

Salute e disabilità

L'esistenza di nessi causali che legano la salute alle condizioni socio-economiche delle persone è un dato ampiamente confermato dalle ricerche, e non mancano inoltre le conferme sulla bi-direzionalità di questi nessi. La situazione sociale influenza, infatti, profondamente lo stato di salute, quest'ultimo si ripercuote innegabilmente sulla condizione socio-economica degli individui e, per questa via, sulla società nel suo complesso. Le condizioni materiali di vita delle famiglie in cui vivono persone con disabilità sono oggetto di attenzione da tempo, anche se sono poche le misure concrete messe in atto per soddisfare le loro necessità materiali, fondamentali per vivere un'esistenza dignitosa.

In Italia sono circa il 10% le famiglie che hanno al loro interno almeno una persona con disabilità, di cui il 58% sono composte anche da persone senza disabilità, mentre la restante quota è formata interamente da persone con disabilità, in prevalenza persone anziane che vivono sole. La presenza di persone con disabilità ha un impatto rilevante sui bilanci familiari: circa un quinto dei consumi privati delle famiglie viene assorbito da esigenze direttamente ascrivibili alle persone con disabilità o agli anziani non autosufficienti presenti nel nucleo familiare.

Il sistema di welfare spesso non riesce a fornire un sostegno adeguato a queste famiglie: si pensi che solo il 21% riceve un servizio di assistenza domiciliare, a questo si aggiunga che l'isolamento di alcune famiglie, circa il 9%, è tale da non poter contare, in caso di bisogno, sull'aiuto da parte di persone non conviventi. Il dato drammatico è che l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi pubblici a domicilio ed oltre il 70%, soprattutto al Sud, non si avvale di alcuna assistenza, né pubblica né privata. Questo si traduce in un ulteriore aggravio economico per la famiglia, visto che l'assistenza va a gravare *in toto* sui suoi componenti.

Il quadro presentato testimonia come un numero rilevante di famiglie siano costrette a far fronte con risorse proprie alle difficoltà che la presenza di una persona disabile in famiglia comporta. Si tratta di un impegno che incide non solo sulla realizzazione sociale e professionale dei singoli componenti ma anche sulle condizioni economiche delle famiglie. Infatti, in assenza di un adeguato sistema di supporto pubblico, si è costretti a far fronte ai bisogni o acquistando servizi o facendosene direttamente carico. Le due funzioni, quella di sostegno o compensazione, finalizzata a fronteggiare le situazioni di disagio che hanno riflessi sulla salute, e quella economico-assistenziale e previdenziale, dovrebbero fornire l'opportunità alle persone con disabilità di condurre una vita dignitosa. La misura di quanto ciò non accada è visibile dall'analisi dei dati relativi alla soddisfazione del proprio reddito: la metà delle famiglie con persone disabili sono insoddisfatte delle proprie risorse economiche rispetto ad un terzo di quelle senza persone con disabilità.

Le persone non possono raggiungere il loro pieno potenziale di benessere se non sono capaci di controllare quei fattori che determinano la loro salute. In questa prospettiva oltre al potenziamento delle singole persone attraverso azioni di *empowerment*, acquista rilevanza cruciale un "ambiente favorevole", determinato da equità, pari opportunità, e coesione sociale. Le condizioni materiali di vita, infatti, risultano essere influenzate da fattori ambientali, economici e dalla capacità dei sistemi assistenziali di soddisfare la domanda. Le famiglie con persone disabili subiscono uno svantaggio che deriva da quello che Amartya Sen chiama *earning handicap* (svantaggio nella possibilità di guadagnare) cui si aggiunge il *conversion handicap* che riguarda la capacità della persona con disabilità di convertire il reddito in benessere. Se ci si sofferma solo sulle condizioni di reddito dei soggetti con disabilità si ignora il fatto che per raggiungere un pari livello individuale di benessere questi devono sostenere maggiori costi (assistenza, apparecchi speciali, protesi...). Tali costi possono essere limitati se un efficiente sistema di welfare se ne fa carico, in caso contrario questi bisogni aggiuntivi acuiscono la vulnerabilità di queste persone esasperandone il disagio.

L'analisi delle interrelazioni fra salute e condizione socio-economica richiede un esame degli interventi socio-assistenziali ed economici rivolti alle persone con disabilità, congiuntamente ad un quadro dello stato di salute. Nel corso del capitolo gli aspetti socio-economici sono stati approfonditi evidenziando da una parte la domanda soddisfatta di assistenza domiciliare di tipo socio-sanitario e dall'altra le misure di sostegno economico. Nel complesso gli indicatori presentati sono stati selezionati con l'obiettivo di descrivere:

1. il contesto generale, con l'ausilio di un'analisi dei tassi di disabilità per genere ed età;
2. lo stato di salute espresso in termini soggettivi (salute percepita e speranza di vita libera da disabilità);
3. l'utilizzo dei servizi socio-assistenziali dedicati alle persone con disabilità;
4. una serie di indicatori sulle condizioni economiche delle famiglie con persone disabili, viste nella prospettiva dei consumi, dei benefici economici e del giudizio delle famiglie stesse sulla capacità delle risorse disponibili per la soddisfazione delle esigenze di vita.

Completano il capitolo un box e due approfondimenti che affrontano temi cruciali per lo studio delle persone con disabilità, cioè la stima della prevalenza della disabilità, la classificazione della disabilità e l'analisi del fenomeno all'interno del più ampio spettro delle disuguaglianze nella salute.

Persone con disabilità di 6 anni e oltre che vivono in famiglia

Significato. L'indicatore fornisce informazioni sul numero delle persone con disabilità, il tasso di disabilità regionale, grezzo e standardizzato, e la percentuale di donne. Questi dati sono utili per fornire un quadro regionale della quota di popolazione con gravi problemi di salute ed elevati bisogni di assistenza

sanitaria. Inoltre, l'indicatore standardizzato, permette di confrontare le realtà regionali eliminando gli effetti dovuti alle differenti strutture per età e confrontando i livelli di disabilità dovuti alle diverse condizioni di salute.

*Persone con disabilità di 6 anni e oltre che vivono in famiglia**

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Numero di persone con disabilità in famiglia residenti nella regione } i}{\text{Denominatore} = \text{Numero di persone residenti nella regione } i} \times 100$$

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Percentuale di donne con disabilità tra le persone con disabilità

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Numero di donne con disabilità in famiglia residenti nella regione } i}{\text{Denominatore} = \text{Numero di persone con disabilità in famiglia residenti nella regione } i} \times 100$$

i = regione di residenza.

Validità e limiti. I quesiti utilizzati per rilevare la disabilità non possono essere somministrati ai bambini con un'età inferiore ai 6 anni. Lo strumento, inoltre, non è perfettamente in grado di cogliere la disabilità di tipo mentale a meno che questa non sia anche accompagnata da difficoltà di tipo funzionale e/o motorio. I dati utilizzati per il calcolo degli indicatori sono di fonte campionaria, quindi per il tasso grezzo è stato fornito anche l'intervallo di confidenza¹. Le quote regionali standardizzate sono state calcolate utilizzando come riferimento la struttura per età della popolazione nazionale del campione.

Valore di riferimento/Benchmark. Non sono concettualmente proponibili degli standard di riferimento.

Descrizioni dei risultati

Il numero delle persone con disabilità grave, cioè quelle persone che non sono affatto in grado di svolgere almeno una delle funzioni della vita quotidiana² considerate, ammonta a 2.609 mila, pari al 4,8% della popolazione italiana. Se aggiungiamo alle persone in condizione di disabilità grave anche quelle che sono in grado di svolgere con molta difficoltà le abituali funzioni quotidiane, il numero sale a 6.606 mila persone, pari al 12% della popolazione di 6 anni e più che vive in famiglia. Le persone con disabilità rileva-

te sono solo quelle che vivono in famiglia, alle quali vanno aggiunte quelle ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali che sono circa 192.000. L'analisi territoriale evidenzia come, una volta depurate le misure dagli effetti dovuti alla differente struttura per età nelle regioni, si registri una maggiore frequenza di disabili in Sicilia e in Puglia (rispettivamente 6,6% e 6,2%), mentre i tassi più bassi, intorno al 3,0 %, si osservano nelle Province Autonome di Trento e Bolzano. In generale, l'analisi territoriale dei tassi evidenzia un gradiente Nord-Sud, tale differenza però non è del tutto ascrivibile ad un rischio di disabilità effettivamente maggiore nel Mezzogiorno. Infatti, non va trascurato il possibile effetto combinato di due fattori, uno di natura culturale e uno di natura strutturale. Il fattore culturale potrebbe essere rappresentato dalla maggiore propensione dei nuclei familiari residenti in Italia meridionale a tenere in famiglia le persone con disabilità. Il fattore strutturale, costituito dalla carenza dell'offerta di strutture residenziali dedicate, favorirebbe il divario osservato in quanto renderebbe inevitabile la permanenza in famiglia della persona disabile. A sostegno dell'esistenza di un fattore strutturale, c'è la constatazione che nelle regioni del Nord è più alta la frequenza di persone con disabilità ospitate nelle strutture residenziali, a tale evidenza si unisce anche la maggiore offerta di strutture residen-

¹L'intervallo di confidenza rappresenta il range dei valori che con il 95% di probabilità include il valore che si vuole stimare.

²Le funzioni essenziali della vita quotidiana comprendono: le attività della vita quotidiana (autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare) e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere, parlare). Si considerano, inoltre, il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle) o in casa.

ziali. Osservando le differenze di genere è evidente come la quota delle donne tra le persone con disabilità sia sensibilmente superiore rispetto a quella degli uomini. A livello nazionale tale quota ammonta al

66,2%, valori superiori alla media nazionale si riscontrano nelle regioni del Nord, dove spesso si trovano donne anziane che vivono da sole.

Tabella 1 - *Personne con disabilità di 6 anni e oltre che vivono in famiglia per regione (valori assoluti in migliaia, tassi grezzi e standardizzati per 100 e percentuale di donne) - Anni 2004-2005*

Regioni	Valori assoluti	Tassi grezzi	Intervallo di confidenza		Tassi standardizzati	% di donne
			Limite inferiore	Limite superiore		
Piemonte	190	4,7	4,2	5,2	4,3	66,1
Valle d'Aosta	5	4,1	3,2	5,0	4,0	70,2
Lombardia	337	3,8	3,5	4,2	4,0	68,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>11</i>	<i>2,5</i>	<i>1,8</i>	<i>3,1</i>	<i>2,9</i>	<i>54,4</i>
<i>Trento</i>	<i>13</i>	<i>2,9</i>	<i>2,2</i>	<i>3,7</i>	<i>3,0</i>	<i>68,6</i>
Veneto	182	4,2	3,7	4,6	4,3	62,4
Friuli-Venezia Giulia	52	4,6	3,9	5,2	4,0	73,5
Liguria	86	5,7	5,0	6,4	4,3	68,7
Emilia-Romagna	171	4,4	3,9	4,9	3,8	68,2
Toscana	179	5,3	4,7	5,8	4,5	66,9
Umbria	48	6,0	5,2	6,8	5,0	70,7
Marche	75	5,2	4,6	5,9	4,5	66,6
Lazio	217	4,4	3,9	4,9	4,6	62,9
Abruzzo	66	5,4	4,7	6,1	4,9	64,7
Molise	18	5,8	4,8	6,8	5,2	66,7
Campania	252	4,7	4,2	5,1	5,6	63,8
Puglia	212	5,6	5,1	6,1	6,2	64,8
Basilicata	33	5,8	4,9	6,7	5,8	65,0
Calabria	105	5,5	4,8	6,3	6,0	70,2
Sicilia	285	6,1	5,5	6,7	6,6	67,2
Sardegna	72	4,6	4,0	5,2	5,2	61,6
Italia	2.609	4,8	4,6	4,9	4,8	66,2

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2004/2005.

Speranza di vita libera da disabilità

Significato. La speranza di vita libera da disabilità è una misura sintetica dell'esperienza di morbosità e di mortalità di una popolazione, dove la morbosità viene misurata mediante la presenza o meno di disabilità. L'indicatore consente una valutazione qualitativa della sopravvivenza e permette di valutare se una vita più

lunga significhi anche una vita migliore, ovvero se un incremento consistente della speranza di vita si realizzi in condizioni di cattiva salute.

