



Studio sulla tematica della “Non autosufficienza”

**A cura del
Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità**

Per contatti rivolgersi a:
Istat – Sistema di informazione Statistica sulla Disabilità
Viale Liegi, 13 – 00198 Roma
Email disabili@istat.it
Tel. +39 06 46731

Studio sulla tematica della "Non autosufficienza"

1. Introduzione

Lo studio sulla tematica della "Non autosufficienza" tenta di identificare i casi che possono essere rappresentativi di situazioni di grande gravità, spesso identificate come persone "non autosufficienti", in prima approssimazione definite come persone non in grado di provvedere alla propria cura. In Italia, dei quasi 7 milioni di cittadini con almeno sei anni di età, che si autodichiarano affetti da una qualche disabilità permanente, circa 3 milioni dichiarano una disabilità grave (ISTAT, 2001); non sempre però questi ultimi possono essere tutti considerati come "non autosufficienti". La disabilità, infatti, assume forme diverse a seconda del tipo di attività compromessa e di gravità, questo implicherebbe la necessità di valutare il bisogno di assistenza caso per caso (Hanau, 2002).

Ad oggi, nel nostro Paese non esistono dati di natura amministrativa che permettano la determinazione dell'intero contingente di persone non autosufficienti. L'indennità d'accompagnamento¹, in realtà, può costituire un buon indicatore "proxy" del numero dei non autosufficienti gravi; la stessa informazione sarebbe, inoltre, desumibile dai Certificati di disabilità ed handicap rilasciati dalle apposite commissioni.

L'ISTAT, a questo riguardo, ha avviato una nuova indagine che ha come unità di rilevazione le certificazioni di disabilità ed handicap previste dalla legge 104/92 e quella di invalidità prevista dalla legge 118/71. Tale indagine sulle certificazioni rappresenta una preziosa fonte informativa che può aiutare a conoscere meglio la popolazione con disabilità ed in particolare quella con disabilità grave, utilizzando: a) nel caso della certificazione di disabilità ed handicap la certificazione di gravità prevista dall'art.3 comma 3 della Legge n°104/92; b) nel caso della certificazione di invalidità la percentuale rilevata dalla certificazione stessa (per esempio si potrebbe ipotizzare di considerare non autosufficienti coloro che presentano una percentuale di invalidità pari al 90% oppure quelli con una percentuale del 100%).

Lo studio, di cui si presentano i risultati, utilizzando però dati di tipo campionario, tenta di colmare questa lacuna informativa, individuando, con un approccio di tipo statistico, il numero delle persone "non autosufficienti".

I nodi fondamentali che lo studio tenta di dirimere sono l'individuazione della definizione di "non autosufficienza" e la determinazione di una metodologia appropriata al fine di una corretta identificazione della popolazione di riferimento. L'accezione di non autosufficienza può, infatti, essere più o meno estesa e per valutare l'entità delle persone che compongono la popolazione dei

non autosufficienti si rende necessaria la determinazioni di metodologie complesse contenenti sia aspetti di tipo soggettivo, capaci quindi di non perdere di vista la singolarità della presenza di disabilità in una persona, sia aspetti di tipo oggettivo, capaci di garantire rigosità e omogeneità di decisione. La definizione di una metodologia permette a sua volta di individuare la popolazione di riferimento sulla quale potranno essere successivamente misurati, sia qualitativamente che quantitativamente, i bisogni soddisfatti e quelli non soddisfatti.

Il documento è organizzato come segue: una ricognizione della letteratura nazionale ed internazionale esistente sull'argomento (par. 2) con un breve accenno alle diverse definizioni regionali utilizzate per l'attuazione di politiche di Long Term Care (par. 2.1); individuazione e definizione delle principali dimensioni della non autosufficienza (par. 3); descrizione delle fonti dati utilizzate (par. 4); descrizione generale della popolazione con disabilità (par. 5), descrizione ed implementazione delle metodologie al fine di quantificare il fenomeno oggetto di studio (par. 6); scelta della classificazione (par. 7). Una volta verificata la metodologia si è provato ad analizzare chi sono le persone non autosufficienti e quali dei loro bisogni socio-sanitari hanno incontrato una risposta da parte delle rete formale ed informale che li circonda e se questi bisogni differiscono dai bisogni delle persone con disabilità grave e moderata "autosufficienti" (par. 8).

2. Definizioni di non autosufficienza utilizzate in letteratura

Molteplici sono le definizioni utilizzate nei lavori realizzati negli ultimi anni da vari enti o istituzioni e associazioni sia nazionali che internazionali e a titolo esemplificativo in questo paragrafo ne verranno riportate alcune.

Il Testo Unificato², presentato alla Camera per l'istituzione di un fondo per il sostegno dei non autosufficienti, precisa che: "Sono considerate non autosufficienti le persone che, per una minorazione singola o plurima, hanno subito una riduzione dell'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione".

In un lavoro, presentato al convegno dell'Associazione Italiana di Economia Sanitaria del 2003 dalla Azienda ULSS n.º9 di Treviso, sulla *"Valutazione degli outcomes sanitari dell'assistenza in strutture residenziali e a domicilio degli anziani non autosufficienti dell'Asl di Treviso"* la persona non autosufficiente viene identificata, invece, tra gli anziani con l'ausilio del registro delle visite di invalidità civile.

¹ I dati dell'Indennità di accompagnamento sono desumibile dal Casellario centrale dei beneficiari delle prestazioni pensionistiche i cui dati vengono annualmente pubblicati dall'INPS e dall'ISTAT.

² "Istituzione di un Fondo per il sostegno delle persone non autosufficienti" presentato da On. Battaglia, On. Di Virgilio, On. Castellani, On. Bindi, On. Valpiana alla XII Commissione Affari sociali nel 2004 (http://www.camera.it/ufficiostampa/newsletter/numero_011_2004.htm)

Nello studio pubblicato dall'Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia (IRER) su *"Analisi di profili di autosufficienza/non autosufficienza"* per autosufficienza si intende "uno stato di equilibrio in cui l'individuo si trova rispetto alle proprie risorse personali e ambientali, variabile in funzione della definizione storica e sociale sia delle capacità funzionali che danno all'individuo la possibilità di esercitare le sue attività nell'ambito della società in cui vive, sia delle risposte e supplenze che la società offre ed è disposta ad offrire". Qualora questo stato di equilibrio viene a mancare, la persona diventa non autosufficiente.

