

Disabilità, non autosufficienza e disegualianze socioeconomiche e strutturali: le strategie di cura e la correlazione esistente con l'incidenza di povertà. Uno studio pilota

Georgia Casanova^{1,2}, Roberto Lillini^{1,2}

¹Università «Vita e Salute» San Raffaele, Milano; ²SS Epidemiologia descrittiva,
IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova

Riassunto. Questo studio pilota affronta la correlazione fra deprivazione socio-economica, disabilità, non autosufficienza e strategie di copertura a livello nazionale e regionale, cercando di individuare punti critici e di forza per i sistemi regionali. L'esistenza di un legame tra queste dimensioni è infatti verificato dai dati: oltre ad essere aumentato il tasso generale di povertà relativa, aumenta il rischio di povertà tra gli anziani e tra le famiglie ad alto carico di cura. La non autosufficienza, intesa come rischio individuale che si corre o come bisogno a cui si deve far fronte, è il punto di incontro. Il lavoro, svolto su dati da fonti ufficiali (Istat, Inps, etc.), ha prodotto una selezione delle variabili correlate significativamente con l'incidenza di povertà, evidenziando come un aumento del tasso di disabilità, dell'indice di dipendenza e di altri fattori di contesto (livello di istruzione bassa, numerosità elevata del nucleo familiare) produca un aumento proporzionale dell'indice di povertà e come l'erogazione pubblica di servizi contribuisca significativamente alla riduzione dell'incidenza di povertà nelle famiglie. La copertura, intesa come utenza raggiunta, mantiene un effetto di riduzione sull'incidenza di povertà ma non raggiunge gli stessi risultati di significatività che, invece, ha la presenza sul territorio dei servizi. L'effetto protettivo della spesa in convenzione totale e delle misure pensionistiche indennitarie sembra confermare la valenza del ruolo dei servizi pubblici. Le regioni a minor incidenza di povertà mettono in campo sia una buona risposta del sistema, sia buone risorse familiari di sostegno, mentre nelle regioni ad alta incidenza di povertà sia l'offerta territoriale sia il supporto familiare sono deboli. Se si pensa alla forte relazione che esiste fra anzianità e disabilità e alle previsioni di invecchiamento per la popolazione occidentale, è evidente come queste azioni dovranno essere considerate fra le prioritarie per ridurre il peso sulle famiglie, principale centro di spesa.

Parole chiave. Disabilità e non autosufficienza; deprivazione socio-economica, modelli di valutazione, strategie di copertura del bisogno, differenze Nord-Sud.

Abstract. This pilot study deals with the correlation among socio-economic deprivation, ADL disability and strategies of coping at national and regional level, trying to focus critical positive and negative elements for the regional systems. The existence of a relationship between these dimensions is verified by the data: there is a strong increase in the relative poverty ratio and among families with a high charge of care. ADL disability is the meeting point of the family needs. This work, which has been based on data from official sources (Istat, Inps, etc.), has produced a selection of the variable which are significantly correlated with the incidence of poverty, remarking how an increase in the ADL disability rate and other contextual factors (low education level, high familiar numerosness) cause a proportional increase in poverty incidence and how the public supply of services significantly help the reduction of poverty incidence in families. The coverage (i.e. the reached target population) allows a reduction effect on the poverty incidence but it is not so relevant as the presence of services on the territory. The regions with less poverty incidence make use of a good system answer and high familiar resources for the ADL disability support; the regions with high poverty incidence the territorial institutional and familiar support are feeble. If we consider the strong relationship between old age and disability and the forecasts of ageing for the western population, it is clear how these actions shall be considered priorities for reducing the family charge.

Key words. ADL disability, socio-economic deprivation, evaluation models, coping strategies, North-South differences.