Essa esprime il numero medio di anni che una persona di una certa età può aspettarsi di vivere senza essere colpita da disabilità.

Speranza di vita libera da disabilità

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\sum_{i=x, \omega} {}_nL_i * (1 - {}_n a_i)}$$

$$\text{Denominatore} \quad l_x$$

Variabili misurabili

x = età iniziale

ω = età estrema

n = ampiezza della classe di età i

${}_nL_i$ = anni vissuti nella classe di età i

a_i = percentuale di popolazione disabile di età i , $i+n$

l_x = sopravvissuti all'età iniziale x

Validità e limiti. Una caratteristica importante dell'indicatore è quella di combinare in un'unica misura le informazioni derivanti dai dati di mortalità e di morbosità.

Nel caso degli anziani, in particolare, questo aspetto è importante perché consente di valutare, oltre alla quantità di anni che restano da vivere, anche la qualità di questi anni, tenendo conto della capacità del soggetto di adattarsi all'ambiente in cui vive conservando la sua autonomia nelle attività quotidiane, anche in assenza di un processo morboso ben definito. La speranza di vita libera da disabilità può essere considerata quindi un indicatore valido al fine della valutazione dello stato di salute della popolazione anziana. Tenendo presente che i quesiti sulle funzioni della vita quotidiana, utilizzati per individuare le persone con disabilità, sono posti solo alle persone di 6 anni e più e che le prevalenze di disabilità sono molto basse per le prime classi di età, l'indicatore viene usualmente calcolato a partire dai 15 anni di età.

L'indicatore è per sua natura standardizzato e pertanto consente confronti tra regioni con popolazioni diverse senza risentire della diversa struttura per età di queste¹. I limiti sono in parte legati alla misurazione della disabilità e in parte legati ad aspetti metodologici. Per quanto riguarda la misurazione della disabilità si richiamano i problemi di definizione del fenomeno già descritti in precedenza. Relativamente agli aspetti

metodologici va sottolineato che il metodo di Sullivan, utilizzato per calcolare l'indicatore, ipotizza la stazionarietà sia della mortalità sia della disabilità, cioè la costanza temporale della probabilità di divenire disabile, della probabilità di morire e di guarire.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può prendere la media dell'ultimo quintile della distribuzione regionale, che è per la speranza di vita libera da disabilità a 15 anni per gli uomini pari a 61,3 anni e per le donne 64,8 anni. Lo stesso indicatore calcolato per la speranza di vita libera da disabilità a 65 anni è per gli uomini 15,5 anni, mentre per le donne è pari a 17,4 anni.

Descrizioni dei risultati

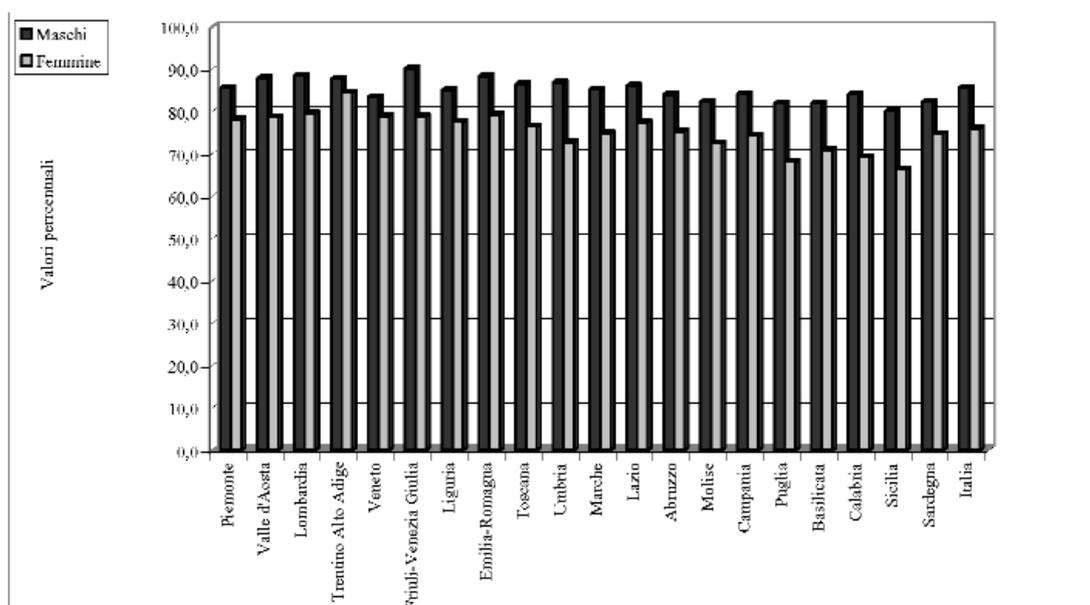
Facendo riferimento alla condizione di disabilità rilevata nell'indagine Istat sulle Condizioni di salute della popolazione nel 1994 e nel 2004/2005, in termini di speranza di vita libera da disabilità si sono registrati guadagni significativi, più evidenti per gli uomini che per le donne, sia in valore assoluto sia rispetto ai corrispondenti incrementi osservati per la speranza di vita complessiva. Gli uomini di 65 anni hanno sperimentato un aumento del numero medio di anni in assenza di disabilità da 12,7 a 14,9 anni mentre per le donne i valori sono passati da 14,2 anni a 16,1. Lo scenario attuale consente quindi un cauto ottimismo: a

¹Esso risente tuttavia della struttura per età della popolazione stazionaria associata alla tavola di mortalità per questo tende a penalizzare popolazioni a più lunga sopravvivenza per le quali la popolazione stazionaria della tavola è caratterizzata da una maggiore proporzione di anziani, a maggior rischio di disabilità. Questo inconveniente, tuttavia, è rilevante soprattutto quando si mettono a confronto popolazioni con speranze di vita molto distanti tra loro.

Tabella 1 - Speranza di vita libera da disabilità a 15 e a 65 anni per regione e sesso - Anni 2004-2005

Regioni	Maschi		Femmine	
	Speranza di vita libera da disabilità a 15 anni	Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni	Speranza di vita libera da disabilità a 15 anni	Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni
Piemonte	60,3	14,8	63,8	16,5
Valle d'Aosta	60,9	15,2	64,0	16,6
Lombardia	61,1	15,4	64,5	17,1
Trentino-Alto Adige	61,4	15,7	66,3	18,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>61,1</i>	<i>15,5</i>	<i>66,5</i>	<i>18,7</i>
<i>Trento</i>	<i>61,7</i>	<i>15,8</i>	<i>66,1</i>	<i>18,3</i>
Veneto	60,5	14,6	64,8	17,2
Friuli-Venezia Giulia	61,2	15,5	64,0	16,8
Liguria	60,5	14,8	64,0	16,6
Emilia-Romagna	61,5	15,9	64,5	17,2
Toscana	61,2	15,3	64,3	16,6
Umbria	61,1	15,2	63,2	15,7
Marche	61,7	15,6	64,5	16,7
Lazio	60,4	14,8	63,5	16,1
Abruzzo	60,3	14,7	63,8	16,2
Molise	60,3	14,4	63,3	15,6
Campania	59,0	13,8	62,0	14,8
Puglia	60,4	14,5	62,1	14,4
Basilicata	60,0	14,5	62,3	14,9
Calabria	60,5	14,8	61,8	14,4
Sicilia	59,5	13,7	60,8	13,4
Sardegna	59,6	14,4	63,6	16,0
Italia	60,5	14,9	63,5	16,1

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2004/2005.

Grafico 1 - Quota percentuale di anni di vita attesi a 65 anni liberi da disabilità per sesso e regione - Anni 2004-2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2004/2005.

65 anni una donna può aspettarsi di vivere i tre quarti del periodo che le resta da vivere in piena autosufficienza; per un uomo la condizione di autosufficienza interessa l'86% dei restanti anni di vita attesi. L'analisi regionale evidenzia il permanere delle differenze di genere e rileva anche una differenza più marcata nelle regioni del Sud (Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia) alle quali si aggiungono Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Marche (grafico 1).

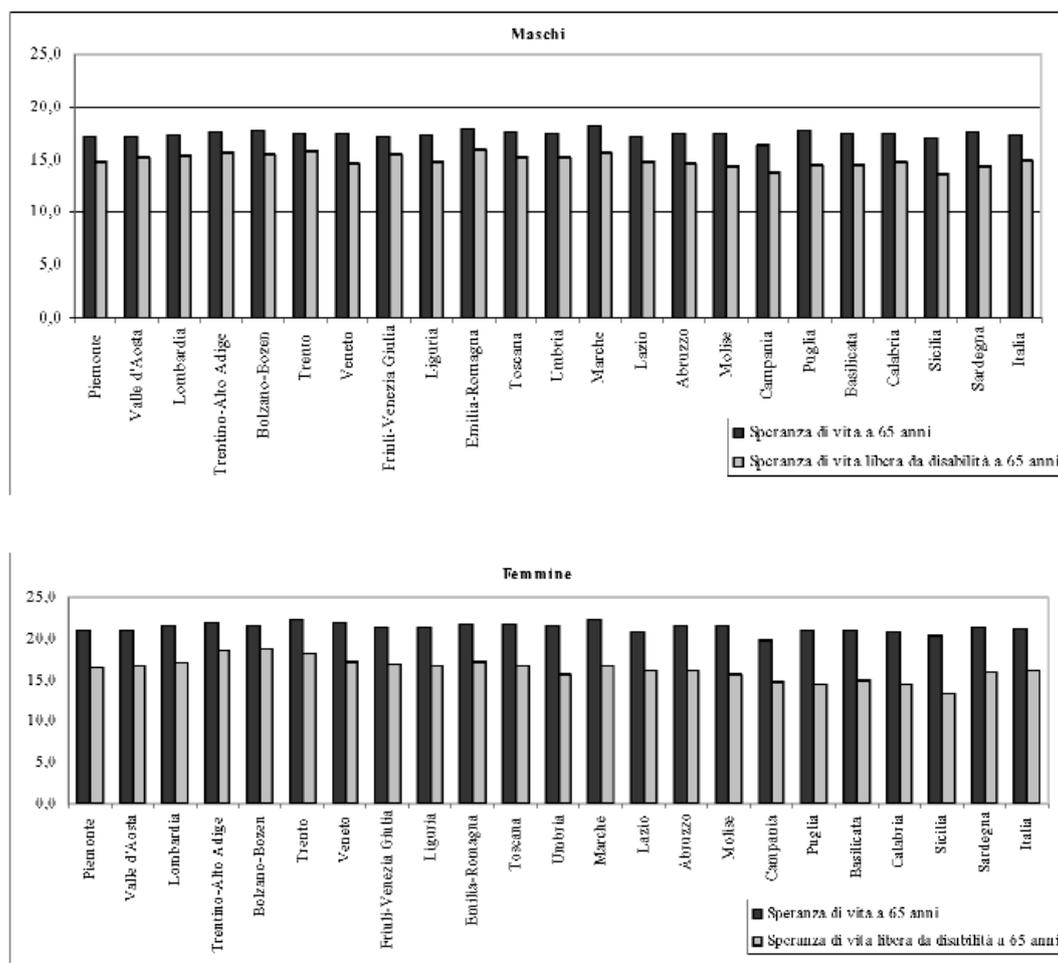
Questo miglioramento del quadro della speranza di vita libera da disabilità appare molto importante in un contesto in cui l'aumento della speranza di vita implica che un sempre più consistente numero di persone raggiunga le età avanzate (grafico 2).

I valori più elevati di speranza di vita libera da disabili-

lità sono nel Centro-Nord e quelli più bassi nelle aree meridionali del paese, dove quasi tutte le regioni presentano valori inferiori alla media nazionale. La Calabria, in particolare, fa registrare i valori più bassi per entrambi i sessi. Inoltre, la Puglia, la Sicilia e la Calabria sono le uniche regioni in cui l'indicatore calcolato a 65 anni per le donne è più basso del corrispondente per gli uomini.

Nella maggior parte delle regioni, infatti, le differenze di genere sono a vantaggio delle donne, che possono contare su una più elevata speranza di vita libera da disabilità rispetto agli uomini. Tale vantaggio a livello nazionale ammonta a circa 20 mesi e sale a ben 2,8 anni nel caso del Trentino-Alto Adige e a 2,6 anni nel Veneto.