Il Movimento delle Associazioni del Volontariato Italiano (MOVI), nel *"Progetto a favore delle famiglie in cui è presente una persona non autosufficiente"*, definisce come non autosufficienza "una situazione patologica diagnosticata che interferisce sull'individuo, limitandone la vita di relazione, sociale e lavorativa. Infatti, la non autosufficienza è l'incapacità di mantenere una vita indipendente e di svolgere le comuni attività quotidiane, a causa della mancanza di energie e dei mezzi necessari per soddisfare le proprie esigenze. La valutazione della non autosufficienza coinvolge molteplici aspetti della vita della persona tra i quali la salute fisica, la salute mentale, la condizione socio-economica e la situazione ambientale. La non autosufficienza implica una modificazione nell'organizzazione della vita ed il sopraggiungere di nuove necessità, sia per chi sta male che per chi si prende cura di lui."

Sul sito web dedicato esclusivamente alle persone della terza età³ la non autosufficienza viene definita come "quella condizione in cui l'autonomia personale, economica, domestica e sociale è in parte o del tutto compromessa e pertanto comporta la necessità di un aiuto esterno. I soggetti permanentemente non autosufficienti sono coloro che sono incapaci di provvedere a se stessi per malattia cronica fisica o mentale, per solitudine, abbandono, indigenza. I soggetti temporaneamente non autosufficienti sono, invece, coloro in cui si manifesta una situazione di temporanea perdita dell'autonomia fisica o psichica."

Il Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL) ha redatto due documenti sul tema della non autosufficienza. Il primo documento, *"La tutela dei rischi di non autosufficienza fisica nelle persone di età avanzata"* del 2002, fa propria la definizione di non autosufficienza utilizzata in Germania all'interno degli studi sulla Long Term Care. Secondo questa definizione i soggetti devono essere valutati "secondo quattro categorie funzionali: 1)igiene personale; 2)preparazione dei pasti ed alimentazione; 3)funzioni motorie; 4)attività domestiche e di cura della casa. Al verificarsi di una o più di queste condizioni - tali da generare uno stato di dipendenza certificabile da un medico che specifichi quali e quante prestazioni collegabili alla non autosufficienza siano necessarie nel caso specifico - nasce, in capo al soggetto, una situazione di vero e proprio diritto soggettivo". Sono stati definiti, inoltre, tre livelli di necessità: rilevante, grave e gravissima. La

copertura è estesa anche alle persone bisognose di assistenza per effetto di patologie mentali e psichiche, per le quali vi è necessità di istruzioni e vigilanza nell'espletamento delle operazioni quotidiane ricorrenti.

Nel secondo documento, *"La non autosufficienza in Italia: realtà esistente e prospettive di soluzione"* del 2003, si evidenzia la difficoltà di trovare una definizione condivisa di non autosufficienza. In particolare nel documento si sottolinea che "le possibili definizioni di non autosufficienza sono molteplici (inabilità, invalidità, handicap, disabilità, ecc...). Il CNEL..... ritiene opportuno adottare una definizione di natura funzionale, che fa riferimento alla capacità della persona di svolgere autonomamente o meno le funzioni essenziali della vita quotidiana. Persona non autosufficiente, quindi, è quella che richiede un intervento assistenziale permanente e continuativo, sia nella sfera di vita individuale che di relazione. In base a tale criterio, la persona non autosufficiente è quella che ha bisogno di aiuto, anche in parte, per svolgere attività essenziali (alzarsi da un letto o da una sedia, lavarsi, vestirsi, ecc.....)."

Nel lavoro *"Il Costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia"* pubblicato dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo (ISVAP), viene esplicitamente detto che "Lo stato di non autosufficienza di un assistito è individuato dal fatto che la persona ha necessità di aiuto per svolgere le operazioni quotidiane ricorrenti, distinte in quattro categorie: igiene personale, alimentazione, mobilità, faccende domestiche. Sono stati anche qui definiti tre livelli di necessità: rilevante, grave e gravissima. La copertura è estesa anche alle persone bisognose di assistenza per effetto di patologie mentali e psichiche, per le quali vi è necessità di istruzioni e vigilanza nell'espletamento delle operazioni quotidiane ricorrenti". La definizione utilizzata dall'ISVAP è molto simile a quella tedesca adottata dal CNEL, precedentemente illustrata, ed utilizzata anche dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali nello studio *"Prestazioni e modalità di finanziamento e modelli organizzativi possibili"*⁴. In quest'ultimo lavoro la variabile "non autosufficienza" è costruita utilizzando le "incapacità relative a quattro funzioni base della vita quotidiana: igiene personale, alimentazione, mobilità, cura della casa." Le persone con disabilità sono suddivise in tre gruppi a seconda del livello di gravità della disabilità: "al livello meno grave appartengono i soggetti che abbisognano di assistenza esterna per almeno una volta al giorno per incapacità riferita ad almeno due delle quattro funzioni base della vita quotidiana; al livello intermedio appartengono quei soggetti che necessitano di notevole assistenza per almeno tre volte al giorno, per carenza di due funzioni base della vita quotidiana; al livello più grave si trovano quei soggetti che abbisognano di assistenza continuativa nell'arco dell'intera giornata".

³ www.terzaeta.com

⁴ Lavoro pubblicato sul n°4 del 2003 di Monitor, rivista bimestrale dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

Dopo questo excursus sulle diverse definizioni di non autosufficienza utilizzate a livello nazionale si è ritenuto opportuno includere anche una breve panoramica a livello internazionale su quei paesi che hanno sviluppato politiche di Long Term Care.

Prima fra tutti è la Germania la cui definizione di non autosufficienza è già stata più volte citata nei lavori precedentemente illustrati.

In Francia, invece, le politiche di Long Term Care sono rivolte alle persone con un'età non inferiore ai 60 anni che abbiano uno stato di dipendenza, definito come bisogno di essere aiutato nello svolgimento delle attività essenziali della vita. Anche in Gran Bretagna le politiche sono rivolte esclusivamente alle persone anziane non autosufficienti, ma a partire dai 65 anni e più.

Nel Census Bureau's Survey of Income and Program Participation degli Stati Uniti, una persona è definita come non autosufficiente nel momento in cui essa è incapace di svolgere una o più Attività della Vita Quotidiana (A.D.L.) oppure nel caso in cui questa persona ha una o più specifiche menomazioni oppure se usa da molto tempo un ausilio come la sedia a rotelle, le stampelle o il girello.

2.1 Politiche sulla Long Term Care in Italia e definizioni di non autosufficienza utilizzate dalle Regioni

Dopo la Legge n.328/00 che nell'art 16 prevede l'erogazione di ".....prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura dei disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani;.....", si è ancora di più accesa la discussione su chi fossero realmente le persone non autosufficienti a cui erogare queste prestazioni.

In base alla ricognizione fatta dalla rivista⁵ bimestrale dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali nel 2003, le Province autonome di Trento e Bolzano e la maggioranza⁶ delle Regioni hanno previsto l'erogazione dei contributi, anche se in tempi e modalità molto diversi. In assenza di politiche nazionali e di risorse specifiche relative alla Long Term Care, le Regioni hanno previsto alcuni interventi in materia, introducendo contributi per la non autosufficienza in diverse forme: 1) Contributi economici alle famiglie che gestiscono anziani non autosufficienti; 2) Voucher socio-sanitari; 3) Fondo per la non autosufficienza (previsto unicamente dalle Province Autonome di Trento e Bolzano).