1. Introduzione

Disabilità, non autosufficienza e povertà¹ sono temi al centro del dibattito in materia di *social policies*; numerose sono le proposte a favore di una riforma italiana del sistema di cura continuativa (Gori, 2008; Pavolini, 2004; Ranci, 2008), come numerosi sono i motivi riguardo l'aumento del rischio di povertà per la popolazione italiana (Caritas e Fondazione Zancan, 2008; Brandolini e Saraceno, 2007). La recente crisi economica ha evidenziato le fragilità legate al basso reddito e alla scarsa capacità di acquisto: nel 2008 più di 8 milioni di italiani, pari al 13,6% della popolazione, vivevano in condizioni di povertà: il 2% in più rispetto alla metà degli anni novanta (Istat, 2009). Nonostante le politiche regionali a favore delle famiglie e dei singoli cittadini degli ultimi anni², il nostro paese, con un impegno pari al 1,7% del Pil, è uno dei paesi europei che investe meno a favore dell'inclusione sociale e in cui in cui l'intervento pubblico non riesce ad essere realmente incisivo³ (Oecd, 2009). Recenti studi indicano gli anziani e le famiglie con un carico di cura elevato come categorie a rischio di povertà (Caritas e Fondazione Zancan, 2008; Istat, 2009). Da qui l'interesse per uno studio pilota che leghi le strategie di copertura del bisogno per la non autosufficienza al rischio di povertà, cercando di rispondere alle seguenti due domande, elementi base di questo studio pilota:

- esiste una relazione tra non autosufficienza e povertà in cui la condizione di non autosufficienza e i fattori ad essa connessa siano il punto di partenza della analisi?
- quanto è attendibile la misurazione di tale relazione, utilizzando i dati messi a disposizione dalle fonti ufficiali?

2. Ipotesi e apparato concettuale

Studi nazionali ed internazionali hanno già indicato come la deprivazione socioeconomica incida sul ri-

¹Non autosufficiente è quella persona che, in relazione al suo stato di salute psicofisica, non è in grado di svolgere, anche solo temporaneamente, una o più attività di vita quotidiana (ADL) e per tanto necessita di un certo grado di cura continuativa (Oecd, 2005). Per il concetto di povertà si useranno i due standard internazionali di misurazione:

- povertà assoluta, cioè quella situazione in cui il reddito familiare è insufficiente all'acquisto del paniere di beni e servizi considerato essenziale;
- povertà relativa quando, invece, il reddito è inferiore al reddito medio della popolazione del paese (Brandolini e Saraceno, 2007).

²Attraverso misure di sostegno al reddito, di facilitazione alla locazione e di copertura dei debiti bancari.

³In Italia le misure di contrasto all'esclusione sociale riduce di poco l'indice di rischio di cadere in povertà relativa (da un 24% si passa ad un 20%), a differenza di quanto accade in altri paesi europei (Oecd, 2009).

schio di disabilità e non autosufficienza (Breeze et al., 2005; Jones, 2007); i dati e il senso comune sembrerebbero indicare anche una correlazione in senso inverso: la non autosufficienza e il costo – diretto e indiretto – della sua cura possono contribuire a peggiorare la condizione socioeconomica delle famiglie. All'interno del generale aumento della povertà relativa del paese, un ruolo importante è infatti assegnato agli anziani e alle famiglie ad alto carico di cura (Giuliano, 2008; Istat, 2009): due categorie di popolazione legate al rischio individuale di non autosufficienza, in quanto eventuale bisogno a cui rispondere con risorse pubbliche e familiari. La rilevanza sociale della non autosufficienza è alimentata dall'invecchiamento della popolazione – in Italia un quinto dei residenti ha più di 65 anni –, dall'allungarsi dell'aspettativa di vita in buona salute – giunta alla soglia degli 80 anni⁴ – e dalla presenza di disabilità, nel 2005 il 6% della popolazione over 65 presenta alterazioni in almeno due abilità di vita quotidiana ADL⁵ (Istat, 2005). Si stima che nel 2025 la presenza della non autosufficienza potrebbe essere pari all'1,7% della popolazione (Istat, 2007), cosa non di poco conto se si pensa che il carico di cura familiare è determinato dalla presenza di persone non autosufficienti (per lo più anziani e minori di età inferiore ai 3 anni).

Tre le strategie di copertura del bisogno di cura – inteso come carico a cui dare risposta – considerate da questo studio, a seconda della modalità di acquisizione o erogazione della cura (Pasquinelli, 2007; Costa, 2008; Pavolini, 2004):

- utilizzo dell'offerta formale territoriale (strategia pubblica);
- acquisto del servizio nel mercato privato (strategia privata)⁶;
- erogazione della social care attraverso uno o più familiari (strategia familiare).

