra Battisti, Sara Corradini e Claudia Di Priamo</i>)	99
Postfazione (<i>Rossano Bartoli</i>)	117

Prefazione

Le persone descritte in questo volume rappresentano una fascia di popolazione spesso invisibile, considerata vittima di un destino naturale, per il quale nella vita si può essere vittime di eventi negativi o semplicemente dell'invecchiamento, cioè di eventi per i quali l'uomo e la società possono fare poco. Questo approccio alla disabilità è quello che sta dietro al principio risarcitorio che caratterizza molti degli interventi di welfare messi in atto nel passato, ma ancora oggi ampiamente diffusi. Secondo questo principio, la persona con forti deficit fisici o psichici è aiutata attraverso trasferimenti monetari, trascurando completamente se questi ultimi siano efficaci per assicurare loro il diritto a vivere la vita al pari delle altre persone.

Sebbene questo approccio sia ancora molto presente nel nostro sistema di welfare, dal punto di vista dei principi e del modo di vedere la disabilità si sono fatti enormi passi avanti. La condizione di disabilità, secondo l'ICF — International Classification of Functioning, Disability and Health —, non è circoscritta semplicemente alla presenza di un deficit fisico o psichico, ma è il risultato dell'interazione negativa tra la persona e l'ambiente, fisico e culturale, in cui vive. Da tale punto di vista, sono evidenti la responsabilità e il ruolo che la società assume nei confronti di queste persone.

Mutuando la terminologia e i concetti utilizzati dall'ICF, la distanza tra le capacità di questo collettivo di persone e la reale performance nello svolgere tutte le attività della vita è molto ampia. I deficit funzionali che riguardano il collettivo analizzato limitano enormemente le abilità fondamentali di

ogni individuo: le gravi limitazioni nel vedere, nel sentire, nel muoversi negli ambienti costituiscono degli impedimenti rilevanti, soprattutto in una realtà come quella attuale, nella quale la capacità di comunicazione è uno degli strumenti fondamentali per l'inclusione sociale. Lo scostamento tra le capacità (le abilità fisiche) e l'effettiva opportunità di vivere al pari di tutti gli altri individui è il gap che occorre colmare, mettendo in campo tutti gli strumenti, i cosiddetti facilitatori, che possono azzerare il divario. Si tratta di ausili fisici — come protesi, apparecchiature tecnologiche, ausili meccanici, ecc. — che consentono di muoversi e comunicare con il resto del mondo, ma anche di interventi più generali, finalizzati a superare sia i pregiudizi sociali, sia i rischi di esclusione sociale e deprivazione economica e materiale indotti dai problemi di salute.

Il dovere di cui una società civile deve farsi carico è quello di migliorare le condizioni di vita di queste persone, fino ad assicurare loro le stesse opportunità degli altri individui. Ci si rende conto che si tratta di principi condivisibili, ma che rischiano di rimanere astratti se non declinati in azioni concrete di cui si possa misurare l'efficacia.

Un primo passo verso l'individuazione di obiettivi concreti consiste nel declinare l'inclusione sociale in singoli funzionamenti, cioè in un insieme di beni e opportunità che sostanziano la vita di ogni persona. Scendendo ancora di più nel dettaglio, si tratta di costrutti teorici declinabili attraverso i principi richiamati nella convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, come la salute, l'istruzione, il benessere soggettivo, l'occupazione, la disponibilità di reddito e la partecipazione alla vita sociale, politica e culturale.

Gli individui descritti in questo lavoro spesso hanno alle spalle storie drammatiche, fatte di sofferenze, fisiche e psicologiche, dovute sia alla malattia, sia alla crescente consapevolezza di non poter vivere come le altre persone. Accanto a loro, altrettanto spesso, ci sono le famiglie sulle quali spesso gravano il carico di cura e le difficoltà nel conciliare la vita degli altri componenti con le esigenze di assistenza della persona con disabilità. A causa di tale impegno, spesso nelle famiglie si riscontrano carriere lavorative dei caregiver al di sotto di quelle osservate nel resto della popolazione, in modo particolare per le donne.

Nonostante questo, le famiglie continuano a svolgere un ruolo cruciale di cerniera con le Istituzioni deputate ai servizi socio-assistenziali e costrui-

scono la rete di aiuti per far fronte alle carenze di un sistema di welfare con scarse risorse economiche, molto incentrato sui trasferimenti monetari e poco sui servizi alla persona.