⁵ Lavoro pubblicato sul n°4 del 2003 di Monitor, rivista bimestrale dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

⁶ Le Regioni in questione sono: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Calabria, Sicilia, Sardegna. Le Regioni Abruzzo, Molise, Lazio, Campania e Basilicata non hanno attivato specifici assegni di cura per le persone non autosufficienti, scegliendo altre forme di intervento

I criteri di definizione di non autosufficienza utilizzate dalle singole regioni sono purtroppo molto eterogenei e spesso le normative regionali lasciano libero arbitrio nella determinazione dei parametri utilizzati per individuare una persona non autosufficiente, ai Comuni, alle ASL e alle Unità di Valutazione, siano esse Geriatriche, Multidisciplinari o dell'Handicap. Riassumendo quanto scritto nelle normative regionali, si nota che quando si parla di non autosufficienza si fa riferimento:

- ❖ alle persone anziane non autosufficienti (di 65 anni e più nel caso dell'Emilia Romagna, di 75 anni e più nel caso della Lombardia, di 80 anni e più nel caso dell'Umbria);
- ❖ alle persone con una pensione di invalidità civile e/o con una indennità di accompagnamento (nel caso della Provincia Autonoma di Trento e Bolzano e nel caso dell'Umbria);
- ❖ alle persone che sono state valutate come non autosufficienti da apposite commissioni oppure di persone con disabilità gravi (nella fattispecie si fa riferimento a "minori con problemi di cura familiare" in Liguria, a "disabili ed altre persone non autosufficienti affette da patologie gravi in fase terminale o irreversibile" in Emilia Romagna, a "persone con disabilità di tipo fisico o psichico" nelle Marche e a "persone con handicap gravi" in Sardegna).

Spesso in molte regioni i criteri relativi alla sfera salute sono affiancati, al fine dell'erogazione delle prestazioni, a criteri relativi alla situazione economica della persona non autosufficiente (ad esempio in Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Sicilia).

In tutte le Regioni risultano, invece, sempre presenti indicazioni ed obiettivi volti a potenziare la rete dei servizi territoriali e, prima di tutto, il sistema di cure domiciliari.

3. Le principali dimensioni della non autosufficienza

Dall'analisi di tutte le definizioni presentate, si evince che spesso come contingente di riferimento in materia di non autosufficienza si considerano o tutte le persone con disabilità o solo le persone anziane; in tutti i casi non viene quasi mai esplicitato cosa si comprende nel concetto di non autosufficienza.

Nel momento in cui il concetto viene definito si fa principalmente riferimento alla difficoltà di svolgere le "ricorrenti azioni quotidiane"; inoltre la maggior parte delle scale utilizzate dalle Unità di Valutazione Multidisciplinare, di Handicap o Geriatrica contengono tra i diversi assi di valutazione anche quello relativo alle capacità funzionali e motorie (ad esempio: le ADL⁷, le

⁷ Attività della Vita Quotidiana. Le aree funzionali considerate nelle ADL riguardano: autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare.

IADL⁸, Bina⁹, l'indice di Barthel¹⁰, FIM¹¹). Confrontando le dimensioni appena evidenziate con il patrimonio informativo esistente e tenendo presente gli obiettivi da perseguire, si è scelto di utilizzare come base dati per lo studio l'Indagine ISTAT sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi socio sanitari.

4. Fonti dati e definizioni

I dati utilizzati provengono dall'Indagine Multiscopo dell'ISTAT del 1999-2000 sulle "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari". L'indagine campionaria si configura come strumento fondamentale d'osservazione delle condizioni di salute della popolazione e costituisce attualmente l'unica fonte dati in grado di fornire un quadro abbastanza completo, sebbene non esaustivo, delle persone con disabilità. Ai fini del presente lavoro sono considerate persone con disabilità coloro che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, hanno dichiarato di non essere in grado o di avere molta difficoltà nello svolgere le abituali funzioni quotidiane, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.). Le 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), il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle), in casa, e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere, parlare). La stima di persone con disabilità ottenuta utilizzando questa definizione è uguale a 6.980 mila persone, pari al 13% della popolazione di sei anni e più che vive in famiglia.

La stima non comprende né i bambini con un'età inferiore ai 6 anni, né le persone che, soffrendo di una qualche forma di disabilità non fisica ma mentale, anche grave, sono tuttavia in

⁸ Difficoltà Strumentali della Vita Quotidiana: scala di misura formata da quesiti finalizzati alla rilevazione dello stato di disabilità nell'uso di strumenti (come usare il telefono, fare la spesa, preparare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, utilizzare mezzi di trasporto, assumere medicine, gestire le proprie finanze).

⁹ Il BINA è una scala di disabilità, particolarmente adatta alla popolazione anziana, che analizza 10 items, ognuno dei quali dotato di 4 modalità ordinate e di un punteggio (min 10, max 100), che indica la gravità della disabilità. Gli items sono: medicazioni, necessità di prestazioni sanitarie, controllo sfinterico, disturbi comportamentali, comunicazione, deficit sensoriali, mobilità, attività della vita quotidiana, stato della rete sociale, fattori abitativi e ambientali. Il valore dell'indice corrisponde al punteggio totale riportato nella valutazione, tale valore va confrontato col valore soglia, pari a 230. Sono considerati non autosufficienti i soggetti con punteggio superiore a 230.

¹⁰ L'indice di Barthel è una delle scale ADL maggiormente utilizzata. La scala originaria è composta da 15 fattori, sui quali deve essere espresso un punteggio a tre livelli. Gli items sono rivolti a misurare la disabilità nel: bere da una tazza, alimentarsi, vestirsi (relativamente alla parte superiore del corpo e relativamente alla parte inferiore del corpo), rassettarsi, pulizia personale, controllo degli sfinteri (alvo, vescica), sedersi ed alzarsi dalla sedia, sedersi ed alzarsi dal wc, sedersi ed alzarsi dalla vasca o doccia, camminare su un terreno pianeggiante per 45 metri, salire e scendere le scale, muoversi con la sedia a rotelle. Il punteggio più alto che può raggiungere l'indice di Barthel originario è pari a 100 ed indica il livello di indipendenza; il livello più alto di gravità è invece rappresentato dal valore 0.