Le suddette strategie, generalmente impiegate in maniera integrata più che esclusiva, hanno sull'utenza⁷ un impatto economico diretto o indiretto a seconda che (tabella 1):

- l'erogazione del servizio preveda un esborso monetario, parziale o totale, da parte dell'utenza;
- il contributo economico familiare sia determinato da una riduzione delle possibilità di entrate.

⁴Precisamente 78 anni per gli uomini e 84 per le donne (World Health Statistics, 2007).

⁵La scala ADL (Activities of daily living) utilizzata a livello internazionale e dall'Istat nella classificazione dei diversi livelli di gravità della non autosufficienza, misura la capacità di svolgere le attività fondamentali di vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, utilizzo del bagno, spostarsi, controllare la continenza e alimentarsi).

⁶In questa categoria ricadono le strutture di erogazione di servizi.

⁷Il singolo beneficiario e la sua famiglia.

Tabella 1 - Strategie di copertura del bisogno di cura e incidenza economica sull'utenza

Impatto economico	Tipo di strategia	Modalità di partecipazione
Incidenza diretta	Strategia pubblica	Copayment: l'utente partecipa al costo del servizio, pagando il ticket in base a quanto stabilito dalla normativa nazionale e regionale
	Strategia privata	Copertura totale del costo del servizio acquistato
Incidenza indiretta	Strategia familiare	Riduzione delle possibilità di entrate economiche: riduzione del tempo a disposizione di attività extradomiciliari di tipo lavorativo

Fonte: elaborazione degli autori.

Nel nostro paese l'impatto economico della non autosufficienza è, almeno in parte, ridotto dall'erogazione dell'indennità di accompagnamento, principale misura economica – sia in termini di diffusione territoriale che di copertura dell'utenza – di sostegno degli anziani non autosufficienti. Nel 2008 più di un milione di italiani, pari al 9,5% della popolazione anziana, hanno ricevuto la misura economica. L'azione omogenea sul territorio nazionale dell'indennità di accompagnamento è affiancata in alcune regioni da nuovi strumenti di sostegno locali quali, ad esempio, assegni di cura e voucher (Lamura-Principi, 2009; Pasquinelli-Rusmini, 2009).

In sintesi, nella relazione tra non autosufficienza e povertà socioeconomica agiscono diverse ambiti di fattori riconducibili al contesto generale, all'offerta territoriale (pubblica e privata), al disagio socioeconomico (figura 1).

Lo studio pilota segue la definizione del sistema di offerta proposta dalla letteratura di settore: servizi pubblici (residenziali e domiciliari) e misure pensionistiche (indennità di accompagnamento e inabilità totali⁸); l'offerta privata è invece intesa come i servizi di social care informale, erogata dagli assistenti familiari (Gori-Lamura, 2009; Pavolini, 2004; Pasquinelli-Rusmini, 2009).

⁸Per quanto riguarda le altre misure di supporto alla cura di competenza regionale, i dati a disposizione non sono sufficientemente omogenei; per questo non sono stati utilizzati in questo studio pilota.

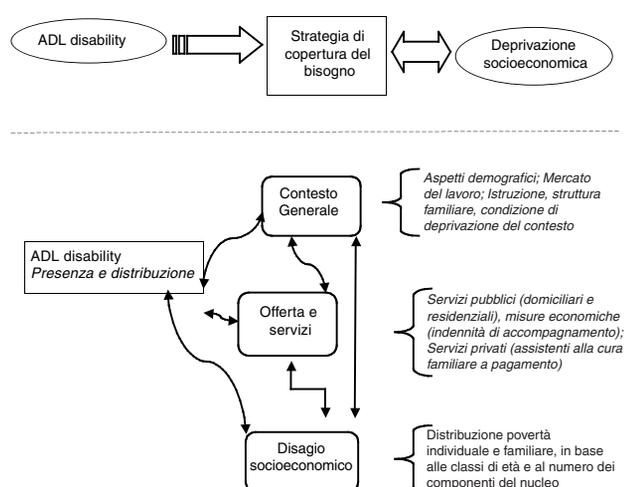


Figura 1 - Correlazione tra ADL disability e povertà: struttura dell'analisi di partenza.