In prospettiva, la rarefazione delle reti familiari e il progressivo invecchiamento della popolazione rischiano di mettere in crisi la sostenibilità di questo modello di welfare. Pertanto, appare opportuno pensare a un nuovo paradigma di assistenza basato sulla presa in carico delle persone con disabilità, con interventi personalizzati che tengano conto, da un lato, dei loro bisogni di assistenza e cura, dall'altro delle condizioni e del contesto ambientale in cui vivono.

I «protagonisti» di questo volume danno il senso di quanto sia difficile e impegnativo, per la società e tutto il sistema di welfare, avviare e perfezionare il processo di inclusione nella società delle persone con gravi deficit sensoriali e di quelle con disabilità plurime.

Walter Ricciardi
Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Introduzione

Alessandro Solipaca e Carlo Ricci

Nel 2017 è stato pubblicato il primo studio sulla popolazione di persone sordocieche, con disabilità sensoriali e plurime in condizioni di gravità, riferito alla popolazione italiana;¹ nel 2019, grazie al progetto di ricerca attivato presso ISTAT «Inclusione sociale delle persone con disabilità – Analisi e nuovi strumenti statistici», abbiamo avuto accesso ai dati dell'indagine sulle condizioni di salute nella popolazione europea condotta nell'ambito delle indagini statistiche previste dal Regolamento della Commissione Europea. Il presente studio, al fine di documentare la disabilità nelle età giovanili, si avvale anche dell'Indagine ISTAT sull'inclusione scolastica degli alunni con disabilità. L'obiettivo è quello di poter disporre di una rappresentazione o meglio di una stima sull'effettivo collettivo di persone che rientrano a pieno titolo nelle tipologie di disabilità oggetto del presente studio.

In questa breve introduzione non ci soffermeremo sui dati, che saranno ampiamente descritti e commentati nelle parti che seguiranno, ma su alcune riflessioni che ci appaiono particolarmente rilevanti. La prima è la frequente sottovalutazione della effettiva quantità di persone che si trovano in condizioni di sordocità, con disabilità sensoriali e plurime gravi; la seconda riguarda le implicazioni che tali condizioni hanno sul destino sociale di tali persone; infine, quanto i servizi alla persona siano sufficientemente

¹ A. Solipaca e C. Ricci, *Studio sulla popolazione di persone sordocieche, con disabilità sensoriali e plurime in condizioni di gravità*, Trento, Erickson, 2017.

preparati a fronteggiare gli effetti di tali condizioni di salute e in che misura riescano a modificare il destino sociale delle stesse grazie a interventi precoci e di supporto per tutto l'arco della vita. A tale proposito, non possiamo non citare il committente di questo studio, la Fondazione Lega del Filo d'Oro ONLUS, che fin dalla sua nascita, più di 57 anni or sono, ha fatto propria la mission di offrire servizi altamente specializzati nel dare risposte in grado di incidere sulla qualità di vita individuale e familiare di questo specifico collettivo di persone con disabilità. Altri gruppi e associazioni si stanno prodigando nella stessa direzione, ma si ha la netta sensazione di trovarci di fronte a un sottodimensionamento significativo rispetto ai reali bisogni ai quali occorre dare risposte di qualità.

Capitolo primo

Un organismo internazionale per la sordocecità: il DbI, Deafblind International

Patrizia Ceccarani¹ e Carlo Ricci

Prima degli anni Cinquanta non abbiamo traccia di network che avessero come finalità quella di condividere conoscenze, modelli organizzativi, buone pratiche e ricerche nel campo della sordocecità. Le prime avvisaglie di tentativi in questa direzione si devono a scambi tra singoli organismi in merito a questioni specifiche, che hanno visto come principali protagonisti

scuole come Conover Hall nel Regno Unito, la scuola per ciechi di Hannover, in Germania, l'Istituto per la defectologia a Mosca, St. Michielsgestel nei Paesi Bassi, le scuole Perkins per i ciechi negli Stati Uniti e diverse scuole dei Paesi nordici. I professionisti di questo gruppo tramite la corrispondenza cartacea condividevano i risultati, i successi e i problemi del loro lavoro con i bambini con sordocecità e, in rare occasioni, riuscendo a incontrarsi.²

Solo nel 1962 questo gruppo si incontrò per la prima volta per una conferenza formale, dal titolo *Insegnare ai bambini sordociechi*, ospitata dalla Conover Hall School vicino a Shrewsbury nel Regno Unito. Quarantuno persone parteciparono a questa prima conferenza. Va ricordato, in questa sede, che nel 1964 fu fondata nel nostro Paese la Lega del Filo d'Oro che, da subito, si pose il problema di capire come nelle altre nazioni si affrontasse la tematica della sordocecità.