¹¹ La Functional Independence Measure, FIM, è stata messa a punto negli Stati Uniti da Granger e collaboratori nel 1986. La FIM prevede sette livelli gerarchici di autosufficienza. Tale scala è "patologia indipendente"; pertanto può essere utilizzata da qualsiasi operatore clinico, indipendentemente dal suo ambito specialistico. La scala FIM è composta complessivamente da 18 voci a cui viene attribuito un punteggio da 1 a 7 ed è comprensiva di valutazione sulla cura personale (nutrirsi, rassettarsi, lavarsi, vestirsi dalla vita in su, e vestirsi dalla vita in giù, igiene personale), controllo degli sfinteri (vescica, alvo), mobilità (trasferimenti letto-sedia-carrozzina, wc, vasca o doccia), locomozione (cammino, carrozzina, scale), cognitiva (soluzione di problemi, memoria). I livelli funzionali ed i punteggi si distinguono in: Autosufficienza (completa o con adattamenti), non autosufficienza parziale (supervisione o

grado di svolgere tali attività essenziali. La stima inoltre non include le persone con disabilità residenti in istituto.

A seconda della sfera di autonomia funzionale compromessa, l'ISTAT definisce quattro tipologie di disabilità: confinamento, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà nella comunicazione.

Per confinamento si intende la costrizione permanente a letto, su una sedia (non a rotelle) o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici.

Le persone con difficoltà nel movimento hanno problemi nel camminare (riescono soltanto a fare qualche passo senza aver bisogno di fare soste), non sono in grado di salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, non riescono a chinarsi per raccogliere oggetti da terra.

Le difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (che sono una parte delle ADL) riguardano la completa assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliandosi il cibo.

Nelle difficoltà della comunicazione sono, infine, comprese le limitazioni nel sentire (non riuscire a seguire una trasmissione televisiva anche alzando il volume e nonostante l'uso di apparecchi acustici), le limitazioni nel vedere (non riconoscere un amico ad un metro di distanza) e le difficoltà nella parola (non essere in grado di parlare senza difficoltà).

5. Analisi di contesto

Si stimano in Italia, in base all'indagine sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2milioni 615mila persone con disabilità, pari al 5% circa della popolazione di 6 anni e più che vive in famiglia (Tabella 1).

Tabella 1. Numero di persone disabili di 6 anni e più che vivono in famiglia, per sesso e classi d'età. Dati in migliaia - Anni 1999-2000

	Classi d'età						Totale
	6-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75 e più	
Maschi	40	27	81	153	204	389	894
Femmine	40	32	82	209	323	1.035	1.721
Maschi e Femmine	80	59	163	362	527	1.424	2.615

Fonte: ISTAT, indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 1999-2000.

Per quanto riguarda la stima delle persone con disabilità che vivono in residenze e non in famiglia, i risultati della rilevazione sui presidi socio-assistenziali indicano la presenza di 169.160¹² persone disabili o anziani non autosufficienti ospiti nei presidi socio-assistenziali.

La presenza di disabilità è ovviamente legata all'età: tra le persone di 65 anni o più la quota di popolazione con disabilità è del 19,3%, e raggiunge il 47,7% (38,7% per gli uomini e 52% per le donne) tra le persone di 80 anni e più.

Dall'analisi territoriale emerge un differenziale Nord-Sud. In particolare, si osserva un tasso di disabilità del 6% nell'Italia insulare e del 5,2% in quella Meridionale, mentre tale tasso scende al 4,4% nel Nord-Est e al 4,3% nel Nord-Ovest. Nell'Italia Centrale si ha un tasso di disabilità del 4,8%. Il gradiente Nord-Sud si osserva anche standardizzando i tassi di disabilità. Tale gradiente può essere in parte dovuto ad un rischio maggiore di disabilità nelle regioni del Sud. Tuttavia non va trascurato il possibile effetto combinato di due fattori, uno di natura strutturale e uno di natura culturale. Il fattore culturale potrebbe essere rappresentato dalla maggiore propensione di nuclei familiari residenti nel Meridione a tenere in famiglia le persone con disabilità. Il fattore strutturale, costituito dalla carenza dell'offerta di strutture residenziali specifiche, favorirebbe il divario osservato in quanto renderebbe inevitabile la permanenza in famiglia della persona disabile.

Dall'indagine Istat è possibile identificare quattro tipologie di disabilità:

- il *confinamento individuale* (costrizione a letto, su una sedia non a rotelle o in casa) riguarda il 2,1% della popolazione di 6 anni e più. La percentuale di persone confinate raggiunge circa il 25% Tra le persone di 80 anni e più;
- le persone affette da *disabilità di tipo funzionale* (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare) rappresentano il 3% della popolazione di 6 anni e più. Tra i 75 ed i 79 anni, sono circa il 12% le persone che presentano tale tipo di limitazione e che quindi necessitano dell'aiuto di qualcuno per far fronte a queste esigenze elementari. Tra gli ultraottantenni, circa 1 persona su 3 ha difficoltà a svolgere autonomamente le fondamentali attività della vita quotidiana;
- le *disabilità nel movimento* (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi) sono presenti nel 2,2% delle persone di 6 anni e più, con quote molto più alte dopo i 75 anni: nella fascia d'età 75-79 anni la quota arriva al 9,9% e nelle persone di 80 anni e più raggiunge il 22,5%;
- le *disabilità sensoriali* (difficoltà a sentire, vedere o parlare) coinvolgono circa l'1% della popolazione di 6 anni e più. Al fine di conoscere il numero dei ciechi e dei sordi, è possibile analizzare anche i dati relativi alle invalidità permanenti rilevate sempre dalla

¹² ISTAT-CISIS, Rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali, Anno 2000.

stessa indagine dell'ISTAT, dalla quale risultano circa 352mila ciechi totali o parziali, 877mila persone con problemi dell'udito più o meno gravi e 92mila sordi prelinguali (sordomuti).

Le stime riportate si basano su una definizione molto restrittiva di disabilità, quello secondo cui vengono considerate disabili le persone che nel corso dell'intervista hanno dichiarato una totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana. Se consideriamo, in generale, le persone che hanno manifestato una "apprezzabile difficoltà" nello svolgimento di queste funzioni la stima allora passa da 2milioni 615mila (5% della popolazione) a 6milioni 980mila persone, pari al 13% della popolazione sempre di 6 anni e più che vive in famiglia; dato vicino a quello dei principali paesi industrializzati. Sfuggono tuttavia le persone che, soffrendo di una qualche forma di disabilità non fisica ma mentale, sono in grado di svolgere tali attività essenziali.

6. Stime delle persone non autosufficienti

Il presente studio ha l'obiettivo di individuare uno strumento statistico per classificare la disabilità secondo il livello di gravità, in modo da poter determinare quali siano le persone non autosufficienti.

A tal fine si tenteranno due approcci diversi: il primo, che nasce dallo studio della letteratura esistente, la quale sostiene che la non autosufficienza è un processo che inizia con la perdita di abilità complesse e si conclude, nei casi più gravi, con la perdita di abilità semplici; il secondo approccio tenta, invece, di determinare una classificazione a partire dall'analisi multivariata dei dati relativi alle risposte ai quesiti sulle Adl.