Grafico 2 - Speranza di vita (stime 2005) e speranza di vita libera da disabilità a 65 anni per regione e sesso - Anni 2004-2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2004/2005. Istat. Rilevazione sulle cause di morte. Anno 2005.

Percezione dello stato di salute delle persone con disabilità

Significato. L'indicatore fornisce un quadro delle condizioni di salute percepite dalle persone con disabilità e dalle persone senza disabilità. La percezione dello stato di salute è rilevata secondo cinque modalità: molto bene, bene, discretamente, male, molto male. L'indicatore considerato si sofferma su coloro che dichiarano di stare male o molto male. I quozien-

ti grezzi consentono di valutare i divari territoriali rispetto alle condizioni di salute percepite, queste ultime legate sia all'età sia alle condizioni di salute oggettive. I quozienti standardizzati permettono di analizzare la percezione dello stato di salute nelle singole regioni eliminando le differenze dovute ad una diversa struttura per età.

*Percezione dello stato di salute delle persone con disabilità**

Numeratore	Persone in famiglia che dichiarano di stare male o molto male appartenenti alla classe di età x nella regione i per presenza di disabilità	
Denominatore	Persone in famiglia appartenenti alla classe di età x nella regione i per presenza di disabilità	$\times 100$
Significato variabili	i = regione di residenza x = la classe di età	

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso, poiché, per le sue diverse sfaccettature, sfugge ad un'interpretazione univoca. In generale la salute di una nazione può essere valutata sia in un'ottica oggettiva, basata su un sistema di indicatori affidabili e comparabili, quali per esempio i tassi di mortalità, sia in un'ottica soggettiva, basata sulle percezioni individuali. Le misure soggettive dello stato di salute hanno rilevanza sulla domanda di assistenza, in quanto la percezione del bisogno di salute condiziona l'utilizzo dei servizi socio-sanitari. La disabilità risulta essere fortemente associata sia ad una peggiore percezione del proprio stato di salute sia ad una maggiore prevalenza di forme patologiche di tipo cronico-degenerativo (1).

Con la standardizzazione per età si mira ad eliminare l'effetto che ha questa variabile sul fenomeno in studio utilizzando una popolazione di riferimento con una struttura per età fissata (nel nostro caso è la popolazione nazionale del campione). Nelle misure delle statistiche che riguardano le persone con disabilità, prevalentemente anziane, l'impatto della standardizzazione è notevole. Conseguentemente le stime dei quozienti sono molto più basse, rispetto ai dati grezzi, proprio in quelle regioni che hanno quote maggiori di disabili anziani che hanno una percezione peggiore del proprio stato di salute.

Nell'analisi di questo indicatore è importante tener presente che questo risente delle differenti aspettative dei singoli individui rispetto allo stato di salute ottimale, che sono correlate con le loro caratteristiche sociali, demografiche e culturali.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può prendere il dato nazionale.

Descrizioni dei risultati

Oltre la metà delle persone con disabilità (55,7%) dichiara di sentirsi male o molto male, tale percentuale tra le persone senza disabilità è solo del 3,7%. Prendendo in considerazione la dimensione geografica si nota una migliore percezione dello stato di salute al Nord rispetto al Centro-Sud. Tali differenze, anche se non sempre significative, permangono anche quando si analizzano i quozienti standardizzati.

I divari territoriali emergono non solo tra le persone con disabilità ma anche tra quelle senza disabilità, evidenziando in questo modo la presenza di un fattore ambientale e culturale che influenza la percezione dello stato di salute. La salute percepita è, infatti, frutto della sintesi di molte componenti rilevanti della propria vita, dove le condizioni oggettive di salute sono sicuramente l'elemento preponderante, ma da sole non spiegano la variabilità osservata tra le regioni. I fattori connessi con la cattiva percezione di una condizione di salute sono, oltre alla presenza di disabilità o di malattie croniche, le condizioni socio-economiche, la perdita di ruolo sociale dovuta allo stato emotivo, l'avanzamento dell'età (2). Verosimilmente, con i quozienti standardizzati, si colgono proprio le differenze regionali nelle condizioni sociali ed economiche. Va considerato che la salute percepita è da ritenersi un valido indicatore sia ai fini della valutazione delle condizioni di salute stessa, sia dei bisogni assistenziali ad essa collegati (3).

Tabella 1 - *Persone di 6 anni e più che vivono in famiglia e che dichiarano di percepire il loro stato di salute male o molto male (quozienti grezzi e standardizzati per 100) per regione e presenza di disabilità - Anni 2004-2005*

Regioni	Quozienti grezzi		Quozienti standardizzati	
	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili
Piemonte	53,3	3,4	34,2	3,4
Valle d'Aosta	47,6	3,3	31,1	3,3
Lombardia	47,4	2,7	28,4	2,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>51,5</i>	<i>1,9</i>	<i>37,5</i>	<i>2,2</i>
<i>Trento</i>	<i>42,4</i>	<i>2,7</i>	<i>29,8</i>	<i>2,8</i>
Veneto	51,9	2,8	35,5	3,1
Friuli-Venezia Giulia	52,5	3,0	39,0	2,9
Liguria	58,7	4,2	40,2	3,7
Emilia-Romagna	52,8	3,8	40,2	3,7
Toscana	63,2	4,8	48,0	4,7
Umbria	61,8	4,5	32,1	4,5
Marche	56,4	5,0	53,4	5,1
Lazio	59,8	4,4	44,4	4,9
Abruzzo	52,6	3,5	38,4	3,7
Molise	48,1	3,4	41,6	3,6
Campania	51,2	3,7	35,1	4,7
Puglia	56,3	3,1	42,4	3,9
Basilicata	62,2	4,3	40,0	4,9
Calabria	66,0	4,9	47,6	5,8
Sicilia	61,5	4,7	53,4	5,7
Sardegna	62,4	5,5	51,8	6,5
Italia	55,7	3,7	40,0	4,1

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2004/2005.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Statistica in breve, marzo 2007.

(2) Egidi V, Spizzichino D. Dimensioni oggettive e sogget-

tive delle differenze di genere nella salute. w3.uniroma1.it/scidemo/24-Egidi-Spizzichino-Salute.doc.

(3) Golini A., Calvani P. Relazioni tra percezione della salute, malattie croniche e disabilità. CNR - Istituto per le ricerche sulla Popolazione. Working Paper 02/97.

Ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria delle famiglie con almeno una persona con disabilità

Significato. L'assistenza domiciliare sanitaria è l'insieme di interventi a carattere sanitario, infermieristico e riabilitativo offerti a domicilio a favore di persone temporaneamente o permanentemente non autosufficienti a causa di patologie croniche stabilizzate che non richiedono il ricovero in strutture ospedaliere. Gli indicatori presentati

sono due: il primo consente di valutare quante famiglie ricorrono all'assistenza domiciliare sanitaria, quindi si potrebbe parlare di domanda soddisfatta; il secondo, invece, consente di dimensionare la domanda insoddisfatta, ossia quante famiglie tra quelle che non hanno l'assistenza domiciliare dichiarano di averne bisogno.

Ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria delle famiglie con almeno una persona con disabilità

Numeratore $\frac{\text{Ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria delle famiglie con almeno una persona disabile}}{\text{Famiglie per presenza di almeno una persona disabile}} \times 100$

Denominatore

Famiglie che avrebbero bisogno dell'assistenza domiciliare sanitaria con almeno una persona con disabilità

Numeratore $\frac{\text{Famiglie con almeno una persona disabile che avrebbero bisogno dell'assistenza domiciliare sanitaria}}{\text{Famiglie con almeno una persona disabile che non usufruiscono dell'assistenza domiciliare sanitaria}} \times 100$

Denominatore

Validità e limiti. L'indicatore sul ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria consente di valutare i livelli di domanda soddisfatta delle famiglie con una persona con disabilità e di quelle senza. L'indicatore sul bisogno di assistenza domiciliare sanitaria invece, consente di conoscere la parte della domanda che resta insoddisfatta. L'informazione sul ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria non viene raccolta per tutte le famiglie italiane, ma soltanto su quelle che hanno al loro interno una persona con dei problemi oggettivi di salute. Ossia una persona affetta da malattie o condizioni patologiche croniche, oppure che ha una o più invalidità, anche se non legalmente riconosciute, oppure che a causa di problemi di salute riscontra delle limitazioni che durano da almeno sei mesi nello svolgere le abituali attività della vita quotidiana.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può prendere il valore medio nazionale.

Descrizioni dei risultati

Sono il 13% le famiglie con almeno una persona con disabilità che usufruiscono dell'assistenza domiciliare sanitaria. Le regioni in cui si hanno percentuali più alte di ricorso sono concentrate al Nord (Piemonte, Valle d'Aosta, Province Autonome di Bolzano e Trento). Questi risultati vanno però interpretati alla luce della domanda di assistenza che resta insoddisfatta. Delle famiglie italiane con almeno una persona disabile che non hanno usufruito di assistenza domiciliare sanitaria circa il 33% ne avrebbe avuto bisogno. La geografia del bisogno insoddisfatto è caratterizzata da un gradiente Nord- Sud sfavorevole per le regioni meridionali. La percentuale di famiglie con almeno una persona con disabilità che non ha potuto usufrui-

Tabella 1 - Ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria (per 100) delle famiglie con almeno una persona disabile per regione - Anni 2004-2005

Regioni	Ha usufruito	Non ne ha usufruito, ma ne avrebbe avuto bisogno
Piemonte	18,2	26,7
Valle d'Aosta	19,4	22,3
Lombardia	14,5	23,4
Trentino-Alto Adige	25,5	19,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>30,9</i>	<i>18,7</i>
<i>Trento</i>	<i>22,0</i>	<i>20,3</i>
Veneto	13,1	27,1
Friuli-Venezia Giulia	16,9	31,5
Liguria	7,2	24,5
Emilia-Romagna	15,2	22,5
Toscana	17,4	25,4
Umbria	22,8	35,0
Marche	14,8	21,8
Lazio	15,6	41,2
Abruzzo	8,3	44,7
Molise	11,3	33,5
Campania	10,4	42,3
Puglia	9,6	45,2
Basilicata	14,6	33,1
Calabria	9,8	41,1
Sicilia	9,1	40,9
Sardegna	8,1	31,8
Italia	13,2	32,8

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2004/2005.

re di assistenza domiciliare sanitaria pur avendone bisogno è quasi doppia nelle regioni del Sud (in particolare in Puglia, Abruzzo, Campania, Calabria) rispetto a quelle del Nord. Una situazione di carenza si evidenzia anche in Umbria e nel Lazio, con percentuali tra il 35% e il 41%.

Ricorso all'assistenza domiciliare sociale delle famiglie per presenza di almeno una persona con disabilità

Significato. L'assistenza domiciliare sociale è l'insieme di prestazioni di natura socio-assistenziale offerte a domicilio a persone anziane e/o con disabilità che non necessitano del ricovero in strutture ospedaliere. Le prestazioni erogate mirano innanzitutto a favorire l'autosufficienza della persona e la tutela igienico-sanitaria, aiutandola nell'igiene personale, nella corretta deambulazione, nella

preparazione dei pasti, nell'aiuto domestico, nella cura della persona, negli interventi sull'abitazione, nel fare la spesa, nell'accompagnamento ed in altri servizi complementari. L'indicatore permette di valutare i livelli di assistenza domiciliare sociale prestata dai Comuni o dalle ASL alle famiglie italiane e in particolare alle famiglie dove vive almeno una persona con disabilità.

Ricorso all'assistenza domiciliare sociale delle famiglie per presenza di almeno una persona con disabilità

Numeratore	Ricorso all'assistenza domiciliare sociale delle famiglie per presenza di almeno una persona disabile	
Denominatore	Famiglie per presenza di almeno una persona disabile	x 100

Validità e limiti. L'indicatore sul ricorso all'assistenza domiciliare di tipo sociale consente di valutare i livelli di domanda soddisfatta. Non ci sono invece informazioni per quanto riguarda la domanda insoddisfatta. L'informazione viene chiesta a tutte le famiglie italiane, specificando però nella domanda che si tratta dell'assistenza rivolta ad una persona anziana o con disabilità.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può prendere il valore medio nazionale.