¹ Lega del Filo d'Oro di Osimo.

² Dal sito: <https://www.deafblindinternational.org/about-us/history/> (consultato il 22 marzo 2022).

Durante gli anni Sessanta si sono tenuti i successivi incontri mondiali, in cui erano coinvolte la scuola di Aalborg in Danimarca e quella di St. Michielsgestel nei Paesi Bassi. Durante questo periodo, quasi tutti i membri presenti si occupavano dell'istruzione dei bambini con sordocecità, da cui l'enfasi su «istruzione» nel titolo originale dell'organizzazione.

Negli anni Settanta, le conferenze mondiali furono poi ospitate dalla Perkins School for the Blind negli Stati Uniti, ancora una volta da Condover Hall, e poi a Sydney dalle scuole australiane per bambini con sordocecità. Durante la prima parte di questo decennio, il gruppo si è riunito ufficialmente come Sottocomitato sull'Educazione dei Sordociechi della più ampia organizzazione materna nota come Consiglio Internazionale per l'Educazione dei Disabili Visivi (oggi ICEVI). In quel periodo molte altre organizzazioni, provenienti soprattutto dall'Europa e dal Nord America, iniziarono a partecipare alle riunioni.

Fu durante la conferenza di Sydney del 1976 che nacque ufficialmente l'Associazione Internazionale per l'Educazione dei Sordociechi (IAEDB), che elesse l'australiano Keith Watkins come suo primo presidente. L'appartenenza era strettamente individuale, e l'iscrizione costava circa 10 dollari all'anno, che la maggior parte dei membri pagò in anticipo per quattro anni. A causa delle entrate limitate dell'organizzazione, l'IAEDB aveva una newsletter ciclostilata molto piccola di circa otto pagine. Non c'erano budget per altre attività, quindi fino agli anni Settanta le uniche attività erano le conferenze mondiali che si svolgevano ogni tre o quattro anni.

La prima conferenza mondiale degli anni Ottanta è stata ospitata dai nostri colleghi tedeschi al Bildungszentrum für Taubblinde di Hannover e ha riunito persone di tutto il mondo che si capivano e parlavano la stessa lingua professionale poiché erano tutte interessate all'istruzione dei bambini con sordocecità. Quando si è tenuta questa conferenza la maggior parte dei fondatori era ancora presente e quindi poté influenzare le direzioni future dell'organizzazione.

Quest'ultima a quel tempo era ancora molto eurocentrica e nordamericana. Si stima che, a quell'epoca, erano seguiti meno di 250 bambini con sordocecità di 11 Paesi in via di sviluppo, in tutto il mondo. Alcuni di questi membri riuscirono a partecipare alla successiva conferenza mondiale che si tenne a New York City, nel 1984, e fu ospitata dal New York Institute for the Blind.

Networks

I DbI Networks (reti) sono una delle attività principali del Deafblind International (DbI). Nella costituzione, uno degli obiettivi dichiarati dal DbI è quello di stimolare lo sviluppo di reti di professionisti specializzati che collaborano a beneficio delle persone con sordocecità e delle loro famiglie. Le reti sono gruppi internazionali di singoli membri e/o organizzazioni, scuole e istituzioni approvate dal Consiglio di almeno tre Paesi che sono reciprocamente collegati per lingua, cultura, posizione geografica o materiali e soddisfano criteri che devono essere determinati dal consiglio.

Attualmente, i DbI Networks sono 14.

1. Acquired Deafblindness Network (ADBN) – Acquisizione della sordocecità Network (ADBN).
2. Adapted Physical Activity (APA) Network – Network sull'attività fisica adattata (APA).
3. Charge Network: qui è presente anche la Lega del Filo d'Oro, rappresentata da P. Ceccarani.
4. Communication Network (Network sulla comunicazione).
5. Ibero Latin American Network (Network ibero latino-americano).
6. Outdoor Network (Network esterno).
7. Rubella Network (Rosolia Network).
8. Usher Network.
9. Creative Arts Network (Network di arti creative).
10. European Deafblind Network (EDBN — Network Europeo dei Sordociechi); qui è presente anche la Lega del Filo d'Oro, rappresentata da F. Mercurio, presidente del comitato delle persone sordocieche.
11. Network of the Americas (Network delle Americhe).
12. Research Network (Network della Ricerca): qui è presente anche la Lega del Filo d'Oro, rappresentata da P. Ceccarani.
13. Technology Network (Network sulla Tecnologia): qui è presente anche la Lega del Filo d'Oro, rappresentata da P. Ceccarani.
14. Youth Network (DbIYN — Network dei giovani).