6.1 Primo Approccio

6.1.1 Metodologia

Negli anni '90 sono stati compiuti studi (Moretti et al, 1990.) (Mengani, 1993, 1995a, 1995b, 1996) presso l'Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani (INRCA)¹³ che evidenziavano un andamento sequenziale nella perdita progressiva delle varie abilità ed autonomie a partire dalle abilità più difficili fino ad arrivare a quelle più semplici, una specie di "effetto domino", che consente di prevedere, con buon livello di attendibilità, la perdita di alcune autonomie una volta

¹³ L'Ente, un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCSS), opera nel settore dell'invecchiamento della popolazione. Le problematiche gerontologiche e geriatriche della terza età vengono affrontate scientificamente attraverso studi clinici, epidemiologici e economico sociali che arricchiscono l'attività assistenziale svolta nelle diverse sedi dell'Ente.

determinata la perdita di una sola di queste. In altre parole la perdita di una delle abilità più facili da conservare indica che altre abilità sono già state perse.

I dati a disposizione non ci consentono di verificare in maniera diretta questa ipotesi, né di stabilire con certezza l'ordine sequenziale con il quale le abilità sono state perse. Tuttavia, è possibile verificare in maniera indiretta l'effetto domino supponendo l'esistenza di una correlazione tra la gravità della disabilità e il numero delle abilità non possedute. In altre parole, chi non è in grado di svolgere tutte le attività della vita quotidiana è considerato più grave di chi non può svolgere una sola attività.

A tal fine sono stati creati 9 gruppi, tanti quante sono le ADL prese in considerazione¹⁴. Per ogni gruppo è stata calcolata la distribuzione per numero di ADL possedute. Successivamente per ognuno dei 9 gruppi, è stato calcolato il seguente indice:

$$I_l = \frac{\sum_{i=1}^8 i * n_i^l}{8 * n^l}$$

dove i è uguale al numero di ADL possedute¹⁵ da coloro che non posseggono la l -esima abilità e n_i^l sono il numero di persone appartenenti al gruppo l che non posseggono i abilità e n^l è il numero totale di persone appartenenti al gruppo l .

L'indice così costruito permette di misurare la vicinanza di ogni gruppo alla situazione di massima non autosufficienza¹⁶, infatti, l'indice varia tra 0 e 1 ed assume valore 1 nel momento in cui tutte le persone appartenenti al gruppo l -esimo non sono abili in tutte le attività della vita quotidiana considerate, viceversa assume valore 0 nel momento in cui tutte le persone appartenenti al gruppo l -esimo non sono abili nella sola attività distintiva del gruppo.

Infine, l'indice calcolato per ogni Adl permette di stilare la graduatoria nella quale il valore più basso costituisce l'abilità che implica una disabilità moderata, il più alto quella per la quale si ha una disabilità più grave.

6.1.1 Risultati primo approccio

Partendo dall'ipotesi che la gravità di una persona disabile è funzione della numerosità delle abilità perse sono stati costruiti 9 gruppi di persone con disabilità, tanti quante sono le ADL presenti nella graduatoria, e per ogni gruppo è stato costruito un indicatore di gravità (tabella 2).

¹⁴ Ogni persona disabile apparterrà a tanti gruppi quante sono le attività della vita quotidiana che non è in grado di svolgere.

¹⁵ Ovviamente dal conteggio delle ADL viene esclusa quella che contraddistingue il gruppo l -esimo.

¹⁶ Sicuramente una persona che non possiede alcuna delle nove abilità considerate può essere considerata senza ombra di dubbio non autosufficiente.

Tabella 2 – Indicatore di gravità per gruppi di disabilità¹⁷ – Valori percentuali.

Gruppi	Indice
Lavarsi mani e viso	87,91
Alzarsi dalla sedia	85,76
Mangiare	80,86
Alzarsi dal letto	76,31
Vestirsi	73,87
Chinarsi	64,25
Scendere e salire le scale	63,67
Camminare	59,48
Bagno e Doccia	53,29

L'indice può essere considerato una proxy del grado di non autosufficienza del gruppo, più alto è il valore dell'indice più il gruppo è vicino alla situazione in cui tutte le persone che vi appartengono non posseggono tutte le abilità prese in considerazione. In questo modo si ottiene una graduatoria dalla quale si osserva che gli appartenenti al gruppo “farsi il bagno e la doccia da solo” hanno un numero di ADL inferiore rispetto a tutti gli altri gruppi, mentre gli appartenenti al gruppo “lavarsi mani e viso da soli” hanno un numero di ADL molto alto e sono molto vicini alla situazione di massima non autosufficienza. Questa evidenza ci porta a sostenere la validità dell'ipotesi sull'effetto domino, infatti, coloro che hanno perso abilità più semplici hanno perso anche un numero elevato di ADL, quindi sono anche coloro che hanno una situazione di maggiore gravità della disabilità.

6.2 Secondo Approccio

6.2.1 Metodologia

Il secondo approccio tenta di determinare a posteriori una classificazione a partire dai microdati. In questo modo si fornisce uno strumento per classificare la disabilità secondo il livello di gravità e si cerca di determinare le eventuali differenze riscontrabili al variare della classe di età, in modo da poter individuare chi sono realmente le persone non autosufficienti.

Questo secondo approccio consiste in un'analisi multivariata dei dati relativi alle risposte ai quesiti sulle ADL. Lo scopo è quello di individuare la condizione di non autosufficienza tramite l'analisi della struttura latente sottostante ai dati, cioè delle dimensioni essenziali che governano il fenomeno oggetto di studio. Sulla base di questa analisi verrà costruito un indicatore di gravità.

¹⁷ Cfr nota 10

La tecnica statistica utilizzata, nota come analisi delle corrispondenze multiple, permette di rappresentare i dati su uno spazio di dimensioni ridotte rispetto a quello originale (pari al numero di quesiti posti agli intervistati) conservando il più possibile l'informazione contenuta al loro interno.

6.2.2 Risultati secondo approccio

Nel secondo approccio è stata utilizzata l'analisi delle corrispondenze. L'analisi è stata condotta su tutte le persone che hanno dichiarato un'apprezzabile difficoltà nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, quindi su 6milioni 980mila persone.

Sono state effettuate due analisi parallele: una per età, analizzando separatamente le seguenti fasce di età: 6-24 anni, 25-64 anni e 65 anni e più; e l'altra sull'intero contingente di riferimento indipendentemente dall'età posseduta dalla persona con difficoltà nelle attività della vita quotidiana.