3. L'analisi dei dati

3.1. Materiali, metodi e tecniche di analisi

Tutte le variabili – aggregate a livello regionale – provengono da fonti ufficiali nazionali di tipo statistico amministrativo (tabella 2) e, come tali, presentano garanzia di buona qualità del dato. Lo studio è stato effettuato attraverso 5 livelli di preparazione dei modelli, che hanno permesso l'analisi e la definizione degli scenari regionali e nazionali.

1. *L'individuazione dell'indicatore di povertà.* La scelta ricaduta sull'incidenza di povertà familiare Istat⁹ è il frutto del confronto diretto (tramite correlazione bivariata di Pearson) tra il dato Istat e l'indice di deprivazione socio-economica nazionale (Costa-Caranci-Biggeri, 2008) a livello regionale. L'alto valore di correlazione ottenuto (circa 84%, $p < 0,01$) ha validato la scelta, permettendo altresì di mantenere omogeneità con gli studi Istat. Si è preferito ricorrere all'incidenza di povertà rispetto all'indice di deprivazione socioeconomica, perché se è indiscutibile che quest'ultimo porta con sé un'informazione socioeconomica più dettagliata sugli individui, esso presenta una serie di limiti, discussi in letteratura che vanno dall'assegnazione all'individuo della condizione socio-economica dell'intera area di censimento in cui risiede (e sulla cui base l'indice è calcolato) (Woods-Rachet-Coleman, 2005) ad una capacità non sempre garantita di descrivere le situazioni di

⁹Calcolata come rapporto fra il numero di famiglie povere, ossia e il totale famiglie per 100 (Istat). Istat definisce come 'famiglia povera' la famiglia che non ha reddito sufficiente ad acquistare un paniere di beni predefiniti da Istat stesso.

Tabella 2 - Dati e fonti

Dati	Fonti
Health for All Italia	Database sociosanitario Istat, con variabili che coprono un ampio spettro di aree legate a salute, sanità, esiti, caratteristiche socio-demografiche della popolazione, settori di spesa e dotazioni del sistema sanitario.
INPS Inabilità e accompagnamento	Database Inps delle contribuzioni di varia natura, erogate a livello regionale.
Copertura territoriale della disabilità	Dati tratta da Istat - Censuaria Servizi dei Comuni
Badanti e assistenza familiare	Dati tratti da Inail

deprivazione a livelli inferiori a quello nazionale o di macro-area (Cesaroni, 2008). In questa fase dello studio pilota si è quindi scelto di sacrificare una descrizione più dettagliata per lavorare con un indicatore di povertà più consolidato.

2. *Valutazione analitica delle variabili di base.* Le variabili di base sono state oggetto di standardizzazione preliminare; per permettere la confrontabilità e l'utilizzo combinato in modelli complessi, limitando gli effetti delle discronie di rilevazione¹⁰.

3. *I confronti bivariati.* Tutte le coppie possibili di variabili sono state confrontate tramite coefficiente di correlazione lineare di Pearson (significatività statistica $p \leq 0,05$), al fine di ridurre il numero di variabili correlate. Risultato principale di questa operazione è stata l'individuazione delle variabili che, prese singolarmente, hanno evidenziato una correlazione significativa con gli indicatori di povertà. Il test di valutazione della collinearità (valore soglia 0,001), ha permesso di valutarne l'utilizzo all'interno dei modelli multivariati evitando situazioni di sovrapposizione fra variabili intervenienti.

4. *I modelli di analisi multivariata.* Si sono utilizzati modelli di regressione lineare multipla (backward stepwise) con controllo di collinearità parziale per evitare distorsioni legate alla presenza di eventuali relazioni spurie.

5. *Gli indicatori riassuntivi e la distribuzione regionale:* Tramite analisi fattoriale semplice (auto valori ≥ 1 ; rotazione varimax dei fattori) si sono costruiti due indici di sintesi regionale (normalizzati su scala da 0-10):

- della capacità di risposta dei sistemi di servizi abbinata alla disabilità
- del ruolo delle dimensioni della famiglia abbinata ad attività/disoccupazione e disabilità;

¹⁰Diversi periodi di rilevazione determinati dalle fonti comunque contenuti nell'intervallo 1980-2008.

