

Non autosufficienza e deprivazione socioeconomica: scelte economiche e gestionali e rapporto di correlazione

GEORGIA CASANOVA* ROBERTO LILLINI **

Disabilità, non autosufficienza e povertà sono i temi centrali nelle politiche di *welfare* italiano dell'ultimo decennio.

Studi nazionali ed internazionali hanno già segnalato l'esistenza di una relazione tra deprivazione socioeconomica e rischio di disabilità/non autosufficienza (Breeze, *et al.*, 2005; Jones, 2007). Nel 2009 chi scrive ha posto l'attenzione sul legame tra diversa strategia di copertura del bisogno di cura e deprivazione socioeconomica familiare, individuando nei servizi di cura, pubblici, privati o familiari, i fattori caratterizzanti: mentre i servizi pubblici a gestione diretta e la *social care* familiare sembrano rallentare il processo di deprivazione familiare, i servizi privati, in convenzione, muovono in direzione opposta¹.

Partendo dal modello di analisi già elaborato, questo articolo focalizza l'attenzione sulla diversa allocazione delle risorse economiche sanitarie "destinate ai servizi in gestione diretta" o "in convenzione totale", verificandone la correlazione con la distribuzione dell'indice di povertà. Il quadro nazionale e regionale tracciato offre importanti spunti di riflessione riguardo alle scelte di politica e di allocazione delle risorse.

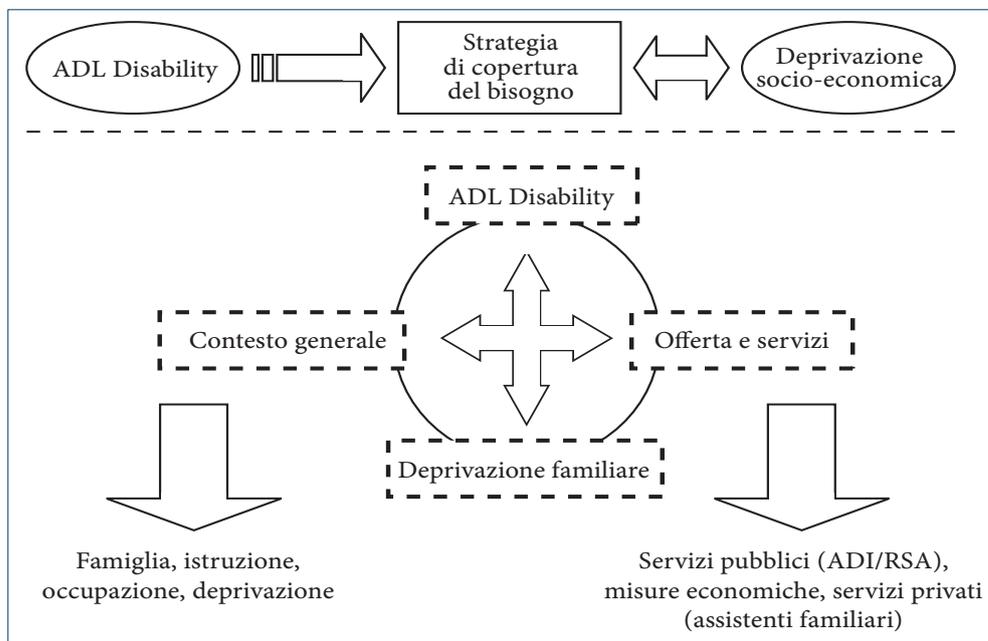


Grafico 1 - Correlazione tra ADL disability e povertà: struttura dell'analisi di partenza

Apparato concettuale, materiali e metodi

Lo studio pilota del 2009 ha individuato l'esistenza di una correlazione statisticamente significativa tra deprivazione socioeconomica e tasso di disabilità territoriale (inteso come indicatore potenziale di rischio di non autosufficienza)².

Nella relazione tra ADL *disability* (disabilità nello svolgere le azioni quotidiane di vita) e incidenza di povertà familiare, l'analisi ha preso in considerazione come fattori interagenti (*Grafico 1*):

- elementi di sistema: servizi pubblici (ADI/RSA), misure economiche (pensione di invalidità e

indennità di accompagnamento), presenza di *social care* privata (assistenti familiari);

- elementi di contesto generale: composizione familiare, livello di istruzione, occupazione e disoccupazione, deprivazione del contesto territoriale.