Descrizioni dei risultati

In Italia l'1,7% circa delle famiglie usufruisce di assistenza domiciliare di tipo sociale prestata dal Comune o dalla ASL, il valore raggiunge il 10,2% nelle famiglie con almeno una persona con disabilità.

Nelle famiglie senza persone con disabilità non si ha una caratterizzazione territoriale del ricorso all'assistenza domiciliare sociale. Le percentuali più alte di

famiglie che usufruiscono di questo tipo di assistenza si hanno in Valle d'Aosta, nella Provincia Autonoma di Bolzano, nelle Marche, nel Molise e in Sardegna. Nelle famiglie con almeno una persona con disabilità si riscontra un gradiente Nord-Sud, con percentuali più alte di ricorso all'assistenza domiciliare sociale nelle regioni del Nord (Valle d'Aosta, Lombardia, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli-Venezia Giulia), dove probabilmente vi è un'offerta di questo tipo di servizio più elevata, e più basse al Sud (Puglia, Basilicata e Calabria) con l'eccezione del Molise, in cui una famiglia composta anche da persone con disabilità su sette usufruisce di tale servizio. Si tenga conto che la fruizione del servizio di assistenza domiciliare è inevitabilmente condizionato dall'offerta, che è maggiore al Nord e al Centro rispetto al Sud (1).

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. Statistiche in breve, aprile 2007.

Tabella 1 - Ricorso all'assistenza domiciliare sociale (per 100) delle famiglie per regione e presenza di almeno una persona disabile - Anni 2004-2005

Regioni	Famiglie senza disabile Almeno una tipologia di assistenza domiciliare sociale	Famiglie con disabile Almeno una tipologia di assistenza domiciliare sociale	Totale famiglie Almeno una tipologia di assistenza domiciliare sociale
Piemonte	0,6	9,0	1,4
Valle d'Aosta	1,1	19,9	2,5
Lombardia	0,8	14,3	1,9
Trentino-Alto Adige	1,0	11,8	1,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1,3</i>	<i>18,7</i>	<i>2,2</i>
<i>Trento</i>	<i>0,7</i>	<i>6,6</i>	<i>1,1</i>
Veneto	0,8	13,8	2,0
Friuli-Venezia Giulia	0,6	15,5	2,0
Liguria	0,4	5,6	0,9
Emilia-Romagna	0,7	11,3	1,6
Toscana	0,4	11,3	1,7
Umbria	0,8	13,6	2,4
Marche	1,0	8,7	1,9
Lazio	0,7	9,4	1,4
Abruzzo	0,4	7,3	1,2
Molise	1,1	14,2	2,9
Campania	0,5	8,9	1,4
Puglia	0,4	6,2	1,2
Basilicata	0,6	6,7	1,4
Calabria	0,7	5,3	1,3
Sicilia	0,9	9,3	2,1
Sardegna	1,0	10,4	2,0
Italia	0,7	10,2	1,7

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2004/2005.

Spesa mensile sostenuta dalle famiglie per l'assistenza a persone con disabilità e anziani non autosufficienti

Significato. L'indicatore esprime la spesa media delle famiglie per l'assistenza a familiari con disabilità e anziani non autosufficienti. La spesa è espressa sia in termini assoluti sia in percentuale sulla spesa mensile

totale familiare. L'indicatore ha l'obiettivo di rappresentare l'impegno economico delle famiglie per acquistare servizi specifici per l'assistenza sanitaria alle persone con disabilità.

Spesa media per famiglia per l'assistenza per disabili e anziani non autosufficienti

Numeratore $\frac{\text{Spesa per servizi domestici erogati per l'assistenza per disabili e anziani non autosufficienti}}{\text{Numero di famiglie che hanno dichiarato di aver sostenuto la spesa}}$

Denominatore

Percentuale sul totale spesa mensile familiare

Numeratore $\frac{\text{Spesa per servizi domestici erogati per l'assistenza per disabili e anziani non autosufficienti}}{\text{Spesa totale mensile familiare}} \times 100$

Denominatore

Validità e limiti. L'indicatore si riferisce alla spesa media mensile sostenuta dalle famiglie per servizi domestici ricevuti per l'assistenza a persone con disabilità e anziani non autosufficienti. Il valore dell'indicatore è affiancato dall'incidenza di tale tipologia di consumo sul totale della spesa familiare, al fine di rappresentare il peso che questo onere ha sul livello di consumo della famiglia e nel contempo standardizzare la spesa rispetto alle condizioni economiche delle famiglie per le quali il livello dei consumi totali costituisce una buona *proxy*.

Il limite principale dell'indicatore sta nel fatto che non rappresenta tutta la spesa che una famiglia è costretta a sostenere per una persona con disabilità, ma solo quella legata ai servizi domestici, mentre è verosimile che la presenza di una disabilità in famiglia abbia ripercussioni su molte altre tipologie di spesa. Inoltre, la voce di spesa considerata non può essere riferita a tutte le famiglie che hanno almeno un componente con disabilità, in quanto nel questionario dell'indagine sui consumi non viene fatta una specifica domanda sull'esistenza di tale problema in famiglia. Pertanto questo indicatore si riferisce solo a quelle famiglie che hanno sostenuto la spesa in oggetto. A riprova di quanto detto si segnala che la percentuale di famiglie

che dichiarano di aver sostenuto una spesa per una persona disabile è pari a circa lo 0,8%, mentre da altre fonti (1) è noto che le famiglie con almeno una persona disabile in Italia sono il 10,3%, quindi la voce di consumo considerata non è sufficiente a individuare tutte le famiglie interessate dal problema.

Un altro limite dell'indicatore è costituito dal fatto che non può essere calcolato a livello regionale, in quanto l'indagine è campionaria e il numero delle famiglie selezionate con la voce di spesa considerata è insufficiente.

Valore di riferimento/Benchmark. Non è possibile individuare un valore di riferimento.

Descrizioni dei risultati

La presenza di una persona con disabilità in una famiglia può rappresentare un forte disagio economico sia in termini di risorse monetarie necessarie per l'assistenza sanitaria sia in termini di produzione del reddito, legata alla difficile conciliazione delle esigenze lavorative con le attività di cura e di assistenza alla persona disabile. La spesa media mensile delle famiglie italiane per l'assistenza domestica alle persone con disabilità è pari a circa 490 euro, il consumo più

Tabella 1 - Spesa media mensile (valori assoluti e per 100) delle famiglie per disabili e anziani non autosufficienti per ripartizione geografica - Anno 2004

Ripartizione geografica	Spesa media mensile (€)	Intervallo di confidenza		% spesa mensile familiare
		Limite inferiore	Limite superiore	
Nord-Ovest	515,61	502,47	528,75	19,24
Nord-Est	572,51	557,92	587,10	21,22
Centro	494,99	482,38	507,60	20,72
Mezzogiorno	332,76	324,28	341,24	17,39
Italia	489,87	477,39	502,35	18,16

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Istat. Indagine sui consumi delle famiglie. Anno 2004.

basso si registra nel Mezzogiorno con 333 euro, il più alto nel Nord-Est con 573 euro. L'incidenza di questa voce di spesa sul totale dei consumi delle famiglie è assai rilevante, a livello nazionale si attesta al 18,16%, scende al 17,39% nelle regioni del Mezzogiorno e raggiunge il 21,22% in quelle del Nord-Est.

Sembra interessante notare, infine, che tale voce di spesa appare molto rigida se confrontata con il reddito disponibile a livello regionale, cioè assume la caratteristica dei beni di consumo primari, contrariamente

a quanto accade per la spesa sanitaria che è notoriamente molto elastica rispetto alle variazioni di reddito. Questo testimonia il fatto che la spesa per l'assistenza ad una persona con disabilità costituisce un consumo incompressibile da parte delle famiglie, pertanto la presenza di una disabilità rappresenta senza dubbio un fattore di disagio economico.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Statistica in breve, marzo 2007.

Giudizio delle risorse economiche delle famiglie con almeno una persona con disabilità

Significato. Il giudizio delle famiglie sulla propria condizione economica può essere utilizzato come un indicatore *proxy* della situazione economica delle famiglie. L'analisi del giudizio sulle risorse economiche è stata condotta considerando, da un lato coloro che dichiarano

di avere una condizione economica "ottima" o "adeguata" (*Adeguata*), dall'altro coloro che dichiarano di avere una condizione economica "scarsa" o "assolutamente insufficiente" (*Non adeguata*).

Giudizio delle risorse economiche delle famiglie per presenza di almeno una persona con disabilità

Numeratore Giudizio delle risorse economiche delle famiglie per presenza di almeno una persona disabile

Denominatore Famiglie per presenza di almeno una persona disabile x 100

Validità e limiti. Le risorse economiche sono dichiarate, quindi non oggettive, e risentono delle diverse aspettative dei singoli rispetto alla loro condizione economica. Questo può rappresentare un limite, ma anche un valore aggiunto in quanto l'indicatore in questione fornisce una misura mediata tra il reddito oggettivo della famiglia, i suoi bisogni e le sue aspirazioni. Un limite consiste nel fatto che il giudizio viene espresso da un solo componente del nucleo familiare.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può prendere il valore medio nazionale.

Descrizioni dei risultati

In Italia quasi una famiglia su tre dichiara di avere delle condizioni economiche scarse o assolutamente insufficienti, ma se all'interno della famiglia vive una persona con disabilità si ha un forte aumento dell'insoddisfazione rispetto alla situazione economica: quasi una famiglia su due reputa le condizioni economiche non adeguate.

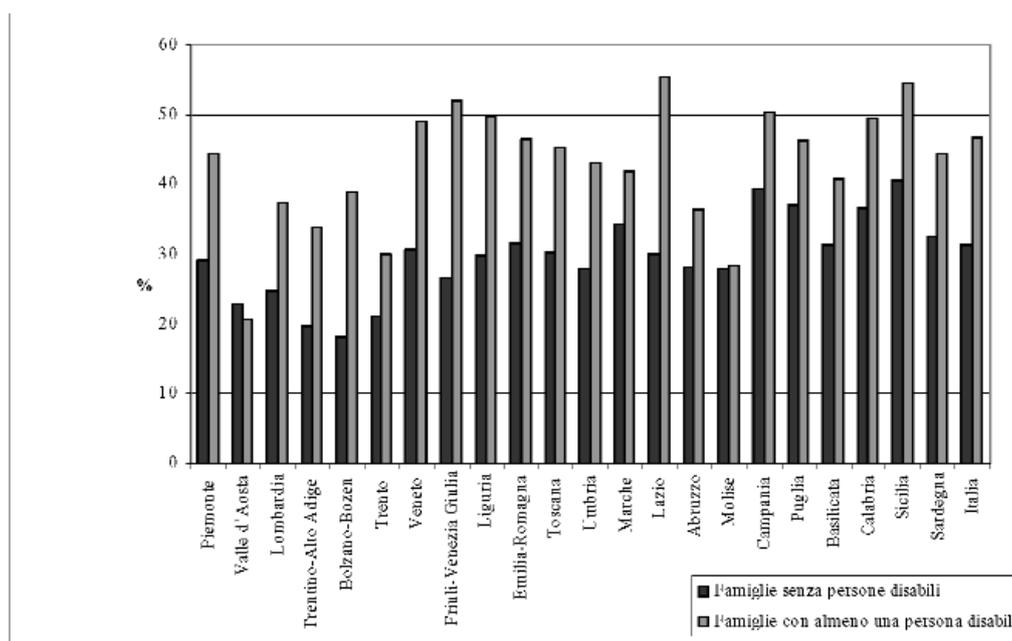
Il giudizio sulle condizioni economiche presenta un gradiente territoriale Nord-Sud solamente per le famiglie dove non ci sono persone con disabilità, la presenza di una persona disabile in famiglia spezza tale dicotomia ed evidenzia una situazione regionale mol-

Tabella 1 - Risorse economiche (per 100) delle famiglie per regione, presenza di almeno una persona disabile e adeguatezza delle risorse - Anni 2004-2005

Regioni	Famiglie senza persone disabili		Famiglie con almeno una persona disabile		Totale	
	Non adeguate	Adeguate	Non adeguate	Adeguate	Non adeguate	Adeguate
Piemonte	29,1	70,9	44,3	55,7	30,5	69,5
Valle d'Aosta	22,8	77,2	20,6	79,4	22,6	77,4
Lombardia	24,8	75,2	37,2	62,8	25,8	74,2
Trentino-Alto Adige	19,6	80,4	33,9	66,2	20,4	79,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>18,1</i>	<i>81,9</i>	<i>38,8</i>	<i>61,2</i>	<i>19,2</i>	<i>80,8</i>
<i>Trento</i>	<i>21,0</i>	<i>79,0</i>	<i>30,0</i>	<i>70,0</i>	<i>21,6</i>	<i>78,4</i>
Veneto	30,7	69,3	49,0	51,1	32,4	67,7
Friuli-Venezia Giulia	26,6	73,4	52,1	47,9	29,0	71,1
Liguria	29,7	70,3	49,8	50,2	31,8	68,2
Emilia-Romagna	31,6	68,5	46,4	53,6	32,9	67,1
Toscana	30,2	69,8	45,3	54,7	32,0	68,0
Umbria	27,8	72,2	43,1	56,9	29,8	70,2
Marche	34,4	65,6	41,9	58,2	35,3	64,7
Lazio	30,0	70,0	55,3	44,7	32,3	67,7
Abruzzo	28,1	71,9	36,4	63,6	29,1	70,9
Molise	27,8	72,2	28,3	71,7	27,9	72,1
Campania	39,4	60,6	50,5	49,5	40,7	59,3
Puglia	37,1	62,9	46,2	53,9	38,3	61,7
Basilicata	31,4	68,6	40,7	59,4	32,6	67,4
Calabria	36,6	63,4	49,4	50,6	38,3	61,7
Sicilia	40,6	59,4	54,5	45,5	42,5	57,5
Sardegna	32,6	67,4	44,5	55,5	33,9	66,1
Italia	31,3	68,7	46,6	53,4	32,9	67,1

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari", 2004/2005.