DbI è il punto di connessione per quanto riguarda la sordociecit  in tutto il mondo. Le organizzazioni che sono membri forniscono le basi per il lavoro del DbI e svolgono un ruolo chiave nella sua direzione e gestione. La quota di iscrizione dipende dalle dimensioni dell'organizzazione partecipante.

Essere un membro collettivo del DbI significa godere di tutti i vantaggi dei singoli membri. Ci  significa:

- avere la possibilit  di essere direttamente coinvolti nella gestione e nello sviluppo del DbI come membro eletto del Consiglio di Amministrazione e/o di uno dei suoi comitati;
- collaborare con altre organizzazioni specializzate a livello internazionale per la consapevolezza e il riconoscimento della sordociecit  come disabilit  unica e distinta, per l'inclusione, la qualit  dei servizi, la necessaria competenza specialistica dei professionisti, la ricerca mirata e gli ulteriori miglioramenti nella tecnologia assistiva;
- imparare da e con altre organizzazioni specializzate;
- presentare la propria organizzazione durante le conferenze DbI in uno stand fornito gratuitamente.

Esistono tre livelli di iscrizione, a seconda delle dimensioni dell'organizzazione e della quota di iscrizione pagata:

- Large Corporates (grandi organizzazioni);
- Small Corporates (piccole organizzazioni);
- Mini Corporate (mini organizzazioni).

Large Corporates

Danimarca

- Interfond (Pierre J. Honor ; pjh.interfond@mail.dk).

Germania

- CBM, Christoffel Blindenmission (<https://www.cbm.org/>). Il lavoro di CBM sullo sviluppo inclusivo della disabilità (DID) si è evoluto ed è guidato dall'iniziativa DID. In CBM, cercano di garantire che le persone con disabilità non vengano lasciate indietro, amplificando la domanda globale di inclusione attraverso una programmazione di qualità, influenzando la politica di sviluppo internazionale e fornendo supporto tecnico agli attori dello sviluppo e umanitari. Le reti CBM sono presenti in Africa, Asia, America Latina e Caraibi.
- German Deafblind Consortium AGTB.

Italia

- Lega del Filo d'Oro (www.legadelfilodoro.it). La Lega del Filo d'Oro dal 1964 è il più importante punto di riferimento in Italia per l'assistenza, l'educazione, la riabilitazione, il recupero e la valorizzazione delle potenzialità residue e il sostegno alla ricerca della maggiore autonomia possibile delle persone con sordocecità e pluriminorazioni psicosensoriali. È presente in dieci regioni con i Centri e i Servizi Territoriali di Osimo (AN), Sede Nazionale dell'Ente, Lesmo (MB), Modena, Molfetta (BA), Termini Imerese (PA) e le Sedi Territoriali di Padova, Roma, Napoli, Novara e Pisa.

Spagna

- ONCE (<https://www.once.es/>) è una Società di Diritto Pubblico di natura sociale, dotata di propria personalità giuridica, con piena capacità di agire e auto-organizzarsi, i cui scopi sociali sono finalizzati al raggiungimento dell'autonomia personale e della piena integrazione delle persone non vedenti e con gravi disabilità visive. Opera sotto la supervisione dello Stato. In ottant'anni di attività ha creato un modello di previdenza sociale unico al mondo. Nel 1988 ha promosso la Fondazione ONCE e nel 2014 ha unito le sue iniziative socio-imprenditoriali sotto il marchio ILUNION. Dal

2018, ONCE, ONCE Foundation e ILUNION sono identificate congiuntamente con il sigillo ONCE Social Group.

Svezia

- Resurscenter Mo Gård (<https://www.mogard.se/>) è un'organizzazione senza scopo di lucro di proprietà di una fondazione con oltre 70 anni di esperienza, specializzata nell'offrire servizi di supporto a persone con disabilità intellettiva e/o autismo che sono sorde, con problemi di udito o con problemi di sordoceità.

Paesi Bassi

- Kentalis (<https://www.kentalis.nl/>) supporta le persone con problemi di udito, sordità o sordoceità o che hanno un disturbo dello sviluppo del linguaggio (TOS) o disabilità comunicative multiple. Offre ricerca, diagnostica, assistenza, istruzione speciale, assistenza ambulatoriale nelle scuole regolari e orientamento al lavoro. Fornisce supporto anche a genitori, familiari e professionisti. L'organizzazione ha centri audiologici, centri di assistenza e scuole in tutti i Paesi Bassi.