Il modello elaborato intravede nei servizi territoriali – o meglio nella presenza e nel loro utilizzo – l'elemento principale di contrasto al processo di deprivazione a cui possono andare incontro le famiglie (cfr. grafico 2, pag. seguente).

Anche la *social care*, intesa come presenza di assistenti familiari, muove nella direzione di contrasto della povertà familiare.

Le risposte orientate all'esternalizzazione o all'indennizzo del disagio, invece, mostrano un andamento inverso orientato all'incremento del rischio di incidenza di povertà.

La conferma della validità del modello si trova nella risposta ottenuta dai fattori di contesto generale, in

(1) Lo studio dal titolo "Disabilità, non autosufficienza e disuguaglianze socio-economiche e strutturali: le strategie di cura e la correlazione esistente con l'incidenza di povertà. Uno studio pilota" è stato presentato da chi scrive all'interno del forum Espanet-RPS svoltosi a Roma il 4-5 novembre 2009.

(2) Ad oggi l'indicatore di presenza della non autosufficienza territoriale non è ancora presente a livello nazionale e regionale. Il tasso di disabilità, insieme agli indici di invecchiamento della popolazione rimangono il punto di riferimento per studi e stime. È ad esempio usato nel recente Rapporto sulla non autosufficienza in Italia del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali (Luglio 2010) e nel rapporto L'assistenza nazionale agli anziani non autosufficienti in Italia (2009), a cura del Network Non Autosufficienza).

* Esperta di politiche sociali, collabora con l'Università San Raffaele (Mi), Formez, Codici / Agenzia di ricerca sociale
** Professore a contratto alle Università San Raffaele (Mi) e Bicocca e ricercatore all'Ist di Genova

linea con l'andamento dimostrato in letteratura (Brandolini e Saraceno, 2007; Negri e Saraceno, 2003).

Il livello di istruzione, la composizione familiare e il tasso di occupazione sono fattori già da tempo indicati come termometri di deprivazione socioeconomica, tanto da essere citati come indicatori nazionali e internazionali dalle principali fonti informative (Istat, Eurostat, OCSE).

Il modello di analisi tiene conto anche delle scelte di investimento economico.

Due gli indicatori inseriti:

- la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi a gestione diretta;
- la spesa sanitaria pubblica in convenzione totale per prestazioni sociali.

La scelta di tali voci è motivata dalla significatività economica degli investimenti ma anche dal loro richiamo diretto a due specifici modelli di sistema di *welfare*.

Proprio in tal senso risulta particolarmente interessante l'andamento inverso dei due indicatori all'interno della correlazione disabilità - deprivazione socioeconomica: mentre la "spesa sanitaria pubblica corrente per servizi a gestione diretta" sembra contrastare l'incidenza di povertà (-0.53), l'investimento "in convezione totale" muove a favore di essa(+0.54).

Tutto ciò ha alimentato l'interesse per un approfondimento centrato sulle due voci di spesa.

Quattro gli indicatori presi in esame:

- *l'incidenza di povertà delle fa-*

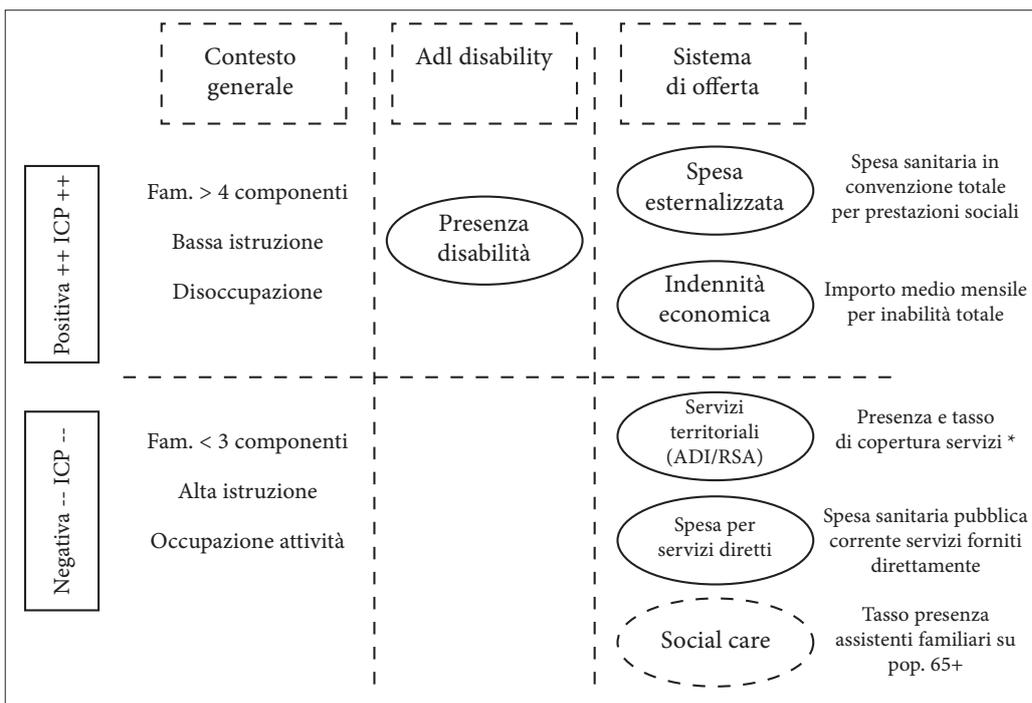


Grafico 2- Correlazione con incidenza di povertà aree e fattori significativi

miglie (%) è intesa come il rapporto fra il numero di famiglie povere e il totale famiglie per 100. ISTAT definisce come "famiglia povera" la famiglia che non ha reddito sufficiente ad acquistare un paniere di beni predefiniti.

- Il *tasso di disabilità % standardizzato (6 e più anni, M+F)* è dato dal rapporto fra il numero di persone disabili con 6 anni e più e il numero di persone con 6 anni e oltre. La standardizzazione per età è effettuata utilizzando come popolazione tipo la popolazione media residente in Italia nel 2001 di età 6 anni e oltre.

- La *spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente (%)* è il rapporto fra la spesa sanitaria per servizi forniti direttamente dal sistema sanitario (regionale o nazionale) e la spesa sanitaria totale, per 100.

- La *spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione totale per prestazioni sociali (%)* è il rapporto fra la spesa sanitaria pubblica corrente che i sistemi sanitari (regionali e nazionale) erogano alle famiglie per acquisire da privati servizi e presta-

zioni e la spesa sanitaria totale, per 100.

Tutte le variabili considerate provengono dal database "Health for All Italia" di ISTAT, aggiornato a Gennaio 2009, e sono considerate a livello regionale e a livello Italia.

Le interazioni fra le variabili sono state studiate tramite correlazione lineare bivariata di Pearson, con livello di significatività statistica minore o uguale a 0.05.

Le similitudini fra le ripartizioni di spesa delle regioni sono state esaminate, aggregandole tramite analisi dei *cluster* basata sul modello *k-means*.

Tre i livelli di analisi della riflessione:

1. analisi della distribuzione territoriale del rapporto disabilità-povertà familiare.
2. *Cluster* della distribuzione regionale della scelta di strategia di investimento delle risorse: esternalizzazione *versus* gestione diretta.
3. Analisi di comparazione tra scelte di strategia economica e distribuzione territoriale del rapporto disabilità/povertà.

Non autosufficienza, indice di povertà e distribuzione della tipologia di spesa

L'esistenza di un legame tra rischio di non autosufficienza e deprivazione economica è chiaramente dimostrato dalla distribuzione territoriale disabilità, povertà familiare, che mostra un altissimo livello di correlazione statistica (89%) (grafico 3). In un andamento da nord a sud, la povertà cresce parallelamente all'aumento del tasso di disabilità.

Unica eccezione le Marche, dove ad un tasso di disabilità di poco superiore alla media italiana (+0.1) corrisponde un'incidenza di povertà nettamente inferiore (il 6% contro l'11.1% nazionale).

Si individuano due gruppi regionali: da una parte le 12 realtà del centro-nord che in maniera piuttosto compatta mantengono valori inferiori alla media nazionale; dall'altra parte il sud e le isole che invece, con valori più eterogenei, superano il dato nazionale.

La contrapposizione centro-nord versus sud è già stata richiamata da più parti (Gori e Lamura, 2009; Agenas, 2009; Lamura, 2009; Ministero del Lavoro, 2010), a tal punto da far pensare a due Italie diverse per sistemi di cura continuativa messi in atto, investimento di risorse, attuazione di strategie di copertura del bisogno, differenze che sembrano avere effetti concreti in termini di capacità di risposta.