Grafico 1 - Famiglie che considerano non adeguate le risorse economiche della famiglia (per 100) per regione e presenza di almeno una persona con disabilità – Anni 2004-2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Statistica in breve, marzo 2007 (1).

to eterogenea. Le regioni con una quota maggiore di famiglie senza una persona con disabilità che reputano inadeguate le proprie risorse economiche sono le Marche, la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia. Le famiglie con almeno una persona disabile sono in misura maggiore insoddisfatte delle loro risorse

economiche se risiedono in Friuli-Venezia Giulia, in Liguria, nel Lazio, in Campania e in Sicilia.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Statistica in breve, marzo 2007.

Beneficiari di pensioni in favore di persone con disabilità

Significato. Il sistema di solidarietà nei confronti delle persone con disabilità è sicuramente uno dei parametri che consentono di misurare l'evoluzione del welfare di una nazione. L'indicatore di seguito proposto permette di avere un quadro di insieme sui beneficiari delle prestazioni pensionistiche in favore di persone con disabilità, for-

nendo informazioni non solo sulla loro numerosità ma anche sull'importo medio annuo percepito. Questa ulteriore informazione permette di conoscere, almeno in parte, la reale disponibilità di risorse economiche da parte delle persone con disabilità.

Importo medio annuo

Numeratore Importo lordo annuo

Denominatore Percettori

Validità e limiti. I beneficiari di pensioni di disabilità vengono determinati da opportune commissioni medico-legali, che riconoscono il diritto a ricevere una prestazione di tipo monetario. Sono considerati percettori di pensioni di disabilità coloro che percepiscono almeno una tra queste pensioni: pensione di Invalidità, pensione Indennitaria, pensione di Invalidità Civile o categorie assimilate, pensione di Guerra e Indennità di accompagnamento. Nell'analisi dei risultati non bisogna dimenticare che ogni beneficiario di prestazioni pensionistiche può usufruire della possibilità di cumulo delle stesse.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento per l'importo medio può essere utilizzato il valore nazionale.

Descrizioni dei risultati

Al 31 dicembre 2004 i percettori di pensione di disabilità sono poco più di 4 milioni e 800 mila. Tra questi si nota una leggera prevalenza della componente femminile che rappresenta il 52% del totale dei beneficiari, risultato questo legato al progressivo e rapido invecchiamento della popolazione unito all'aumento della sopravvivenza a vantaggio delle

Tabella 1 - Beneficiari di pensioni in favore di persone con disabilità e importo medio (in €) per regione e sesso - Anno 2004

Regioni	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero	Importo medio (€)	Numero	Importo medio (€)	Numero	Importo medio (€)
Piemonte	132.619	12.549	159.403	11.484	292.022	11.968
Valle d'Aosta	6.281	15.547	5.922	11.287	12.203	13.480
Lombardia	245.980	12.728	256.297	12.017	502.277	12.365
Bolzano-Bozen	14.030	11.696	13.213	10.370	27.243	11.053
Trento	15.197	12.048	14.615	10.765	29.812	11.419
Veneto	143.158	12.265	131.177	11.180	274.335	11.746
Friuli-Venezia Giulia	44.265	13.151	52.654	11.527	96.919	12.269
Liguria	73.317	15.168	79.620	11.533	152.937	13.275
Emilia-Romagna	160.297	12.912	183.309	11.501	343.606	12.159
Toscana	163.330	13.456	165.546	10.855	328.876	12.147
Umbria	57.069	12.801	55.446	10.888	112.515	11.859
Marche	87.299	11.251	89.959	10.008	177.258	10.620
Lazio	186.678	12.431	215.648	10.163	402.326	11.216
Abruzzo	72.836	10.763	78.250	9.542	151.086	10.131
Molise	18.043	8.680	21.418	8.752	39.461	8.719
Campania	243.812	9.884	276.211	8.998	520.023	9.413
Puglia	182.652	10.181	182.859	9.330	365.511	9.755
Basilicata	32.859	8.982	37.192	8.717	70.051	8.841
Calabria	103.569	9.480	117.192	9.465	220.761	9.472
Sicilia	239.807	9.849	237.440	8.725	477.247	9.290
Sardegna	88.070	10.269	91.144	9.313	179.214	9.783
Estero	24.065	3.341	11.059	5.387	35.124	3.985
Non ripartibili	142	4.822	23	4.965	165	4.842
Totale	2.335.375	11.486	2.475.597	10.262	4.810.972	10.856

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat-Inps. Casellario centrale per la raccolta, la conservazione e la gestione dei dati e degli elementi relativi ai titolari di trattamenti pensionistici. Anno 2004.

donne. Passando ad analizzare la distribuzione territoriale dei percettori si evidenzia una maggiore concentrazione di questi ultimi nelle regioni del Mezzogiorno dove risiedono ben il 43% del totale dei beneficiari italiani di una pensione di disabilità. Risiedono invece nel Centro il 28% dei beneficiari e nel Nord il restante 29%.

L'analisi degli importi medi evidenzia netti differenziali non solo territoriali ma anche di genere. Sono infatti nel Sud che per entrambi i sessi si trovano gli importi medi annui più bassi e sono le donne a percepire prestazioni di importo inferiore rispetto agli uomini. L'importo medio annuo totale è pari a 10.856 euro. Per quanto riguarda gli uomini l'importo medio annuo più basso si riscontra in Valle d'Aosta, mentre quello più basso in Molise. Se si

analizzano gli importi medi delle donne il valore più alto si trova in Lombardia mentre quello più basso in Basilicata.

In generale le differenze emerse possono essere imputate ad una diversa distribuzione regionale delle tipologie di prestazioni erogate. Si trova infatti una maggiore presenza di prestazioni legate a forme contributive di tipo previdenziale ovviamente dove è maggiore l'inserimento delle persone all'interno di un contesto lavorativo, come nel caso delle regioni del Nord ed in generale per gli uomini. Dall'altra parte prevarranno prestazioni di tipo assistenziale laddove ci sono un numero maggiore di situazioni di disagio economico e maggiori difficoltà di inserimento lavorativo (Sud, donne).

Potenzialità e limiti nella stima della prevalenza della disabilità in Trentino-Alto Adige sulla base delle certificazioni correnti

Dott. Silvano Piffer, Dott.ssa Laura Battisti, Dott. Fabio Cembrani

La dimensione disabilità integra e migliora le informazioni utili a definire lo stato di salute della popolazione anche sotto il profilo della qualità di vita. Questa necessità è oggi più stringente in relazione al crescente invecchiamento della popolazione ed al progressivo “accumulo” di soggetti portatori di patologia invalidante, fisica e psichica, che rappresentano una sfida reale ai sistemi di welfare nazionali e regionali.

L'insieme delle fonti utili a descrivere il fenomeno della disabilità e dell'handicap in particolare, nel nostro paese, non è affidabile così come non è completo e omogeneo tra le regioni pur essendo delineato nei suoi indicatori statistici generali. Non ben definita risulta essere, in particolare, la conoscenza degli aspetti di natura qualitativa che lo caratterizzano, anche per la non ancora completa valorizzazione statistica attribuita, a livello locale e nazionale, alle certificazioni utilizzate nei diversi percorsi che definiscono il nostro attuale sistema di Sicurezza Sociale cui si associa la mancata introduzione, di strumenti di classificazione omogenei e coerenti con i criteri che, a livello internazionale, definiscono le malattie, la disabilità e l'handicap.

È però possibile, partendo dalle certificazioni correnti locali, opportunamente informatizzate ed integrate tra loro, rappresentare con buona approssimazione l'entità della disabilità a livello regionale. Tale dato consente non solo di soddisfare il debito informativo epidemiologico, ma anche il debito informativo per la programmazione socio-assistenziale.

In provincia di Trento i dati relativi alle persone disabili sono raccolti attraverso il flusso informativo riguardante l'attività della Commissione Sanitaria prevista dalla legge 104/92 che ha il compito di riconoscere/certificare le persone in situazione di handicap ad eccezione dei minorenni. Tale commissione è stata collocata presso l'U.O. di Medicina Legale che opera su tutto il territorio provinciale. I minorenni, frequentanti la scuola, in stato di supposto/certo stato di handicap sono certificati in genere da soggetti istituzionali diversi (U.O. di Psicologia Clinica e U.O. di Neuropsichiatria Infantile). Per ottenere, quindi, un quadro globale della disabilità in Trentino si è proceduto all'unione dei due archivi informatizzati e di quello dell'anagrafe sanitaria con un *record linkage* deterministico su chiave anagrafica. I dati proposti di seguito fanno riferimento al periodo 1993-2004.

In provincia di Trento le persone disabili in vita al 31.12.2004 sono 4.362 pari a circa l'1% della popolazione, con un trend in crescita in particolare negli ultimi anni.