Regno Unito

- Sense (<https://www.sense.org.uk/>). I Centri Sense offrono alle persone con disabilità complesse un luogo in cui costruire rapporti sviluppando capacità di comunicazione e indipendenza, incontrare altre persone, essere creativi con le arti e i mestieri e fare sport ed esercizio fisico, il tutto supportato da personale qualificato e specializzato. L'elenco completo dei Centri Sense è disponibile alla pagina: <https://www.sense.org.uk/get-support/centres-education-and-day-services/list-of-sense-centre-touchbase-locations/>.

Capitolo terzo

La popolazione con limitazioni sensoriali nei Paesi europei

Simona Staffieri¹

Le limitazioni sensoriali

Nel 2014,² in Europa, le persone con più di 15 anni con una grave limitazione sensoriale legata esclusivamente alla vista sono oltre 4 milioni (l'1% della popolazione residente, il 2% delle persone di 75 anni e più). In Belgio l'incidenza sale al 4,2%; seguono il Portogallo con il 2,4% e l'Olanda con il 2,1%. Le quote più basse si osservano a Malta, in Irlanda (0,4%) e in Bulgaria, Danimarca, Regno Unito, Romania e Slovacchia (0,5%).

Le limitazioni sensoriali legate esclusivamente all'udito interessano poco meno di 10 milioni di persone in Europa: il 2,4% della popolazione residente, con un'incidenza maggiore tra gli anziani (6,8%) e tra gli uomini (2,6%).

Le limitazioni plurime legate alla vista e all'udito coinvolgono 656.000 persone (lo 0,2% della popolazione residente, lo 0,6% per gli anziani).

Le persone interessate da limitazioni sensoriali gravi plurime legate alla vista all'udito e di tipo motorio sono oltre un milione e 400.000 (lo 0,3% della popolazione residente, il 2,5% per gli anziani) (tabelle 3.1, 3.2 e 3.3).

¹ ISTAT.

² I dati sono stati raccolti in 30 Paesi in diversi anni. Ai fini della diffusione si considera il 2014 come anno di riferimento comune.

Lo stato di salute

In Europa, l'1,5% della popolazione residente con limitazioni sensoriali gravi relative alla vista dichiara di avere una malattia o un problema di salute da almeno sei mesi. In Belgio tale quota sale al 5,7% e in Olanda e in Portogallo risulta pari al 3,6%.

Il 3,8% della popolazione residente con limitazioni sensoriali gravi riconducibili esclusivamente all'udito dichiara di avere una malattia o un problema di salute da almeno sei mesi. Tale quota raggiunge il 7,8% in Francia e risulta decisamente più contenuta in Olanda (0,4%).

Lo 0,3% delle persone con limitazioni plurime gravi esclusivamente alla vista e all'udito presentano anche una malattia o un problema di salute da almeno sei mesi; tale quota è pari allo 0,8% in Slovenia e allo 0,7% in Portogallo. Lo 0,7% delle persone con limitazioni plurime gravi alla vista, all'udito e di tipo motorio presenta anche una malattia o un problema di salute di durata di almeno sei mesi; tale quota è pari all'1,7% in Bulgaria e Romania e all'1,5% in Italia (tabella 3.4).

La popolazione over 65 con difficoltà grave nelle attività di cura personale e/o nelle attività domestiche

In Europa, l'1,4% delle persone over 65 che hanno una difficoltà grave nelle attività di cura personale presentano anche gravi limitazioni sensoriali esclusivamente alla vista. Tale quota raggiunge il 12,3% nella Repubblica Ceca. Il 3,2% delle persone over 65 che hanno una difficoltà grave nelle attività domestiche presenta anche gravi limitazioni sensoriali riconducibili esclusivamente alla vista. Tale quota raggiunge l'8,7% per l'Olanda e l'8% per il Belgio. L'1,1% delle persone over 65 che hanno almeno una difficoltà grave nelle attività di cura personale e almeno una difficoltà grave nelle attività domestiche presentano anche gravi limitazioni sensoriali, esclusivamente legate alla vista. Tale quota raggiunge il 4,5% in Finlandia e il 3,5% in Olanda.