Lo studio pilota ha evidenziato come i sistemi di cura continuativa delle regioni settentrionali risultino avere una maggiore capacità di risposta alle esigenze di cura rispetto a quella delle regioni del centro e del sud

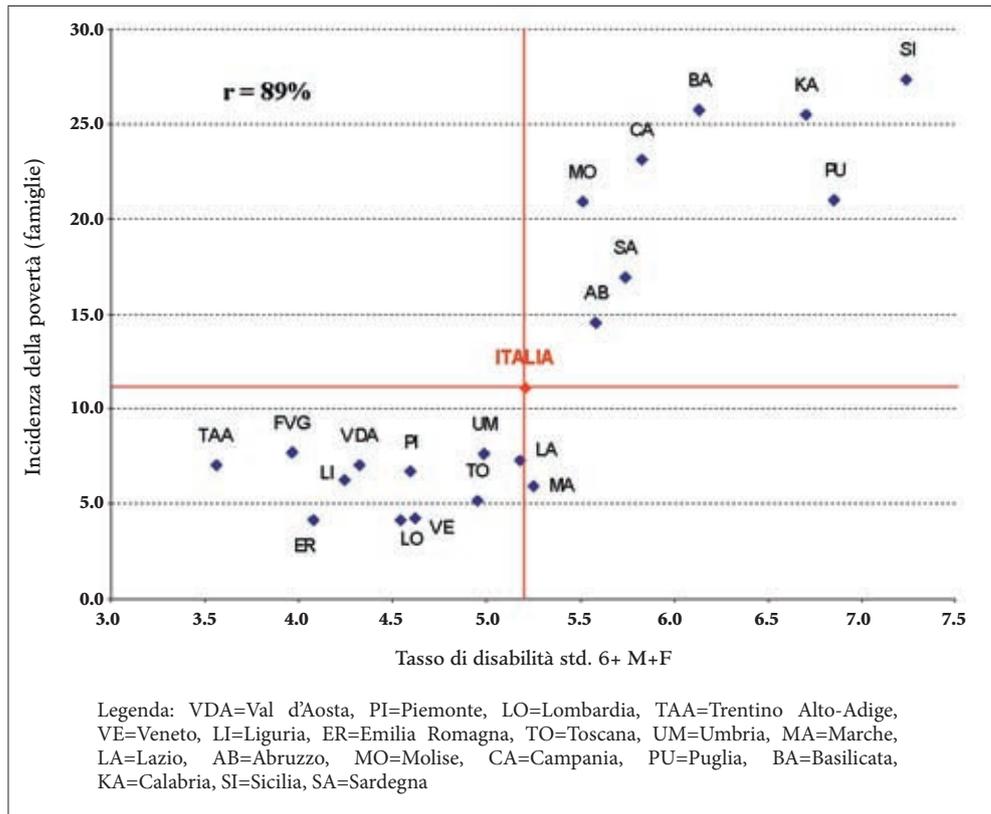


Grafico 3 - Disabilità e povertà

Italia, dove la *long term care* locale non riesce a bilanciare il processo di incremento della povertà familiare (Casanova e Lillini, 2009).

In generale, la strategia di esternalizzazione è scelta per lo più al sud e isole, mentre molte sono le regioni del nord e del centro che adottano una strategia di spesa orientata alla gestione diretta (grafico 4 pag. seguente).

La distribuzione forma 5 cluster regionali: oltre al gruppo centrale che corrisponde indicativamente alla "media nazionale", sono due i gruppi ad approccio "a gestione diretta" e due orientati invece all'esternalizzazione.

Adottano una strategia di gestione diretta dei servizi le regioni alpine (Trentino A.A., Friuli V.G., Valle d'Aosta) e l'Umbria, seguite dalle altre regioni del centro nord (Toscana, Liguria, Emilia R. Marche) e dalla Sardegna.

Sull'altro versante vi sono le regioni del sud che prediligono la delega in convenzione dei servizi: in particolare Campania, Puglia e Lazio.

Calabria e Sicilia investono seppur parzialmente anche nei servizi a gestione diretta e il maggiore equilibrio tra le due tipologie di spesa avvicina queste due regioni del sud alla formula di investimento lombarda.