Grafico 1 - Tassi standardizzati (per 10.000) di nuovi casi notificati all'anagrafe dell'handicap nella Provincia Autonoma di Trento per anno - Anni 1993-2004

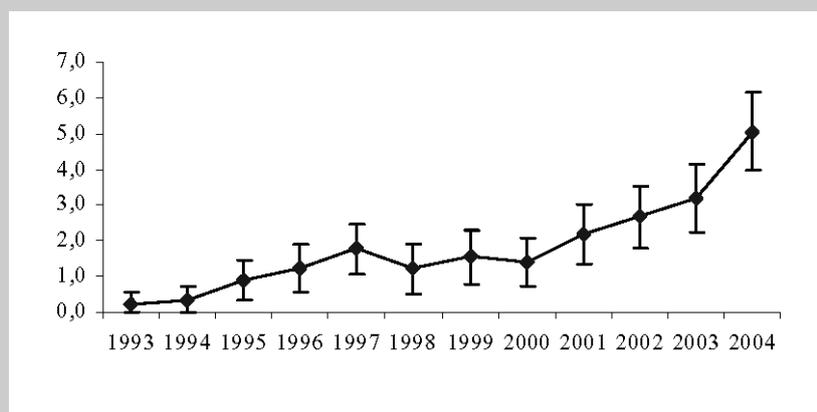
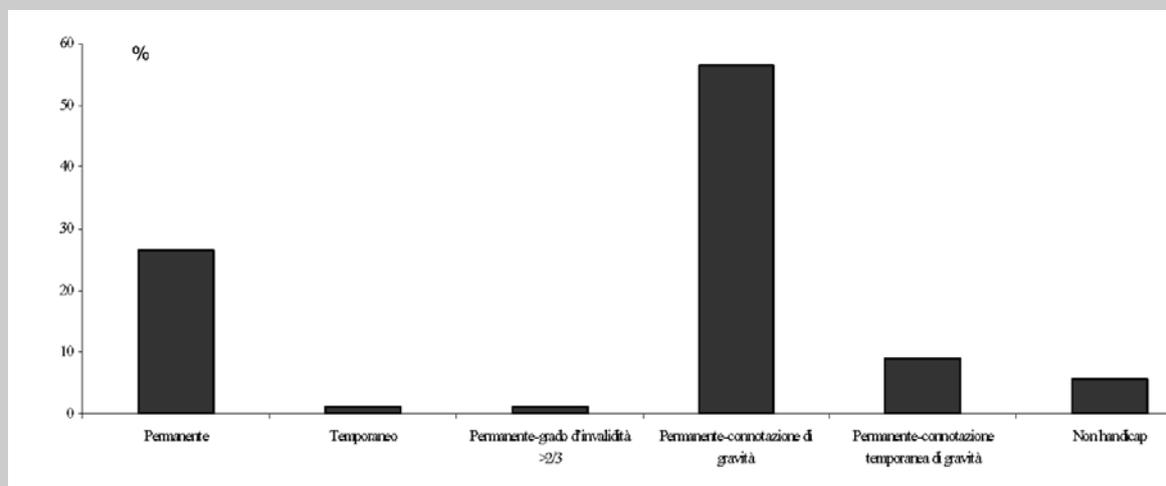


Grafico 2 - Soggetti notificati (per 100) per tipo di handicap all'anagrafe dell'handicap nella Provincia Autonoma di Trento - Anni 1993-2004



Nel periodo 1993-2004 il 60% dei casi complessivi presenta un handicap con carattere di permanenza e connotazione di gravità, mentre la maggior parte dei bambini in età pre-scolare si trova in uno stato di bisogno che assume connotazione permanente (56%) e temporanea (28%) di gravità. Le minorazioni prevalenti all'origine dell'handicap per gli adulti sono quelle del sistema nervoso (27%) che comportano confinamento individuale e disautonomia motoria, in particolare paraparesi ed emiparesi, mentre per i bambini si tratta di minorazioni psichiche (70%), in particolare disturbi evolutivi e ritardo mentale lieve.

Nelle tabelle seguenti sono riportati i benefici erogati ai soggetti riconosciuti in condizione rispettivamente di handicap permanente e di handicap permanente con connotazione di gravità, che sono le due principali tipologie di handicap rilevate.

Tabella 1 - Benefici erogati (per 100) in soggetti riconosciuti in condizione di handicap permanente nella Provincia Autonoma di Trento - Anni 1993-2004

Beneficio	%
Fornitura e riparazione di apparecchi, attrezzi, protesi e sussidi tecnici	29,1
Diritto a servizi alternativi di trasporto collettivo o trasporto individuale	19,7
Diritto a spazi riservati per veicoli	17,5
Altro	33,7
Totale	100,0

Fonte dei dati e anno di riferimento: Anagrafe dell'handicap della Provincia Autonoma di Trento. Anni 1993-2004.

Tabella 2 - Benefici erogati (per 100) in soggetti riconosciuti in condizione di handicap permanente nella Provincia Autonoma di Trento - Anni 1993-2004

Beneficio	%
Agevolazioni fiscali previste dalla normativa vigente	15,3
Permesso di tre giorni mensili	8,6
Permesso giornaliero retribuito di due ore	8,3
Altro	67,8
Totale	100,0

Fonte dei dati e anno di riferimento: Anagrafe dell'handicap permanente con connotazione di gravità della Provincia Autonoma di Trento. Anni 1993-2004.

Tra le agevolazioni assistenziali che ad oggi sono erogate ai soggetti, particolare attenzione deve essere riservata a due situazioni fattuali: quella che attiene il riconoscimento dei benefici assistenziali di cui all' art. 33, comma 3, della legge-quadro n. 104 del 1992 (permesso retribuito per il genitore/affine che assiste la persona handicappata, oltre il terzo anno di vita, non ricoverata a tempo pieno) e quella che attiene il riconoscimento delle agevolazioni di cui all'art. 33, comma 5, della stessa legge (diritto di scelta, ove possibile, della sede di lavoro più vicina al domicilio del genitore o familiare che assiste con continuità la persona handicappata). Considerando tali benefici, si osserva come il permesso retribuito per il genitore/affine che assiste la persona con handicap sia quello più ampiamente richiesto da chi promuove l'accertamento dell'handicap: rappresenta, da solo, oltre un terzo dei benefici complessivamente erogati. Sono dunque le agevolazioni a sostegno della rete familiare quelle maggiormente richieste ed erogate.

In conclusione le analisi condotte dai database delle certificazioni correnti consentono, da un lato di valutare la frequenza del fenomeno e la sua dinamica nel tempo, dall'altro di quantificare, anche sul piano economico, le risorse allocate. L'incremento del tasso di disabilità nel tempo può essere ricondotto, non solo ad un aumento dei casi reali esistenti nella popolazione (sia giovanile che anziana), ma anche ad una verosimile maggiore consapevolezza dei soggetti rispetto ai propri diritti e ad una conseguente maggiore accessibilità ai servizi. La disponibilità di dati informatizzati consentiranno anche di valutare, nel tempo, l'accesso ed il consumo di risorse sanitarie dei soggetti in condizione di handicap rispetto alla popolazione generale.

Le stime di prevalenza della disabilità ottenute dalle certificazioni correnti della Medicina Legale e dalla rilevazione campionaria Istat si differenziano, anche in modo sensibile, tenuto conto dei diversi criteri di definizione della condizione: certificazione medica con somministrazione di una scala funzionale nel primo caso, condizione riferita senza essere effettivamente validata nel secondo caso.

A livello locale, potendo disporre di due fonti informative differenziate, sarebbe possibile, nell'ipotesi di poter disporre dell'archivio Multiscopo Istat a livello locale, operare un incrocio tra le due fonti per verificare:

- le capacità di "cattura" o di accesso ai servizi di medicina legale dei soggetti con disabilità;
- l'effettiva rispondenza dei casi autoriferiti con condizioni mediche effettive di disabilità.

Il progetto europeo MHADIE: misurare salute e disabilità in Europa in modo comune e coerente e supportare le politiche

Dott.ssa Matilde Leonardi

Contesto

La Commissione Europea, Direzione Generale Salute, nell'ambito dei programmi di supporto scientifico alla politica (SSP – *Scientific Supporto to Policies*) del sesto programma Quadro di Ricerca, ha stanziato nel 2005 un finanziamento triennale per il progetto MHADIE – *Measuring Health and Disability in Europe: supporting policy development* (www.mhadie.it). Coordinato dalla Dott.ssa Matilde Leonardi della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta di Milano, il progetto di ricerca utilizza la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, ICF, dell'OMS, come modello operativo e concettuale (1). Gli obiettivi di MHADIE sono: a) usare il modello ICF quale struttura per analizzare studi statistici di popolazione e orientare future raccolte dati; b) dimostrare che il modello della Classificazione ICF è adeguato per descrivere e misurare la disabilità in campioni clinici di differenti nazioni c) provare che ICF è uno strumento utile ed affidabile nei settori clinico, riabilitativo ed educativo; d) produrre raccomandazioni politiche e linee guida che l'Unione Europea possa utilizzare per armonizzare i dati disponibili, entro il modello ICF.

MHADIE, giunto alle sue fasi conclusive, conferma e dimostra che i dati raccolti negli studi nazionali ed internazionali sono caratterizzati da confusioni concettuali, incoerenze ed ambiguità sulla definizione di disabilità e sulle relazioni fra le condizioni di salute, le menomazioni e i fattori ambientali. Il progetto MHADIE si sviluppa, infatti, in un contesto disomogeneo, in quanto le nazioni europee misurano e definiscono la disabilità in maniera differente, rendendo pertanto impossibile l'attuazione di linee guida politiche comuni (2). La Commissione Europea, nella sua comunicazione del 28/11/2005 sul *Disability Action Plan 2006-2007* (3), ha selezionato il progetto MHADIE come uno degli strumenti per migliorare la capacità di analisi dell'UE in tema di disabilità e salute pubblica e tale riconoscimento è di primaria importanza per tutte le attività di ricerca e di sviluppo connesse alla tematica affrontata da MHADIE.

I risultati del progetto MHADIE offrono una descrizione della disabilità, una definizione dei domini di disabilità ed una base di riferimento per il confronto della salute e della disabilità delle popolazioni, in grado di incrementare la capacità di analisi e confronto dell'Unione Europea.

Metodi

Il progetto MHADIE ha sviluppato principalmente tre insiemi di attività, concernenti lo sviluppo di metodologie di analisi di diversi database esistenti, la raccolta di dati di *functioning* in campioni clinici selezionati, l'applicazione del modello ICF nei contesti scolastici e il confronto dei dati raccolti nei diversi sistemi educativi.

Nell'ambito statistico, per il confronto di database esistenti è stato sviluppato un software (*ICF mapping system*) in cui tutti le domande delle diverse survey venivano mappate ai domini ICF, evidenziando quali aree fossero scoperte nei molteplici protocolli usati dai diversi paesi.

La raccolta dei dati clinici è stata fatta su 1119 soggetti con dodici diverse diagnosi in cinque paesi europei, con un protocollo composto da strumenti derivati da ICF (*ICF checklist*, WHO DAS II) e altri strumenti che forniscono dati comparativi sul funzionamento e sull'ambiente. ICF è stato utilizzato come linguaggio comune trasversale in diversi *settings* clinici (riabilitazione intra ed extra ospedaliera, ospedale, ambulatorio, territorio), su diversi target (individui o popolazioni) e per diversi scopi (trattamento, riabilitazione, interventi socio-sanitari). Nel progetto MHADIE la classificazione ICF è stata adottata secondo una prospettiva multidisciplinare ed allo scopo di unificare con una modalità standardizzata le informazioni. Il protocollo MHADIE investiga, al di là della diagnosi, il reale impatto della condizione di salute su ambiti quali istruzione e lavoro. Per l'ambito scolastico i ricercatori del progetto MHADIE hanno analizzato dati sulla educazione, scolarità e disabilità in Europa, testato ed utilizzato la Classificazione ICF-CY (*ICF children and youth*) e sviluppato il MAP-EP (*Matrix for Analysis of Problems in Education Planning*), un protocollo per collegare le informazioni cliniche alle necessità educative nel settore scolastico. È una guida utile per definire quali informazioni devono essere raccolte per pianificare progetti educativi.

Ciascuna di queste aree di lavoro ha contribuito alla definizione di quali siano le basi minime per poter effettuare un'analisi confrontabile di informazioni in settori diversi, in maniera trasversale e longitudinale, considerando anche le direttive definite nella Convenzione ONU sui Diritti e la Dignità delle Persone con Disabilità.

Risultati e Discussione

Nell'analisi e nella interpretazione dei dati i ricercatori di MHADIE hanno identificato quattro domande fondamentali a cui dare una risposta, per soddisfare le necessità della politica, soprattutto socio-sanitaria e dell'istruzione, e fornire quindi delle raccomandazioni:

- come è possibile garantire la trasferibilità e la confrontabilità, fra le nazioni europee, dei dati di salute e disabilità?
- in che modo dei dati confrontabili su funzionamento e disabilità possono essere raccolti utilizzando la Classificazione ICF?
- in che modo è possibile identificare i dati mancanti ma necessari per le politiche in materia di salute, disabilità ed istruzione? Come possiamo colmare questi vuoti dell'informazione?
- in che modo i dati raccolti possono essere coerenti e confrontabili quando vengono letti da diversi attori politici e da diversi stati europei?

I risultati del progetto, che verranno inviati definitivamente alla Commissione nel mese di Aprile 2008 sotto forma di raccomandazioni per le politiche, sono infatti coerenti con le premesse della ricerca e sono riassunti in raccomandazioni di tipo metodologico-statistico, per l'applicazione in ambito clinico e l'applicazione nell'ambito dell'istruzione e scolastico (4). Queste raccomandazioni sono sottoposte alla discussione internazionale e sono integrate da commenti e suggerimenti che provengono dal settore statistico, clinico, amministrativo e della formazione, non solo europeo ma internazionale. Sono state inoltre discusse in una conferenza europea (MHADIE *European Conference*) che si è svolta nel novembre 2007, a Milano in presenza di politici, esperti, rappresentanti di ONGs di persone con disabilità, con il supporto della Regione Lombardia, uno dei partners di MHADIE.