3.2. I risultati

L'insieme delle variabili correlate con l'incidenza di povertà (tabella 3) supporta la validità e la coerenza dello schema concettuale di partenza: tutti gli ambiti dei fattori rimangono nel modello di correlazione e la distribuzione interna delle singole variabili non presenta forti elementi di contrasto. In generale, un aumento del tasso di disabilità, dell'indice di dipendenza e di altri fattori di contesto evidenzia un aumento proporzionale dell'indice di povertà (correlazione positiva), mentre l'erogazione pubblica di servizi contribuisce significativamente alla riduzione dell'incidenza di povertà nelle famiglie (correlazione negativa).

Il modello così ottenuto conferma il forte legame tra le condizioni di salute e di dipendenza e l'incidenza di povertà e sottolinea altri due punti di rilievo:

- a. la significatività negativa dei servizi pubblici erogati direttamente e la parallela correlazione positiva della spesa pubblica in convenzione privata e delle pensioni di inabilità;
- b. la valenza della composizione familiare, soprattutto quando è legata ad aspetti di struttura familiare (istruzione e occupazione) e alla presenza di caregiver informali.

Questi risultati sono conseguenza dell'applicazione dei modelli di regressione lineare multipla. Vengono infatti generate due strutture di regressione che evidenziano:

1. la relazione fra la povertà familiare (variabile dipendente) e la combinazione di risposta del sistema sanitario e ruolo della disabilità (tabella 4); il modello è significativo secondo un valore di R^2 aggiustato di 76%;
2. la relazione fra la povertà familiare (variabile dipendente) e la combinazione di struttura familiare, tasso di attività e ruolo della disabilità (tabella 5); il modello è significativo secondo un valore di R^2 aggiustato di 73%.

I due modelli chiarificano il ruolo che hanno le variabili che descrivono le differenti strategie di copertura del bisogno e, pertanto, è interessante esaminarle separatamente.

Il modello (1) ha legato disabilità e buona salute con la risposta del sistema pubblico (servizi e risorse), riflettendo sul ruolo che esse possono assumere nel controllo dell'incidenza della povertà nelle famiglie (tabella 4).

Fermo restando la forte correlazione dell'incremento della disabilità (0,60), un ruolo altrettanto importante ha la quantità di spesa sanitaria pubblica dirottata verso strutture private (0,54). Le due variabili di spesa presenti nei modelli sono, infatti, indica-

Tabella 3 - Le variabili correlate ($p \leq 0,05$) con l'incidenza della povertà delle famiglie (IPF)

	Positiva (Variazione ++ IPF ++)	Negativa (Variazione ++ IPF —)
Disabilità, stato di salute e contesto sociodemografico	<ul style="list-style-type: none"> Tasso di disabilità 6 e + anni Tasso di disabilità 6 e + anni 	<ul style="list-style-type: none"> Tasso di persone in buona salute 65 e + anni
Sistema di offerta welfare	<ul style="list-style-type: none"> Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione totale per prestazioni sociali (%) Importo medio pensioni inabilità totale 	<ul style="list-style-type: none"> % Asl con servizio di assistenza domiciliare integrata Casi trattati in assistenza domiciliare integrata Anziani trattati in assistenza domiciliare Tasso assistenza domiciliare integrata Tasso assistenza domiciliare integrata 65 e + anni Tasso posti letto residenziali Tasso posti letto residenziali RSA Tasso posti letto residenziali RSA Tasso strutture sanitarie assistenza anziani Tasso strutture sanitarie assistenza disabili fisici Spesa sanitaria pubblica corrente servizi forniti direttamente (%) Indice di copertura territoriale dell'assistenza domiciliare per disabili Indice di copertura territoriale dell'assistenza domiciliare per gli anziani
Strategia privata		Tasso di assistenti familiari per popolazione 65 e + anni
Famiglia	<ul style="list-style-type: none"> % famiglie 4 comp. % famiglie 5 comp. % famiglie 6+ comp. 	<ul style="list-style-type: none"> % famiglie 1 comp. % famiglie 2 comp. % famiglie 3 comp. % famiglie di single
Istruzione	% popolazione senza titolo o licenza elementare	% popolazione con titolo universitario
Occupazione	Tasso disoccupazione 15 e + anni	Tasso attività 15 e + anni

Nota: sono riportate solo le variabili che hanno superato il test di collinearità. RSA: residenza sociosanitaria anziani.