La scelta di investire nell'esternalizzazione non sembra quindi essere legata ad una situazione di contesto del territorio, almeno non alla capacità di acquisto della popolazione.

Il PIL procapite in Lombardia, pari a quasi 26000 euro, è, infatti, più del doppio di quello calabrese e siciliano di poco superiore ai 12000 euro³.

Vediamo infine come la diversa scelta di strategia di investimento possa essere significativa rispetto alla deprivazione socio economica (cfr. tabella 1 a pag. 15).

La sovrapposizione dei 5 cluster di strategia rispetto alla distribuzione disabilità, incidenza di povertà fa-

(3) Il Reddito procapite medio (1997-2003) della Lombardia 25935 euro, contro i 12201 della Calabria e i 12839 della Sicilia. Il dato nazionale si assesta sui 19733 euro.

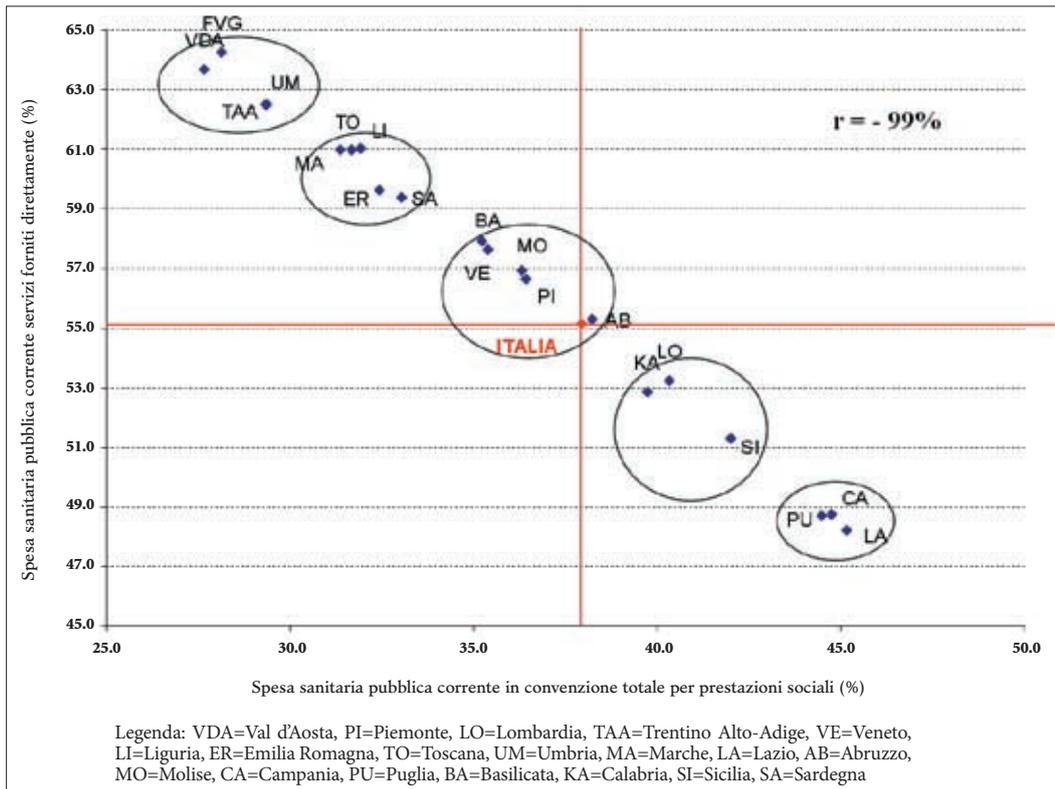


Grafico 4 - Rapporto fra le diverse tipologie di spesa

miliare individua una linea di tendenza. In generale, la scelta della gestione diretta dei servizi corrisponde ad un migliore rapporto tra disabilità e incidenza di povertà familiare.

Le regioni alpine e le altre regioni maggiormente orientate ad una valorizzazione della gestione diretta dei servizi sono anche quelle a miglior rapporto tra disabilità e incidenza di povertà; nelle regioni, invece, dove l'investimento di spesa è più orientato alla convenzione vi è una situazione di maggiore squilibrio, con una povertà familiare più alta.

Si deve però sottolineare come, in questo caso, la tendenza sia meno evidente: l'investimento in gestione convenzionata coincide con un aumento dell'incidenza della povertà familiare, ma con una distribuzione a maglie abbastanza larghe.