Sono qui di seguito brevemente riportate alcune delle raccomandazioni che risultano dalle ricerche fatte nell'ambito di MHADIE nei diversi ambiti:

1) Raccomandazioni MHADIE per la statistica:

- misurazioni valide di disabilità possono essere ottenute unicamente da studi in cui i dati sui livelli di funzionamento siano tratti da molte aree di vita, piuttosto che da poche domande sulle menomazioni, che determinano stime di prevalenza di disabilità non valide, distorcendo la pianificazione e le politiche;
- gli studi su salute e disabilità delle popolazioni dovrebbero essere combinati, per misurare l'impatto dei fattori ambientali sugli outcome di salute, e per determinare in che misura il decremento nella *performance* (intesa come l'effettiva abilità di una persona di svolgere un'attività nel suo contesto di vita, considerando l'effetto, per esempio, di ausili, persone o farmaci) sia dovuto ai fattori ambientali e quanto sia dovuto allo stato di salute in sé;
- misurazioni valide di disabilità possono essere ottenute in maniera efficace da studi che non siano basati su categorie diagnostiche a priori. Si raccomanda pertanto che le misurazioni sulla disabilità siano basate su dati di capacità (intesa come l'abilità intrinseca di una persona di svolgere le attività quotidiane, indipendentemente dalla presenza di fattori ambientali facilitanti od ostacolanti) e di *performance*, indipendentemente dall'eziologia dello stato di salute. Per conoscere l'impatto della disabilità in una popolazione, l'influenza della componente di salute del funzionamento (capacità) deve essere compresa indipendente da quella della componente non sanitaria (fattori ambientali).

2) Raccomandazioni MHADIE per l'applicazione in ambito clinico:

- i dati raccolti dimostrano che le diagnosi da sole non sono sufficienti per guidare i processi di cura e management delle condizioni di salute, e si raccomanda di utilizzare ICF, sviluppandone le potenzialità di misurazione, per identificare i bisogni della persona, pianificare gli interventi e per valutare gli outcome clinici;
- si è visto che le nozioni di *performance* e capacità della persona, giocano un ruolo cruciale nello spiegare il reale impatto di una condizione di salute, si raccomanda lo sviluppo di strumenti basati su ICF utilizzabili nella routine clinica per misurare la *performance*;
- i fattori ambientali possono agire da barriere e facilitatori e hanno un'influenza sulla *performance* delle persone, indipendentemente dalla capacità, e si raccomanda che questi fattori vengano considerati nella valutazione e nella pianificazione degli interventi necessari;
- si raccomanda che l'impatto della disabilità sia valutato non solo a livello clinico, ma anche a livello della partecipazione delle persone in ambito sociale, per esempio nei contesti lavorativi, scolastici ecc.

3) Raccomandazioni MHADIE per l'applicazione nell'ambito scolastico:

- i dati analizzati in MHADIE dimostrano che nell'ambito scolastico, un approccio più analitico è necessario per comprendere i livelli di inserimento ed inclusione ed il processo con cui le diverse categorie dei cosiddetti "bisogni speciali" sono definite ed applicate;
- l'analisi dei dati sull'istruzione in Europa, effettuata dai ricercatori di MHADIE, dimostra che il modello ICF

fornisce una struttura utile per raccogliere dati per definire in maniera appropriata i criteri di eleggibilità per i servizi all'infanzia ed all'adolescenza;

- si raccomanda di implementare ed applicare MAP-EP (*Matrix for Analysis of Problems in Education Planning*), utile per definire quali informazioni devono essere raccolte per pianificare progetti educativi;

- poiché in molti studi la popolazione dei bambini fra 0-6 anni non è inclusa nei piani di campionamento e considerata l'importanza di questo *cluster* di età per la pianificazione politico-economica nel breve-medio periodo, si consiglia di utilizzare la Classificazione ICF-CY (*ICF Children and Youth*).

Conclusioni

Il progetto europeo MHADIE nasce per rispondere all'esigenza della Commissione Europea e della comunità scientifica internazionale, di avere un sostegno di tipo tecnico-scientifico utile a sviluppare una programmazione politica ragionata su alcuni temi.

I dati raccolti in questa ricerca hanno una prospettiva che parte sia dal basso, dalle necessità delle persone riportate nello studio clinico, che dall'alto, ovvero dalle esigenze di programmazione definite su base politica ed economica. In tal senso sono almeno due i capisaldi che dovrebbero essere tenuti in considerazione nel corso della programmazione politica europea.

Innanzitutto, come emerge dalla ricerca MHADIE, le *politiche dei trasporti* sono un fattore cruciale per la partecipazione alla vita sociale e di comunità delle persone con disabilità: i politici e gli amministratori dovrebbero pertanto considerare, nella progettazione dei sistemi e dei servizi di trasporto, questa necessità che va al di là delle cosiddette "politiche per la disabilità".

I risultati di MHADIE, in tutti i paesi e in quasi tutto il campione, evidenziano poi che la famiglia è il supporto principale per le persone con disabilità: le politiche dovrebbero quindi enfatizzare il ruolo della famiglia e prevedere sostegno e facilitazioni, economiche e non solo, anche per chi si prende cura delle persone con disabilità.

I ricercatori di MHADIE hanno a lungo lavorato sul problema della definizione disomogenea di disabilità che causa i tanti problemi sopra descritti, e hanno stabilito, anche alla luce dei risultati ottenuti, che la definizione dovrebbe permettere un confronto fra diverse tipologie di disabilità, essere sufficientemente flessibile per essere utilizzata in diverse applicazioni (per esempio clinica o statistica o nell'inserimento scolastico), essere in grado di descrivere tutte le tipologie di disabilità e riconoscere gli effetti dell'ambiente sulla disabilità (5). Il problema che sembra essere particolarmente importante nella pianificazione politica europea sulla disabilità non sembra essere, quindi, la presenza di differenti definizioni di disabilità, quanto la difficoltà di stabilire una definizione di disabilità che sia adatta allo scopo di unificare la programmazione politica all'interno del modello biopsicosociale dell'ICF.

Diversi fattori confermano che i trend di disabilità, anche in Europa, sono in continuo aumento, ed è quindi importante poter fare affidamento su una definizione che sia concettualmente valida, applicabile a tutte le persone ed in grado di descrivere l'esperienza di disabilità entro molte aree del funzionamento. Alla luce di queste considerazioni e della Classificazione ICF, la definizione di disabilità proposta dai ricercatori del progetto MHADIE, è la seguente: la disabilità è una difficoltà nel funzionamento a livello del corpo, della persona ed a livello della società, in uno o più domini di vita, così come viene vissuta da una persona con una condizione di salute in interazione con i fattori contestuali (6). La condizione di disabilità non appartiene a "gruppi", ma è connaturale alla condizione umana. La Convenzione ONU per i diritti e la dignità delle persone con disabilità coglie questo aspetto privilegiando, così come ICF, un approccio che enfatizza gli aspetti comuni piuttosto che le differenze, senza però negarne l'esistenza. I risultati prodotti nell'ambito del progetto MHADIE evidenziano, pur se con limiti e difficoltà, che tale approccio rende più facile il rispetto e l'adattamento alle cose che ci rendono diversi.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization; 2001.

(2) Definition of Disability in Europe: a Comparative Analysis - Study Prepared by Brunel University, European Commission, Directorate-General for Employment and Social Affairs, Unit E.4 (2002).

(3) Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: Situation of the disabled people in the enlarged European Union. The European Disability Action Plan 2006-2007 (28/11/2005 – COM (2005) 604 final).

(4) MHADIE consortium. Policy Recommendation: draft for comments. June 30th 2007.

(5) Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Ustun TB. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science and Medicine* 1999; 48: 1.173-87.

(6) Leonardi M, Bickenbach JE, Ustun TB, Kostanjsek N, Chatterji S, on behalf of the MHADIE Consortium. The definition of disability: what is in a name? *Lancet* 2006; 368: 1.219-21.

Le disuguaglianze sociali nella salute percepita, nelle malattie croniche riferite e nella disabilità

Prof. Giuseppe Costa, Dott.ssa Francesca Vannoni, Dott.ssa Tania Landriscina, Dott.ssa Gabriella Sebastiani

Superata la soglia degli anni Duemila l'Italia è ancora attraversata da differenze in tutte le dimensioni di salute. L'ultima edizione dell'Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" dell'Istat mette a disposizione le immagini più aggiornate di come si distribuiscono gli indicatori di salute in Italia (1) e documenta la persistenza di alcune differenze sia di tipo geografico, a sfavore soprattutto delle regioni del Centro e del Mezzogiorno, sia socio-economiche a sfavore delle posizioni sociali più svantaggiate.

Al diminuire del livello d'istruzione peggiorano le condizioni di salute, sia in termini di salute percepita, sia di morbosità cronica riferita (tabella 1). Le persone con al più la licenza elementare sono sistematicamente sfavorite in tutte le classi di età, con disuguaglianze più accentuate sul fronte della salute percepita rispetto alla morbosità cronica: la quota di coloro che dichiarano di stare male o molto male raddoppia e, prima dei 65 anni, addirittura triplica tra i meno istruiti rispetto a laureati e diplomati.

Gli indici di stato fisico e psicologico sono entrambi direttamente associati con il livello d'istruzione. All'aumentare dell'età si accentuano le disuguaglianze per l'indice di stato fisico.

Le disuguaglianze sono intense anche quando si guarda alla condizione nella professione (2). Le persone in cerca di nuova occupazione riferiscono un peggiore stato di salute percepita e maggiore morbosità cronica rispetto agli occupati. Tra gli uomini la quota di coloro che riferiscono di godere di buona salute percepita scende infatti dall'84,1% degli occupati al 72,1% delle persone in cerca di nuova occupazione; tra le donne si passa, rispettivamente, dall'80,9% al 75,8%. A quest'ultimo valore va accostato il 62,8% delle casalinghe, tenendo però conto che si tratta di quozienti non standardizzati per età. Inoltre i disoccupati soffrono maggiormente di morbosità cronica (il 13,5% degli uomini e il 12,7% delle donne in cerca di nuova occupazione riferiscono almeno due malattie croniche contro, rispettivamente, l'8,5% e il 19,7% degli occupati)¹.

In Italia, come nel resto dei paesi latini, le disuguaglianze sociali nella salute riferite sono d'intensità meno pronunciata rispetto al resto dell'Europa. Ciò riflette le minori disuguaglianze sociali di salute nella mortalità nell'Europa meridionale, grazie alla distribuzione sostanzialmente uniforme della dieta mediterranea. Quest'ultima esercita infatti un'azione protettiva che sottrae il rischio cardiovascolare al ruolo di principale interprete delle disuguaglianze nella salute (3). Anche per la disabilità si osserva una maggiore concentrazione tra le persone con basso titolo di studio (tabella 1) e meno abbienti (4) ("Giudizio delle risorse economiche delle famiglie con almeno una persona con disabilità", pagg. 194-195). Le difficoltà economiche impediscono alle persone con disabilità di usufruire degli aiuti necessari per l'accudimento, l'assistenza alla persona, la compagnia, l'accompagnamento o l'aiuto nello studio (oltre la metà di coloro che ne avrebbero avuto bisogno dichiarano di non averne usufruito per problemi economici), il che è tanto più grave se si considera che per oltre i due terzi dei casi si tratta di persone con un alto livello di disabilità. Queste ultime sono a maggiore rischio di esclusione sociale perché, oltre a riferire cattive condizioni economiche e ad esprimere bisogni non soddisfatti, hanno anche maggiori difficoltà a svolgere attività nel tempo libero. In generale, fra le persone di 15-67 anni con disabilità, i più istruiti godono di maggiori possibilità di partecipazione sociale e politica, di informarsi attraverso i quotidiani o di leggere libri, di usare il personal computer e di usufruire di intrattenimenti nel tempo libero, recandosi a spettacoli o manifestazioni culturali o sportive.

Infine, le persone disabili sono spesso costrette a fare i conti con i problemi di salute che condizionano lo svolgimento dell'attività lavorativa, al punto da limitare la possibilità di effettuare le loro mansioni, di scegliere un contratto di lavoro a tempo parziale o di cambiare lavoro.