Il 3,6% delle persone over 65 che vivono nei Paesi europei e hanno una difficoltà grave nelle attività di cura personale presenta anche gravi limitazioni sensoriali, legate esclusivamente all'udito. Tale quota raggiunge il 16,4% in Estonia. Il 7,6% delle persone over 65 che hanno una difficoltà grave nelle attività domestiche presenta anche gravi limitazioni sensoriali riconducibili esclusivamente all'udito. Tale quota raggiunge il 12% per la Francia e l'11,9% per il Portogallo. L'1,4% delle persone over 65 che hanno almeno una difficoltà grave nelle attività di cura personale e almeno una difficoltà grave nelle attività domestiche presenta anche gravi limitazioni sensoriali, legate esclusivamente all'udito. Tale quota raggiunge il 5,4 per l'Austria.

In Europa, lo 0,3% delle persone over 65 che hanno una difficoltà grave nelle attività di cura personale presenta anche limitazioni sensoriali gravi e plurime alla vista e all'udito. L'1,3% delle persone over 65 che hanno una difficoltà grave nelle attività domestiche presenta anche gravi limitazioni gravi e plurime alla vista e all'udito. Lo 0,4% delle persone over 65 che hanno almeno una difficoltà grave nelle attività di cura personale e almeno una difficoltà grave nelle attività domestiche presenta anche gravi limitazioni gravi e plurime alla vista e all'udito.

In Europa, il 4,6% delle persone over 65 che hanno una difficoltà grave nelle attività di cura personale presenta anche limitazioni sensoriali gravi e plurime alla vista, all'udito e di tipo motorio. Il 2,4% delle persone over 65 che hanno una difficoltà grave nelle attività domestiche presenta anche limitazioni sensoriali gravi e plurime alla vista, all'udito e di tipo motorio. Il 10,3% delle persone over 65 che hanno almeno una difficoltà grave nelle attività di cura personale e almeno una difficoltà grave nelle attività domestiche presenta anche limitazioni sensoriali gravi e plurime alla vista, all'udito e di tipo motorio (tabella 3.5).

TABELLA 3.1

Popolazione di 15 anni e più che dichiara di avere limitazioni sensoriali gravi per tipo di limitazione, anno 2014 (valori percentuali)

Paese	Limitazione sensoriale grave alla vista	Limitazione sensoriale grave all'udito	Limitazioni sensoriali gravi alla vista e all'udito	Limitazioni sensoriali gravi alla vista, all'udito e di tipo motorio
AUSTRIA	0,7	2,6	0,1	0,3
BELGIO	4,2	—	—	—
BULGARIA	0,5	1,7	0,2	0,8
CIPRO	1,0	1,4	0,1	0,5
CROAZIA	1,1	1,5	0,1	0,7
DANIMARCA	0,5	5,1	0,1	0,1
ESTONIA	0,8	2,8	0,4	0,6
FINLANDIA	1,0	4,9	0,2	0,3
FRANCIA	1,1	4,6	0,3	0,4
GERMANIA	0,6	2,2	0,1	0,2
GRECIA	0,7	1,7	0,1	0,6
IRLANDA	0,4	0,6	—	0,2
ITALIA	0,7	2,0	0,2	0,5
LETTONIA	1,0	1,4	0,2	0,4
LITUANIA	0,9	1,3	0,1	0,5
LUSSEMBURGO	1,9	3,3	0,2	0,2
MALTA	0,4	1,7	0,1	0,1
OLANDA	2,1	0,2	0,1	0,1
POLONIA	1,7	1,0	0,1	0,4
PORTOGALLO	2,4	3,8	0,4	0,5
REGNO UNITO	0,5	2,3	0,1	0,2
REPUBBLICA CECA	0,9	1,1	0,1	0,4
ROMANIA	0,5	2,9	0,2	0,5
SLOVACCHIA	0,5	0,9	0,1	0,1
SLOVENIA	1,1	3,7	0,3	0,6

Paese	Limitazione sensoriale grave alla vista	Limitazione sensoriale grave all'udito	Limitazioni sensoriali gravi alla vista e all'udito	Limitazioni sensoriali gravi alla vista, all'udito e di tipo motorio
SPAGNA	0,9	2,5	0,1	0,4
SVEZIA	0,7	3,2	0,2	0,3
UNGHERIA	1,0	1,3	0,2	0,4
EUROPA	1,0	2,4	0,2	0,3

Fonte: Indagine europea sulla salute (EHIS).