Tabella 4 - Il modello disabilità – risposta del sistema sanitario – povertà familiare

Correlazione positiva	Valore della correlazione
Tasso di disabilità 6 anni e più	0,60
Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione totale per prestazioni sociali (%)	0,54
Importo mensile medio pensioni inabilità totale	(0,45)
Correlazione negativa	
% Asl con Servizio di assistenza domiciliare integrata	-0,64
Casi trattati in assistenza domiciliare integrata	-0,58
Tasso posti letto residenziali Residenza sociosanitaria anziani	-0,58
Tasso strutture sanitarie assistenza disabili fisici	-0,56
Spesa sanitaria pubblica corrente servizi forniti direttamente (%)	-0,54
Tasso posti letto residenziali RSA	-0,51
Tasso assistenza domiciliare integrata	(-0,34)*
Tasso assistenza domiciliare integrata 65 e + anni	(-0,32)*
Tasso posti letto residenziali Residenza assistenza anziani	(-0,32)*

Nota: il valore della correlazione è al netto delle interazioni fra le variabili intervenienti.

*Valore al limite della significatività statistica. Va quindi trattato con cautela ed è stato inserito perché rilevate segnalare l'orientamento di movimento.

tori di strategia di allocazione delle risorse che possono incidere notevolmente sul sistema famiglia (Casanova e Lillini, 2010).

Nel senso opposto, di riduzione della povertà, agisce la copertura territoriale dei servizi residenziali e domiciliari di supporto alla disabilità e all'individuo anziano.

Tabella 5 - Il modello disabilità – struttura familiare – attività - povertà familiare

Correlazione positiva	Valore della correlazione
Tasso di disabilità 6 e + anni	0,60
Tasso di disoccupazione 15 e + anni	0,92
% famiglie 6 e + membri	0,65
Correlazione negativa	
% pop. con titolo universitario	-0,59
% famiglie di single	-0,58
Tasso attività 15 e + anni – Maschi	-0,70
% famiglie 3 componenti	-0,81
Tasso attività 15 e + anni	-0,88
Tasso di assistenti familiari per pop. 65 e + anni	(-0,41)*

Nota: il valore della correlazione è al netto delle interazioni fra le variabili intervenienti.

*Valore al limite della significatività statistica. Va quindi trattato con cautela ed è stato inserito perché rilevate segnalare l'orientamento di movimento.

L'indice disabilità-risposta del sistema ha permesso di dare una valutazione grafica regionale del rapporto fra queste due dimensioni e l'incidenza di povertà (figura 2). Tale indice è ottenuto dall'analisi fattoriale delle variabili che hanno contribuito significativamente alla costruzione del primo modello multivariato, ricombinando linearmente i punteggi dei fattori estratti dall'analisi e riclassificandoli secondo una scala da 0 a 10.

Tenendo come punto medio il valore nazionale, il modello delinea tre gruppi regionali rispetto ai quadranti:

- il gruppo a “risposta alta”, perlopiù le Regioni centro-settentrionali, dove la copertura del sistema risulta superiore alla media a fronte di un'incidenza di povertà bassa.
- il gruppo a “risposta bassa”, alcune Regioni del Centro, dove la copertura del sistema è inferiore alla media e in linea con l'andamento dell'incidenza di povertà.

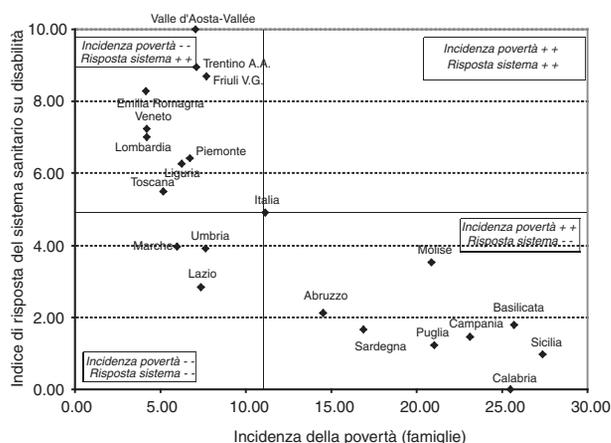


Figura 2 - Incidenza di povertà delle famiglie e risposta del sistema: situazioni regionali.

- il gruppo a “risposta bassa non in linea”, le Regioni del Sud, dove la risposta del sistema risulta bassa a fronte di un'incidenza di povertà superiore alla media nazionale.