Per ogni individuo sono state considerate le seguenti variabili: sesso, confinamento individuale (costrizione a letto, su una sedia non a rotelle o in casa); e le seguenti nove ADL: farsi il bagno e la doccia da solo, camminare, salire e scendere le scale, chinarsi, vestirsi da solo, alzarsi dal letto, mangiare anche tagliando il cibo da solo, alzarsi dalla sedia, lavarsi mani e viso da solo ed in più l'ADL sull'incontinenza. Per ogni attività della vita quotidiana sono stati considerati tutti i livelli di non autosufficienza: totale abilità a svolgere una determinata attività, "non essere in grado di svolgerla", "essere in grado di svolgerla solo con l'aiuto di qualcuno". La tabella 4 mostra le variabili e le diverse modalità utilizzate.

Tabella 4 – Variabili utilizzate nell'analisi delle corrispondenze

<i>Variabile</i>	<i>Modalità</i>	<i>Codice modalità</i>
Sesso	maschio	Sesso=1
	femmina	Sesso=2
Camminare	200 metri in più	q7=1
	più di qualche passo	q7=2
	qualche passo soltanto	q7=3
Salire e scendere le scale	si, senza difficoltà	q8=1
	si, con qualche difficoltà	q8=2
	si, con molta difficoltà	q8=3
	no, non è in grado	q8=4
Chinarsi	si, senza difficoltà	q9=1
	si, con qualche difficoltà	q9=2
	si, con molta difficoltà	q9=3
	no, non è in grado	q9=4
Alzarsi dal letto	senza difficoltà	q10=1
	con qualche difficoltà	q10=2
Alzarsi dalla sedia	può farlo solo con aiuto	q10=3
	senza difficoltà	q11=1
	con qualche difficoltà	q11=2
Vestirsi da solo	può farlo solo con aiuto	q11=3
	senza difficoltà	q12=1
	con qualche difficoltà	q12=2
Farsi il bagno o la doccia da solo	può farlo solo con aiuto	q12=3
	senza difficoltà	q13=1
	con qualche difficoltà	q13=2
Lavarsi mani e viso da solo	può farlo solo con aiuto	q13=3
	senza difficoltà	q14=1
	con qualche difficoltà	q14=2
Mangiare anche tagliando il cibo da solo	può farlo solo con aiuto	q14=3
	senza difficoltà	q15=1
	con qualche difficoltà	q15=2
Incontinenza	può farlo solo con aiuto	q15=3
	si	q20=1
	no	q20=2
Confinamento Individuale	si	cih=1
	no	cih=2

6.2.2.1 Analisi per classi d'età

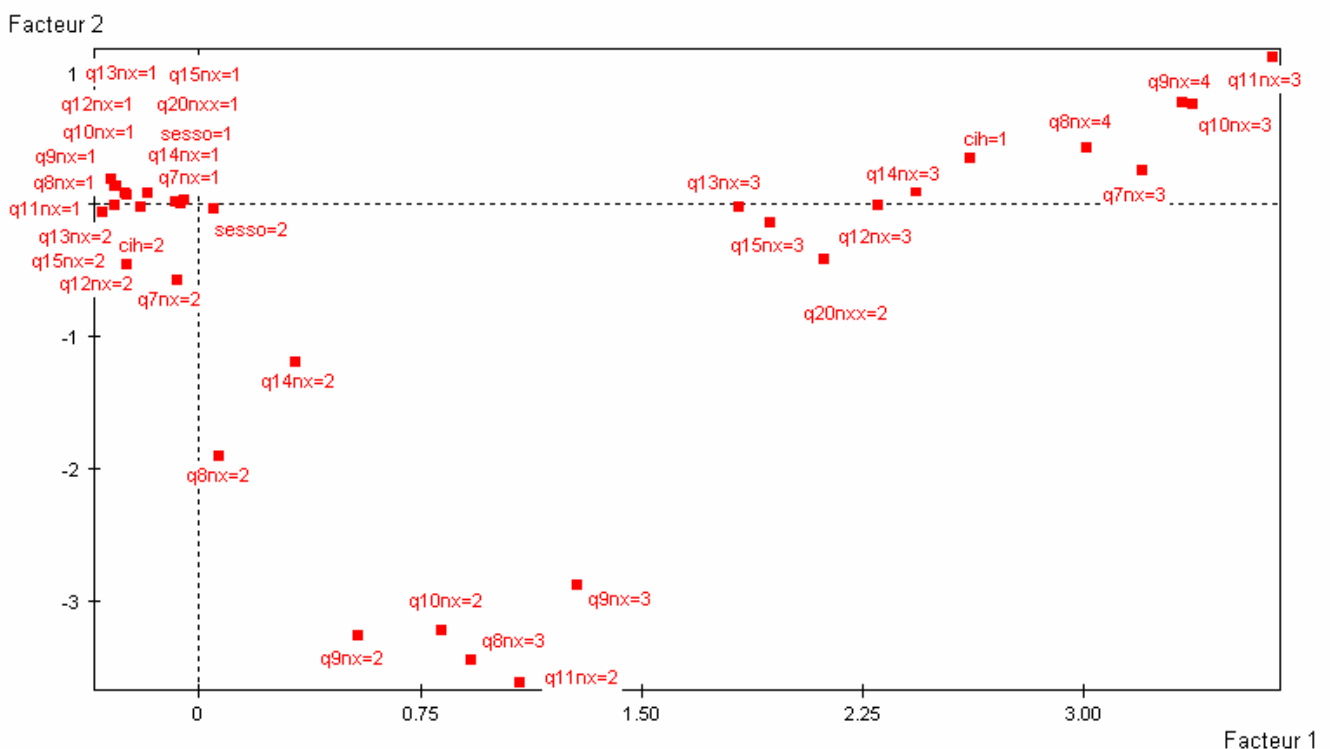
La prima analisi delle corrispondenze è stata condotta sui giovani disabili con età compresa tra i 6 ed i 24 anni. La fascia d'età è stata determinata considerando il periodo di formazione scolastica di un individuo e la maggiore permanenza delle persone con disabilità nella scuola.

Come già esplicitato nella descrizione della metodologia, l'analisi delle corrispondenze è stata utilizzata per individuare un'asse di non autosufficienza che, attraverso le proiezioni delle modalità delle variabili su di esso, determini le modalità più caratterizzanti il fenomeno in esame.

L'analisi svolta su questo contingente è risultata significativa, infatti, i primi 5 fattori spiegano il 59% dell'inerzia totale (misura della variabilità). Osservando il grafico e supportati dall'analisi dei contributi relativi e dei coseni quadrati si può definire il primo asse fattoriale come l'asse rappresentativo della non autosufficienza. Infatti, spostandosi da sinistra a destra lungo l'asse si trovano valori che al loro aumentare danno la misura della maggiore difficoltà dichiarata dalle persone nello svolgimento delle attività della vita quotidiana.

In questo modo coordinate più alte dell'individuo sul primo asse rappresentano una maggiore non autosufficienza dell'individuo stesso.