TABELLA 3.2

Popolazione di 15 anni e più che dichiara di avere limitazioni sensoriali gravi per tipo di limitazione e sesso, anno 2014 (valori percentuali)

Paese	Sesso	Limitazione sensoriale grave alla vista	Limitazione sensoriale grave all'udito	Limitazioni sensoriali gravi alla vista e all'udito	Limitazioni sensoriali gravi alla vista, all'udito e di tipo motorio
AUSTRIA	Maschi	0,6	3,0	0,1	0,1
	Femmine	0,9	2,2	0,1	0,4
BELGIO	Maschi	3,9	—	—	—
	Femmine	4,6	—	—	—
BULGARIA	Maschi	0,3	1,7	0,2	0,6
	Femmine	0,6	1,7	0,2	0,9
CIPRO	Maschi	0,9	1,8	0,1	0,3
	Femmine	1,1	1,0	—	0,7
CROAZIA	Maschi	1,0	1,6	0,2	0,5
	Femmine	1,2	1,3	—	0,9
DANIMARCA	Maschi	0,3	5,7	0,1	0,1
	Femmine	0,7	4,5	0,1	0,2
ESTONIA	Maschi	0,4	2,9	0,3	0,2
	Femmine	1,2	2,7	0,4	0,9

(segue)

Paese	Sesso	Limitazione sensoriale grave alla vista	Limitazione sensoriale grave all'udito	Limitazioni sensoriali gravi alla vista e all'udito	Limitazioni sensoriali gravi alla vista, all'udito e di tipo motorio
FINLANDIA	Maschi	1,0	5,7	0,2	0,3
	Femmine	1,0	4,3	0,3	0,3
FRANCIA	Maschi	1,1	5,5	0,3	0,3
	Femmine	1,2	3,8	0,3	0,5
GERMANIA	Maschi	0,5	2,4	0,1	0,1
	Femmine	0,7	2,0	0,1	0,3
GRECIA	Maschi	0,7	1,9	0,1	0,4
	Femmine	0,7	1,5	0,1	0,8
IRLANDA	Maschi	0,3	0,8	—	0,2
	Femmine	0,5	0,5	—	0,1
ITALIA	Maschi	0,6	2,2	0,1	0,3
	Femmine	0,9	1,9	0,2	0,7
LETTONIA	Maschi	0,9	1,4	0,3	0,2
	Femmine	1,1	1,4	0,1	0,6
LITUANIA	Maschi	0,6	1,3	0,2	0,4
	Femmine	1,1	1,3	0,1	0,6
LUSSEMBURGO	Maschi	1,7	4,1	0,3	0,1
	Femmine	2,1	2,5	0,2	0,2
MALTA	Maschi	0,3	2,1	0,1	0,2
	Femmine	0,4	1,3	—	0,1
OLANDA	Maschi	1,8	0,2	0,2	0,1
	Femmine	2,4	0,1	0,1	0,1
POLONIA	Maschi	1,3	1,1	0,1	0,3
	Femmine	2,2	0,8	0,1	0,5
PORTOGALLO	Maschi	1,5	3,9	0,3	0,3
	Femmine	3,2	3,7	0,6	0,7

Paese	Sesso	Limitazione sensoriale grave alla vista	Limitazione sensoriale grave all'udito	Limitazioni sensoriali gravi alla vista e all'udito	Limitazioni sensoriali gravi alla vista, all'udito e di tipo motorio
REGNO UNITO	Maschi	0,5	2,7	0,1	0,2
	Femmine	0,5	1,8	0,1	0,2
REPUBBLICA CECA	Maschi	0,9	1,3	0,2	0,3
	Femmine	1,0	1,0	—	0,4
ROMANIA	Maschi	0,4	2,5	0,1	0,4
	Femmine	0,6	3,2	0,3	0,7
SLOVACCHIA	Maschi	0,4	1,1	0,1	0,1
	Femmine	0,6	0,8	0,1	0,1
SLOVENIA	Maschi	0,8	4,5	0,3	0,4
	Femmine	1,3	2,9	0,3	0,8
SPAGNA	Maschi	1,0	2,5	0,1	0,3
	Femmine	0,9	2,5	0,1	0,5
SVEZIA	Maschi	0,5	3,5	0,2	0,3
	Femmine	1,0	2,8	0,2	0,3
UNGHERIA	Maschi	1,0	1,4	0,2	0,3
	Femmine	1,1	1,1	0,2	0,6
EUROPA	Maschi	0,8	2,6	0,1	0,2
	Femmine	1,1	2,1	0,2	0,4

Fonte: Indagine europea sulla salute (EHIS).