Ciò lascia ipotizzare che in situazioni di gestione affidata a terzi vi siano altri fattori che contribuiscono a determinare l'intensità dell'andamento.

Ci si riferisce soprattutto a Lombardia, Piemonte e Veneto, contesti in cui il reddito procapite e altre scelte di gestione fanno la differenza.

Lombardia e Veneto sono, infatti, nella zona a maggior sviluppo economico e con reddito procapite nettamente superiore alla media nazionale.

L'indice di povertà familiare è quindi basso indipendentemente dalla modalità gestionale privilegiata. In Piemonte, però è radicato un sistema di esternalizzazione dei servizi in delega a Enti strumentali territoriali, per lo più consorzi.

La gestione quindi seppur in convenzione ha una matrice di organizzazione pubblica.

Considerato ciò, anche le eccezioni sembrano avvalorare la correttezza della linea di tendenza.

Considerazioni finali

All'interno della riflessione generale tra scelte di strategie di copertura del bisogno di non autosufficien-

za e deprivazione socioeconomica familiare, il focalizzare l'attenzione sulle tipologie di investimento economico, in particolare "spesa in convenzione totale per prestazioni sociali" e "spesa per gestione diretta di servizi", completa e rinforza le considerazioni tratte dallo studio pilota elaborato nel 2009. Primo risultato di questa riflessione è la conferma dell'esistenza di una correlazione tra non autosufficienza, rilevata come disabilità nelle abilità di vita,

e povertà familiare. L'indice di povertà familiare è più alto dove il tasso di disabilità territoriale è più elevato, caratteristica particolarmente evidente nelle regioni meridionali del paese. In generale la presenza di servizi pubblici, soprattutto se a gestione diretta, funzionano come elemento di contrasto al processo di deprivazione familiare, a differenza invece di quanto succede nel caso di un investimento in convenzione.

La distribuzione delle voci di spesa individua delle chiare linee di tendenza, tendenze che, pur trattate con le dovute cautele, devono stimolare una riflessione sul diffondersi dell'approccio sempre più marcato all'esternalizzazione dei servizi e delle prestazioni, che potrebbe avere conseguenze pesanti sul carico familiare dovuto ai bisogni di cura, qualora il reddito non permettesse un supporto adeguato.

A fini esplicativi si prenda il caso della Lombardia: il reddito familiare fra i più alti in Italia permette alle singole famiglie di acquistare servi-

zi senza incidere significativamente sul processo di deprivazione a prescindere delle scelte di investimento

del settore pubblico; potrebbe però essere utile riflettere cosa accadrebbe qualora un effetto di congiuntura

economica riducesse significativamente la capacità di spesa delle famiglie. ●

	Cluster	Regioni	ADL Disabilità – Incidenza di povertà familiare
In convenzione	Cluster 1	Campania	ADL++IPF↑↑
		Puglia	ADL++IPF↑↑
		Lazio	ADL↔IPF↓↓
Gestione diretta	Cluster 2	Sicilia	ADL++IPF↑↑
		Calabria	ADL++IPF↑↑
		Lombardia	ADL--IPF↓↓
Gestione diretta	Cluster 3	Abruzzo	ADL++IPF↓↓
		Piemonte	ADL--IPF↓↓
		Molise	ADL++IPF↓↓
		Veneto	ADL--IPF↓↓
		Basilicata	ADL++IPF↓↓
Gestione diretta	Cluster 4	Sardegna	ADL++IPF↓↓
		Emilia-Romagna	ADL--IPF↓↓
		Marche	ADL↔IPF↓↓
		Liguria	ADL--IPF↓↓
		Toscana	ADL--IPF↓↓
Gestione diretta	Cluster 5	Umbria	ADL--IPF↓↓
		Trentino Alto Adige	ADL--IPF↓↓
		Valle d'Aosta	ADL--IPF↓↓
		Friuli-Venezia Giulia	ADL--IPF↓↓

Tabella 1 - Tipologie di investimento, cluster regionali e relazioni disabilità - incidenza di povertà familiare

Bibliografia

Agenas, *I fondi e le politiche per la non autosufficienza nelle regioni*, www.agenas.it. 2009.

Brandolini A., Saraceno C. (a cura di), *Povert  e benessere. Una geografia delle disuguaglianze economiche in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2007.