Grafico 1 – Rappresentazione grafica delle variabili sul 1° e 2° asse fattoriale. - Giovani



In generale per i giovani le disabilità di tipo motorio (alzarsi dalla sedia, alzarsi dal letto e chinarsi per raccogliere un oggetto da terra) pesano di più nella determinazione della non autosufficienza rispetto alle disabilità di tipo funzionale.

anziani si nota come le abilità maggiormente caratterizzanti l'asse sono: “ anche tagliando il cibo da solo”, “alzarsi dalla sedia” e “lavarsi mani e viso da solo”.

Grafico 4 – Rappresentazione grafica delle variabili sul 1° e 2° asse fattoriale.

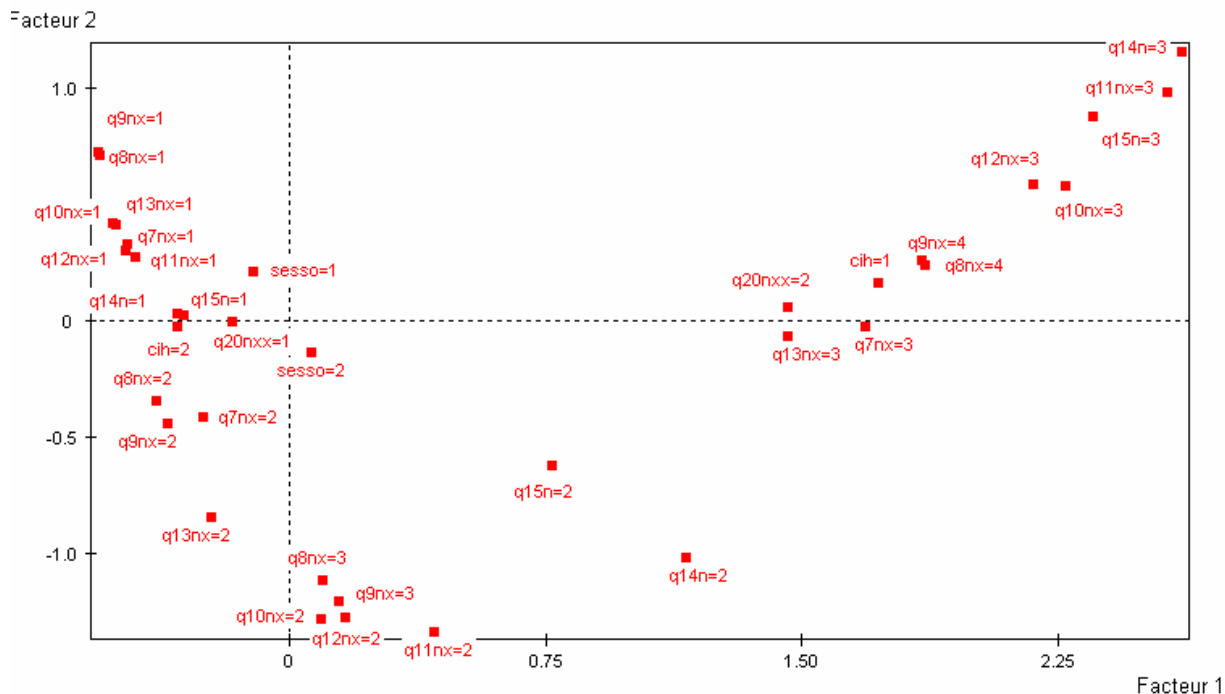
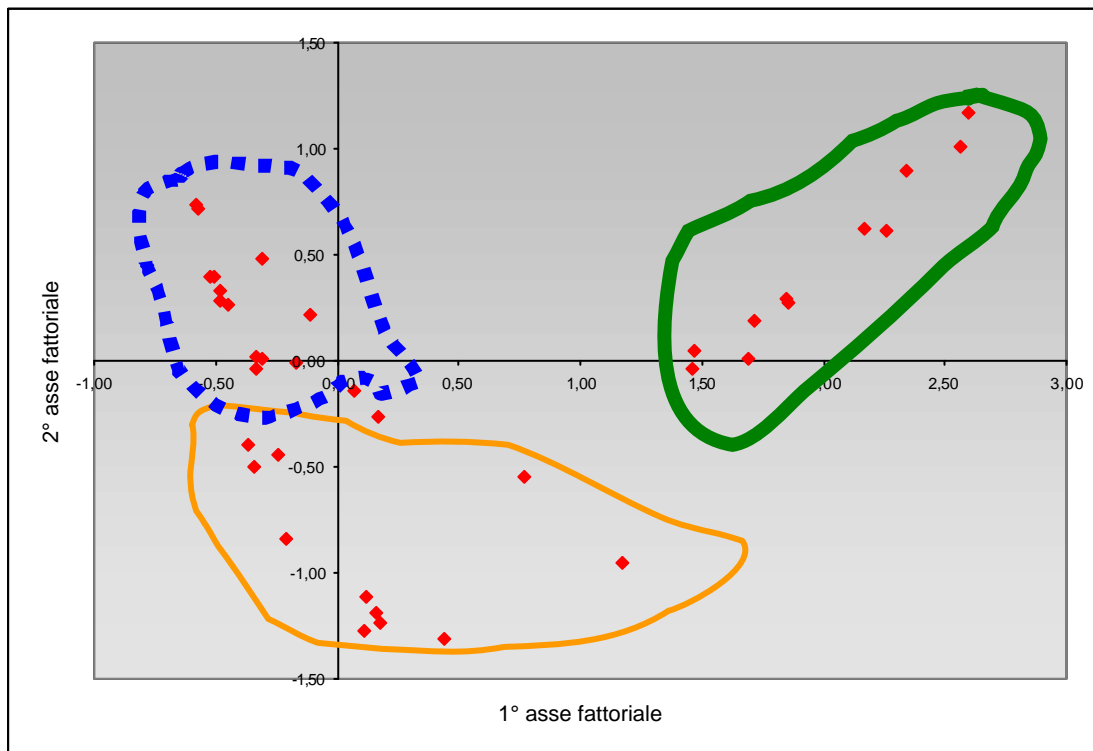


Grafico 5 – Rappresentazione grafica delle variabili sul 1° e 2° asse fattoriale.

Individuazione asse non autosufficienza.



¹⁸ Sono state considerate tutte quelle persone che hanno dichiarato di avere un “apprezzabile difficoltà” nello svolgimento delle

7. Scelta della classificazione

I risultati di entrambi gli approcci portano a concludere che è molto difficile stabilire una vera e propria graduatoria di perdita di abilità ma sicuramente è possibile individuare la base e la sommità di essa. La base della graduatoria è composta da coloro che non sono in grado di "fare il bagno e la doccia da soli" mentre la sommità della graduatoria è composta, in entrambi i casi, da tre abilità che sono: "mangiare anche tagliando il cibo da solo", "alzarsi dalla sedia" e "lavarsi mani e viso da solo" che rappresentano le ultime abilità la cui perdita può considerarsi indicatore di non autosufficienza.