TABELLA 3.3

Popolazione di 15 anni e più che dichiara di avere limitazioni sensoriali gravi per tipo di limitazione e classe di età, anno 2014 (valori percentuali)

Paese	Classe di età	Limitazione sensoriale grave alla vista	Limitazione sensoriale grave all'udito	Limitazioni sensoriali gravi alla vista e all'udito	Limitazioni sensoriali gravi alla vista, all'udito e di tipo motorio
AUSTRIA	15-44	0,4	0,7	—	—
	45-64	1,1	2,9	0,1	0,1
	65-74	0,8	5,9	0,1	—
	75+	1,4	6,7	0,2	2,7
BELGIO	15-44	2,0	—	—	—
	45-64	6,4	—	—	—
	65-74	4,6	—	—	—
	75+	6,7	—	—	—
BULGARIA	15-44	—	0,2	—	0,1
	45-64	0,7	1,5	0,3	0,3
	65-74	0,6	4,5	0,4	1,2
	75+	1,4	5,3	0,7	5,1
CIPRO	15-44	0,5	0,5	—	—
	45-64	1,4	1,2	—	0,1
	65-74	2,1	3,6	0,4	1,2
	75+	2,4	7,9	0,8	5,6
CROAZIA	15-44	0,4	0,1	—	—
	45-64	1,6	2,0	0,2	0,1
	65-74	1,1	3,5	0,2	1,0
	75+	1,9	3,1	0,3	5,5
DANIMARCA	15-44	0,4	3,2	—	—
	45-64	0,5	5,6	—	0,1
	65-74	0,3	7,0	0,2	—
	75+	1,5	9,8	0,7	0,7

Paese	Classe di età	Limitazione sensoriale grave alla vista	Limitazione sensoriale grave all'udito	Limitazioni sensoriali gravi alla vista e all'udito	Limitazioni sensoriali gravi alla vista, all'udito e di tipo motorio
ESTONIA	15-44	0,1	1,0	—	—
	45-64	0,8	2,5	0,3	0,2
	65-74	2,0	5,2	0,8	0,6
	75+	2,5	9,0	1,7	4,3
FINLANDIA	15-44	0,8	2,7	—	—
	45-64	1,0	5,9	0,3	—
	65-74	1,0	7,6	0,2	0,4
	75+	1,9	7,7	1,0	2,1
FRANCIA	15-44	0,9	1,6	—	—
	45-64	1,4	4,9	0,2	0,1
	65-74	1,1	8,8	0,6	0,3
	75+	1,5	12,0	1,5	3,2
GERMANIA	15-44	0,4	1,0	0,1	—
	45-64	0,5	1,9	0,1	—
	65-74	0,9	3,4	0,2	0,1
	75+	1,4	6,2	0,3	1,3
GRECIA	15-44	0,1	0,3	—	—
	45-64	0,9	1,1	—	0,1
	65-74	1,9	2,7	0,3	1,1
	75+	1,0	7,0	0,6	3,3
IRLANDA	15-44	0,3	0,3	—	0,2
	45-64	0,5	0,7	—	—
	65-74	0,4	1,4	—	0,1
	75+	0,9	1,4	0,2	0,7

(segue)

Paese	Classe di età	Limitazione sensoriale grave alla vista	Limitazione sensoriale grave all'udito	Limitazioni sensoriali gravi alla vista e all'udito	Limitazioni sensoriali gravi alla vista, all'udito e di tipo motorio
ITALIA	15-44	0,2	0,5	0,1	—
	45-64	0,9	1,8	0,1	0,1
	65-74	1,0	3,6	0,3	0,3
	75+	1,6	6,3	0,6	3,3
LETTONIA	15-44	0,4	0,6	—	0,1
	45-64	0,9	1,0	0,1	—
	65-74	2,1	3,5	0,5	0,1
	75+	2,7	3,1	0,8	3,6
LITUANIA	15-44	0,5	0,3	0,1	—
	45-64	0,7	0,8	—	—
	65-74	1,3	3,0	0,3	0,7
	75+	2,4	5,4	0,4	3,6
LUSSEMBURGO	15-44	2,4	1,6	—	—
	45-64	1,4	4,7	0,3	0,2
	65-74	1,0	5,5	0,2	0,2
	75+	1,3	5,3	1,2	0,8
MALTA	15-44	0,1	0,5	0,1	—
	45-64	0,6	1,7	—	—
	65-74	1,1	3,6	0,1	0,3
	75+	0,3	6,1	0,2	1,2
OLANDA	15-44	0,7	0,1	0,1	—
	45-64	3,2	0,2	0,1	—
	65-74	2,5	—	—	0,1
	75+	5,1	0,6	0,3	0,6