Nelle persone anziane la disabilità rappresenta la dimensione di salute in cui emergono le disuguaglianze sociali più intense ed è anche quella in cui esistono delle azioni di prevenzione specifiche. In questa ottica, attraverso i dati dell'indagine Istat sullo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari 1999-2000, è stato possibile, pur con tutti i limiti imposti dalla natura dei dati di tipo trasversale, ricavare alcuni indizi sulle transizioni nella condizione di disabilità per controllare se e in che misura all'ingresso e permanenza nell'età anziana corrispondano esperienze diverse di salute e differenti sviluppi nel tempo in ragione delle caratteristiche socio-economiche (5). Più in particolare, è stata rilevata una maggiore velocità di transizione nella disabilità per le persone anziane meno istruite e per quelle che giudicano scarse o insufficienti le risorse economiche.

¹ Più in particolare, sia per il diabete sia per le malattie del cuore si registrano percentuali più elevate nel gruppo delle persone in cerca di nuova occupazione rispetto agli occupati.

Queste disuguaglianze sono in parte il risultato dell'esposizione pregressa a fattori di rischio e a stili di vita adottati parecchi anni addietro, vista la latenza che alcune malattie hanno prima di manifestarsi. In quanto tali, esse rimandano indietro alla responsabilità delle politiche di prevenzione da intraprendere in età adulta. D'altro canto, la maggiore velocità di transizione dalla condizione di predisabile a quella di disabile può essere un effetto diretto del basso livello di istruzione a causa del quale, per esempio, le persone ignorano i fattori di rischio in età anziana specifici della disabilità. Per esempio, potrebbero non sapere che l'attività fisica aiuta a prevenire la non autosufficienza, che è necessario tenere sotto controllo il peso corporeo e alcune importanti malattie croniche.

Inoltre la maggiore velocità di transizione dalla condizione di predisabile a quella di disabile per le persone socio-economicamente sfavorite è probabilmente anche un effetto diretto del basso reddito a cui sarebbero associate, per esempio, le difficoltà di accesso ad adeguati trattamenti ospedalieri e di riabilitazione in seguito a malattie acute che comportano il rischio di non autosufficienza, quali la frattura del femore, dell'ictus, dello scompenso cardiaco ecc. Aiuta a prevenire la disabilità anche l'aiuto quotidiano psicologico e materiale per le funzioni semplici della vita quotidiana mirato a promuovere un'attività fisica e sociale delle persone anziane, soprattutto di quelle in condizione fragile, cioè prossime alla perdita dell'autonomia funzionale.

Il fatto che certe menomazioni della vecchiaia possano essere sanate o recuperate attraverso interventi sociali fa capo al tema dell'alterabilità, e mette in luce come il processo di invecchiamento possa essere condizionato dalle politiche, posticipando l'inizio della non autosufficienza delle persone anziane attraverso interventi mirati ad allungare il più possibile il tempo della vita libera da disabilità.

Le disuguaglianze sociali di salute fra gli anziani segnalano la necessità che gli interventi siano indirizzati soprattutto verso la fascia di popolazione meno abbiente. È soprattutto in questo strato, infatti, che è possibile attingere ad un potenziale di salute, provato dal fatto che ci sono dei gruppi di popolazione che hanno dimostrato di stare meglio, probabilmente perché dispongono di una rete di supporto amicale e familiare e/o possiedono le risorse economiche necessarie per avere un'adeguata assistenza.

In quest'ottica appare particolarmente critico il basso grado di copertura dei servizi assistenziali (soprattutto, come si è visto nel Sud e nelle Isole, "Ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria delle famiglie con almeno una persona co disabilità", pag.189) che dovrebbero accompagnare gli utenti nelle diverse fasi aiutandoli a mantenere il più a lungo possibile il massimo grado di autonomia, agendo in maniera sinergica e di supporto alla rete sociale, familiare ed amicale.

A fronte delle disuguaglianze geografiche e sociali di salute a svantaggio delle regioni meridionali e dei gruppi socio-economicamente sfavoriti, assume particolare rilevanza chiedersi, utilizzando i dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005", quale sia il contributo indipendente di ognuna di queste dimensioni, geografiche e sociali, alle variazioni nel bisogno di salute nella popolazione (grafico 1) (6). Com'è ovvio, l'invecchiamento è il principale determinante della morbosità. Una volta che si controllano per l'età tutti gli indicatori socio-demografici considerati hanno un effetto indipendente sulla morbosità, ma di direzione non sempre univoca e di dimensione differente. Tra le diverse dimensioni dello svantaggio sociale sembra che abbiano maggiore importanza sia quelle di istruzione, che nascono da lontano, nella famiglia di origine e nel modo con cui da giovani si sono costruite competenze e credenziali educative, sia quelle che rappresentano le risorse materiali ed economiche disponibili per far fronte ai casi della vita oggi.

Al contrario non restano significative differenze geografiche nella morbosità quando si considerano le disuguaglianze di tipo sociale. Nella precedente Indagine Multiscopo Istat sulla salute del 1999-2000 le differenze geografiche nella salute (misurate su una pluralità di indicatori semplici) erano decisamente a svantaggio delle regioni del Mezzogiorno, ed erano tutte spiegate dalle differenze sociali; in più rimaneva un ruolo importante del Mezzogiorno nel peggiorare l'impatto negativo sulla salute delle condizioni di svantaggio sociale (7).

Dunque l'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005" lascia alle politiche di promozione della salute un lascito importante: le disuguaglianze sociali rimangono il principale determinante non biologico (come l'età) della morbosità. Occorre riesaminare il modo con cui queste disuguaglianze sociali influenzano la salute (grafico 1) per interrogarsi su quanto le politiche strutturali (economia, lavoro, welfare, solidarietà) che distribuiscono in modo diseguale opportunità e risorse agli individui e ai contesti, e su quanto le politiche mirate che agiscono sui fattori di rischio prossimali (Box "Guadagnare salute", pag. 65) sappiano concentrarsi sulle disuguaglianze sociali nella salute per prevenirle o per moderarne gli effetti. Nel nostro paese manca ancora un chiaro indirizzo di valutazione e contrasto di questi meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute.

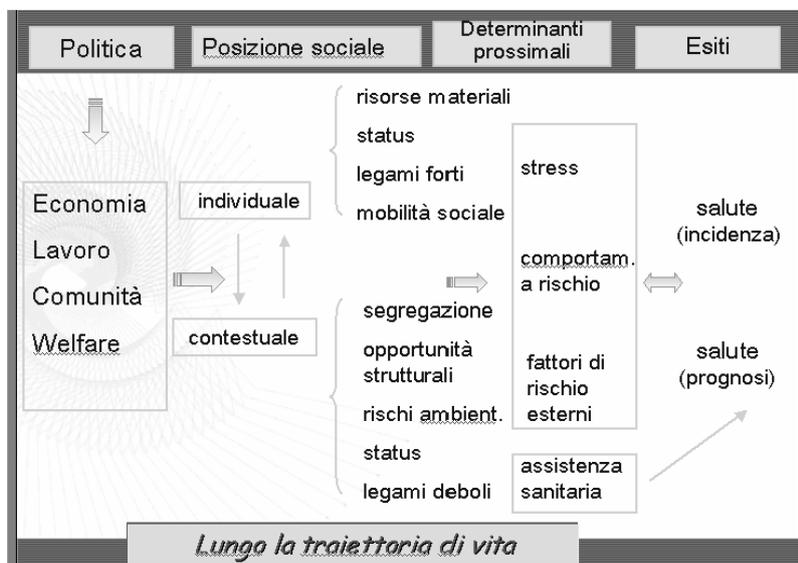
Tabella 1 – Persone di 25 anni e oltre (per 100) secondo lo stato di salute dichiarato (male/molto male), l'indice di stato fisico e psicologico, le malattie croniche, la disabilità e l'indice di salute mentale secondo il titolo di studio e la classe di età - Anno 2005

Classi di età	Titolo di studio	Salute percepita	Indice di stato fisico*	Indice di stato psicologico*	Persone con almeno 1 malattia cronica grave	Persone con almeno 3 malattie croniche	Persone con nessuna malattia cronica	Disabili	Indice di stato mentale*
25-44	Laurea e diploma	0,9	54,3	51,2	2,8	2,9	69,2	0,3	77,4
	Licenza scuola media inferiore	1,8	53,2	51,0	3,6	4,0	70,7	0,9	75,6
	Licenza elementare, nessun titolo	4,4	52,3	49,9	5,4	4,7	71,4	3,9	72,0
	Totale	1,5	53,7	51,0	3,3	3,5	70,0	0,8	76,3
45-64	Laurea e diploma	3,2	52,2	50,3	11,1	12,2	49,4	1,0	73,7
	Licenza scuola media inferiore	4,8	50,7	49,6	13,4	14,3	48,3	1,5	71,7
	Licenza elementare, nessun titolo	9,1	48,2	48,3	20,9	22,1	38,0	3,3	68,0
	Totale	5,6	50,4	49,4	14,9	16,0	45,6	1,9	71,2
65-74	Laurea e diploma	7,2	48,2	50,1	28,4	31,3	24,7	4,1	72,1
	Licenza scuola media inferiore	11,4	46,3	48,7	33,8	35,2	23,0	5,5	68,1
	Licenza elementare, nessun titolo	16,7	44,0	47,0	36,5	38,2	21,5	8,9	64,2
	Totale	14,2	45,1	47,8	34,8	36,6	22,3	7,5	66,1
75 e più	Laurea e diploma	17,6	42,3	48,3	45,9	40,7	19,4	20,6	66,3
	Licenza scuola media inferiore	24,7	39,0	45,6	49,6	49,2	12,1	29,3	60,1
	Licenza elementare, nessun titolo	29,7	37,5	44,7	50,4	49,8	12,0	34,2	57,7
	Totale	27,7	38,2	45,2	49,9	48,8	12,7	32,0	58,9
Totale	Laurea e diploma	2,5	52,9	50,8	8,2	8,6	58,9	1,4	75,6
	Licenza scuola media inferiore	5,0	50,9	50,0	12,2	12,8	55,4	3,1	72,7
	Licenza elementare, nessun titolo	16,7	44,3	47,0	32,5	33,2	28,6	13,7	64,3
	Totale	7,7	49,6	49,4	17,0	17,5	48,5	5,7	71,1

*Punteggi medi.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Sabbadini L.L., Gargiulo L., Sebastiani G., "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005", Istat, Nota per la stampa, Roma, 2 marzo 2007.

Grafico 1 - Meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute



Fonte dei dati: Marinacci C., Ferracin E., Chiazzo A., Vannoni F., Costa G. The impact of local policies on socioeconomic inequalities in health: an Italian case study. In Tackling Health Inequalities in Europe (EUROTHINE) Final Report, Erasmus MC, Rotterdam; 263-280.

Riferimenti bibliografici

- (1) Sabbadini L.L., Gargiulo L., Sebastiani G., "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005", Istat, Nota per la stampa, Roma, 2 marzo 2007.
- (2) Sante Orsini (a cura di) La vita quotidiana nel 2005. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2005. Roma, Istat, 2007.
- (3) Mackenbach J. P., Stirbu I., Roskam A. J. et al., Socioeconomic inequalities in mortality and morbidity: a cross-European perspective in Tackling Health Inequalities in Europe (EUROTHINE) Final Report, Erasmus MC, Rotterdam; 24-48.
- (4) Sebastiani G. L'integrazione sociale delle persone con disabilità. Istat, Statistiche in breve, Roma, 4 luglio 2005.
- (5) Vannoni F., Costa G., Demaria M., "La fragilità nella salute dell'anziano". In: Sabbadini L., Costa G. (a cura di) Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno Istat, Roma 10-12 settembre 2002. Roma, Istat, 2004.
- (6) Costa G, Vannoni F, I determinanti del fabbisogno di salute e assistenza sanitaria in Italia nell'indagine Multiscopo Istat. Convegno Pianeta Sanità: i nuovi risultati dell'indagine Istat su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Roma, 2 marzo 2007.
- (7) Costa G, Marinacci C, Caiazzo A, Spadea T. Individual and contextual determinants of inequalities in health: the Italian case. Int J Health Serv 2003; 33: 635-667.