Il modello (2) lega disabilità, buona salute e struttura familiare (attività/disoccupazione) all'incidenza della povertà nelle famiglie, per valutare come il supporto familiare e il capitale occupazionale possano contrastare l'effetto di disabilità e povertà (tabella 5). Ad una conferma generale del ruolo attivo sulla povertà familiare della disabilità, del tasso di disoccupazione e della numerosità delle famiglie (6 e più membri) si contrappone l'effetto, invece, degli alti titoli di studio, della presenza di una popolazione attiva e anche gli assistenti familiari.

Anche per questo modello si è data un'indicazione di sintesi tramite l'analisi fattoriale delle variabili che significativamente hanno contribuito a costruirlo. In questo modo, si è riusciti a evidenziare come, almeno a livello regionale, siano presenti due Italie (figura 3):

- una prima Italia è caratterizzata da una combinazione di buon supporto familiare e lavorativo, con conseguente bassa incidenza di povertà familiare (Centro-Nord Italia);
- una seconda Italia è all'opposto segnata da una grossa difficoltà da parte delle famiglie di rispondere alla disabilità, con incidenza di povertà familiare spostata verso l'alto; è l'Italia del Sud, che mostra, però, una maggiore differenziazione: Abruzzo, Molise e Sardegna sembrano infatti avere una situazione un po' più favorevole delle altre regioni, allungando (e differenziando) quindi maggiormente le caratteristiche della situazione rispetto al gruppo delle regioni centro-settentrionali, più omogenee ad eccezione dell'Umbria.

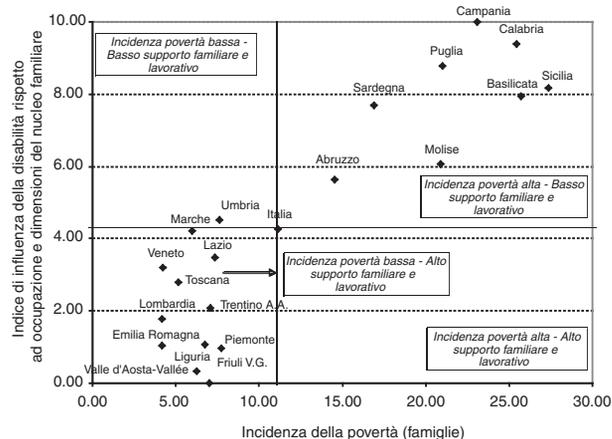


Figura 3 - Incidenza di povertà delle famiglie e supporto familiare/occupazionale: situazioni regionali.

4. Discussione finale

Lo studio pilota ha prodotto risultati identificabili in quattro aree di riflessione.

1. La conferma del costrutto teorico iniziale, quale risultato principale dello studio. La grave disabilità, intesa come vettore di non autosufficienza, e il tipo di strategia di cura adottata sono strettamente correlate all'insorgere e all'incrementarsi della povertà nelle famiglie.
2. L'Italia si conferma una nazione con due facce ben distinte: da una parte il Centro-Nord, dove la rete di servizi e il supporto familiare si integrano, funzionando da cuscinetto all'incrementarsi della deprivazione socio-economica legata alla strategia di assistenza alla non autosufficienza, dall'altra il Sud dove tali elementi di supporto non riescono a raggiungere un livello di reale efficacia.
3. La scelta della strategia di copertura del bisogno può incidere sulla condizione di deprivazione familiare, evidenziando come le strategie ad impatto economico (diretto o indiretto) costituiscono un elemento significativo di incremento di rischio di povertà.
4. Poiché il sistema di cura continuativa italiano presenti livelli di copertura del bisogno tra i più bassi d'Europa, uno dei principali temi da indagare è la capacità di risposta. Se è vero che la possibilità di utilizzare i servizi pubblici può diminuire l'incidenza economica della disabilità, è anche vero che al sistema di cura italiano, per caratteristiche di accessibilità e per il basso investimento pubblico dedicato, accede una piccola parte di utenza generalmente appartenente alle fasce più fragili di popolazione; questo potrebbe significare una sovrastima del ruolo dei servizi. D'altro canto la presenza di una correlazione positiva della spesa in convenzione totale e delle misure

pensionistiche indennitarie, sembra confermare la valenza del ruolo dei servizi pubblici.