Breeze E. et al., *Area deprivation, social class, and quality of life among aged 75 years and over in Britan*, *International Journal of Epidemiology*, January, www.ije.oxfordjournals.org -2005.

Casanova G., Lillini R., *Disabilit , non autosufficienza e disuguaglianze*

socio-economiche e strutturali: le strategie di cura e la correlazione esistente con l'incidenza di povert .

Uno studio pilota, paper presentato al forum Espanet-RPS svoltosi a Roma, 4-5 novembre 2009.

Gori C., Lamura G., *Lo scenario complessivo*, in Gori C. (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*. Rapporto 2009, Rimini, Maggioli Editore, 2009.

Jones D.A. et al., *Educational difference in the dynamics of disability incidence recovery and mortality: findings from the Mrc Cognitive Function and Ageing study*, *International Journal of*

Epidemiology, January, 2007, www.ije.oxfordjournals.org

Lamura G., Principi A., *I trasferimenti monetari*, in Gori C. (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli Editore, 2009.

Ministero del Lavoro e Politiche Sociali (2010), *Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010*, www.lavoro.gov.it/Lavoro/Notizie/20100721_Rapporto_nonautosufficienza_2010.htm

Negri N., Saraceno C., *Povert  e vulnerabilit  in aree sviluppate*, Roma, Carocci, 2003.

E-care: a casa non si è più soli

Il Servizio e-Care si è sviluppato come una rete di cittadini, associazioni, istituzioni, professionisti per offrire un supporto relazionale agli anziani fragili.

Il servizio, voluto dalla Regione Emilia Romagna, dalla Provincia di Bologna, dall'Azienda Usl di Bologna e dai Comuni della Provincia, è gestito e realizzato dall'azienda CUP 2000. È stato attivato nel 2005 per la cittadinanza bolognese e dal 2007 è stato esteso anche alla popolazione anziana di Ferrara.

La rete e-Care punta a favorire al massimo la permanenza dell'anziano al proprio domicilio e prevenire l'insorgere di condizioni di non autosufficienza, migliorare la qualità di vita combattendo l'isolamento sociale, rendere più adeguata la fruizione dei servizi socio-sanitari e ridurre i ricoveri ospedalieri impropri.

Il servizio è gratuito e si avvale di un *call contact center* dove lavorano operatori specializzati, 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

Attraverso un sostegno telefonico periodico e personalizzato, viene effettuato un monitoraggio costante delle fragilità, sia di tipo clinico che sociale, promuovendo comportamenti tesi al miglioramento della condizione

di salute e l'aderenza alle indicazioni terapeutiche. Il sistema di monitoraggio permette inoltre l'individuazione e la segnalazione



Fonte e-Care, Cup 2000, Bologna

tempestiva di situazioni critiche ai servizi socio-sanitari. Gli operatori hanno a disposizione una



Fonte e-Care, Cup 2000, Bologna

scheda con tutte le caratteristiche sanitarie e sociali dell'utente e, tramite domande specifiche e tagliate sulle patologie, possono capire se nel paziente avvengono dei cambiamenti. Nel caso, scatta la segnalazione al medico.

Il *call contact center* si occupa anche dell'emergenza calda estiva, con 23.500 chiamate degli operatori, 22.370 servizi erogati e

1680 telefonate a parte degli utenti nell'estate 2010. Fondamentale è anche il supporto dei professionisti medici e socio assistenziali così come quello volontaristico degli operatori delle associazioni che aderiscono alla rete di sostegno e-Care: Auser, Croce Rossa, Anteias, Opera dell'Immacolata, Avius, Sindacati pensionati Spi, Fnp, Uilp, Acli, Cna, Anap, Federfarma, Afm,

Anescas, Banca del Tempo Reno, Uisp, Csi, Anpi, Avos, Punto di Incontro, Armonie,

Primo Levi, Istituto Tincani, Associazione Rivivere. Gli attori coinvolti nella rete e-Care periodicamente organizzano anche le "feste e-care": un momento importante che oltre a portare una ventata di allegria, consente agli anziani di incontrare finalmente gli operatori e i volontari che abitualmente ascoltano al di là del filo.

CUP 2000

Si ringrazia Cup2000 - Servizio e-Care per il materiale fotografico messo a disposizione di SSO, auspicando il ripetersi della collaborazione.