La seconda fase dello studio pilota si muoverà a livello individuale, cercando di definire caratteristiche e tipologie ricorrenti di coloro che fanno ricorso ai servizi di supporto sociale e sanitario per ragioni di non autosufficienza, cercando di individuare in questa maniera eventuali priorità di intervento. Fonte dei dati saranno un grande comune del Nord Italia, uno del Centro e un'area del Sud tutti ancora da definire ma che dovrebbero garantire una certa rappresentatività anche solo interpretativa della popolazione nazionale.

Bibliografia

- Artoni R, Ranci Ortigosa E (1989), *La spesa pubblica per l'assistenza in Italia*, Milano, Franco Angeli.
- Biggeri A, Caranci N, Costa G (2008), *Verso un indice di deprivazione a livello aggregato da utilizzare su scala nazionale*, *Atti del Convegno Nazionale di Primavera dell'Associazione Italiana di Epidemiologia*, Roma, 15-16 maggio.
- Brandolini A (2007), *Measurement of Income distribution in supranational entities: the case of the European Union*, in Jenkins SP e Micklewright J (a cura di), *Inequality and poverty re-examined*, Oxford, Oxford University Press.
- Brandolini A, Saraceno C (a cura di) (2007), *Povertà e benessere. Una geografia delle disuguaglianze economiche in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Breeze E, Jones DA, Wilkinson P et al (2005), *Area deprivation, social class, and quality of life among aged 75 years and over in Britain*, *Int J Epidemiol*, 34 (2): 276-283.
- Caritas, Fondazione «E. Zancan» (2008), *Rapporto 2008 su povertà ed esclusione sociale in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Casanova G, Lillini R (2010), *Non autosufficienza e deprivazione socio-economica: quando le scelte economiche e gestionali influenzano una relazione di correlazione*, *Servizi sociali oggi*, n. 6.
- Cesaroni G (2008), *Indici di posizione socioeconomica a livello aggregato da utilizzare su scala regionale e locale*, *Atti del Convegno Nazionale di Primavera dell'Associazione Italiana di Epidemiologia*, Roma, 15-16 Maggio.
- Commissione Europea (2005), *COM 200514 def., Progetto di relazione congiunta sulla protezione sociale e l'inclusione sociale*.
- Costa G (2008), *Regolazione del mercato privato di cura e forme di "cinismo istituzionale"*, in *www.qualificare.info*, n. 12, febbraio.
- Da Roit B (2006), *La riforma dell'indennità d'accompagnamento*, in Gori C (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Collana Fondazione Smith Kline, Bologna, Il Mulino.
- Giuliano G (2008), *Rischio di disagio e variazioni regionali: un esercizio di misurazione a partire dagli indicatori di Laeken*, in Caritas e Fondazione E Zancan, *Rapporto 2008 su povertà ed esclusione sociale in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Gori C (2008), *Il dibattito sulla riforma nazionale, in le forme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo stato*, Roma, Carocci.
- Gori C, Lamura G (2009), *Lo scenario complessivo*, in Gori C (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli Editore.
- Istat (2009), *La povertà in Italia 2008*, Roma, www.istat.it

- Jones DA, Matthews R, Melzer D et al (2007), Educational difference in the dynamics of disability incidence recovery and mortality: findings from the MRC cognitive function and ageing study, *Int J Epidemiol*, 36 (2): 358-365.
- Lamura G, Principi A (2009), I trasferimenti monetari, in Gori C. (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli Editore.
- OECD (2005), *Long term care policies for older people*, Parigi, www.oecd.org.
- OECD (2008), *Growing unequal? Income distribution and poverty in OECD countries*, Parigi, www.oecd.org.
- Pasquinelli S (2007) (a cura di), *Nuovi strumenti di sostegno alle famiglie*, Roma, Carocci.
- Pasquinelli S, Rusmini G (2009), I sostegni al lavoro privato di cura, in Gori C (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli Editore.
- Pavolini E (2004), *Regioni e politiche sociali per anziani la sfida della non autosufficienza*, Roma, Carocci.
- Pavolini E, Ranci C (2008), Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries, *Journal of European Social Policy*, 18 (3): 246-259.
- Woods LM, Rachet B, Coleman MP (2005), Choice of geographic unit influences socioeconomic inequalities in breast cancer survival, *Br J Cancer*, 92 (7): 1279-1282.