A parità di risultato è stata scelta la metodologia con il minor numero di ipotesi, quella risultante dall'analisi multivariata. È stato utilizzato come indicatore di non autosufficienza il primo asse fattoriale dell'analisi generale, condotta su 6.980mila individui, e nello specifico è stato definito come non autosufficiente colui che ha un punteggio superiore ad un determinato percentile scelto a priori. La scelta del percentile è totalmente arbitraria e cosa molto più importante da tenere in considerazione è che al variare del percentile variare ovviamente la numerosità della popolazione selezionata come non autosufficiente.

Sono state fatte due ipotesi diverse: la prima utilizza l'85° percentile della distribuzione e la seconda che invece prende il 90° percentile.

Le persone non autosufficienti appartenenti al primo gruppo, ottenuto tagliando la distribuzione all'85° percentile, sono in tutto 1.048.000, di questi il 3,6% hanno un'età compresa tra i 6 ed i 24 anni, il 16,2% tra i 25 ed i 64 anni e il restante 80,3% ha un'età superiore od uguale ai 65 anni. Il 32,1% sono uomini contro il 67,9% di donne. Il 27,9% di queste persone vive da sola mentre il 12,6% è membro aggregato presso un altro nucleo familiare, il 41,4% vive in coppie con o senza figli, il restante 18,1% vive in un'altra tipologia familiare non precedentemente descritta.

Le persone non autosufficienti appartenenti al secondo gruppo, ottenuto tagliando la distribuzione al 90° percentile, sono in tutto 698.000, di questi il 3,3% ha un'età compresa tra i 6 ed i 24 anni, il 16,0% tra i 25 ed i 64 anni e il restante 80,6% ha un'età superiore od uguale ai 65 anni. Il 32,1% sono uomini contro il 67,9% di donne. Questo vuol dire che sia la struttura per età che la distribuzione per genere dei due gruppi è praticamente uguale. Il 25,6% di queste persone vive da sola, il 14,6% è membro aggregato presso un altro nucleo familiare, il 40,7% vive in coppie con o senza figli, il restante 19,1% vive in un'altra tipologia familiare non precedentemente descritta.

8. Le persone non autosufficienti e i loro bisogni socio-sanitari¹⁹

Al fine di analizzare i bisogni socio-sanitari delle persone non autosufficienti si è deciso di utilizzare il contingente che si trova nell'ultimo decile della distribuzione delle persone con disabilità moderata o grave (6.900 mila) per livello di non autosufficienza. Quindi ai fini dell'analisi condotta in questo paragrafo sono state considerate le persone con disabilità al di là del 90° percentile; il contingente in tutto è composto in tutto da 698mila persone di 6 anni e più che vivono in famiglia.

L'analisi dei bisogni socio-sanitari è esclusivamente di tipo descrittivo ed è stata condotta tentando di evidenziare laddove fossero evidenti le diversità esistenti tra le persone non autosufficienti, così come sono state descritte precedentemente, ed il resto del contingente delle persone con disabilità moderata o grave.

L'80,7% delle persone definite come non autosufficienti ha un'età superiore ai 65 anni e ben il 64,6% ha un'età superiore ai 75 anni. Le stesse percentuali calcolate sulle persone con disabilità moderata o grave "autosufficienti" sono rispettivamente pari a 62,7% e 35,5%.

Tra i non autosufficienti coloro che dichiarano di avere una riduzione di autonomia continuativa o comunque per esigenze importanti sono il 78,2% contro il 15,5% degli "autosufficienti". Se si passa a considerare la riduzione di autonomia non solo continuativa ma anche saltuaria le percentuali aumentano passando rispettivamente all'82,8% e al 32,4%. Per quanto riguarda la presenza di malattie croniche gravi²⁰ i non autosufficienti risultano essere più multicronici in confronto agli "autosufficienti" infatti il 32% dei non autosufficienti ha due malattie croniche o più contro il 16,4% degli "autosufficienti". Questo sembra ripercuotersi anche sull'autopercezione dello stato salute infatti il 78,7% dei non autosufficienti dichiara di stare male o molto male contro il 30,4% degli "autosufficienti".

Relativamente alla presenza di difficoltà strumentali nella vita di tutti i giorni sono state considerate le seguenti IADL: utilizzo del telefono; utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici e/o privati; assunzione delle medicine in modo autonomo; gestione delle proprie finanze. Le persone non autosufficienti hanno in percentuale maggiori difficoltà di tipo strumentale, infatti, il 64,1% dei non autosufficienti né presenta due o più, mentre ben il 77,5% degli "autosufficienti" non ha alcuna difficoltà di tipo strumentale.

Al fine di avere una descrizione più oggettiva dello stato di salute è stata considerata la frequenza dell'assunzione di tre tipologie di farmaci (antidolorifici o antinevralgici, tranquillanti o ansiolitici,

¹⁹ I dati utilizzati provengono sempre dall'Indagine sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Anno 1999-2000.

²⁰ Malattie croniche gravi: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; trombosi, embolia ed emorragia cerebrale; bronchite, enfiema, insufficienza respiratoria; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria.

sonniferi o ipnotici). Le persone non autosufficienti utilizzano più spesso delle persone con disabilità moderata o grave ma "autosufficienti" queste tipologie di farmaci e rispettivamente: antidolorifici e antinevralgici 39,5% NA contro 21,5% A, tranquillanti o ansiolitici 33,4% NA contro 14,3% A, sonniferi o ipnotici 19,7% NA contro 7,2% A.

Passiamo ora ad analizzare i bisogni sanitari che hanno incontrato una risposta dai parte dei servizi sanitari al fine di verificare se le diverse condizioni di salute, evidenziate prima, hanno comportato un diverso ricorso ai servizi sanitari.

Per quanto riguarda il ricorso a visite mediche generiche o specialistiche nelle ultime quattro settimane non vi è alcuna differenze tra i non autosufficienti e gli "autosufficienti" così come per il ricorso ad accertamenti diagnostici. Anche per quanto riguarda il ricordo al Day Hospital dall'analisi descrittiva non si evidenziano differenze tra i due gruppi, le uniche differenze rilevanti si riscontrano solo nel numero di ricoveri effettuati negli ultimi tre mesi, infatti, la percentuale di non autosufficienti che ha effettuato almeno un ricovero è pari al 19,0% contro una percentuale dell'8,5% degli "autosufficienti".

Il 10,5% delle persone non autosufficienti ha fatto ricorso ai servizi sanitari di riabilitazione mentre tra gli "autosufficienti" tale percentuale è pari al 5,8%.

L'ultimo aspetto relativo ai bisogni socio-sanitari soddisfatti dalla rete formale è quello relativo all'assistenza domiciliare. Le persone non autosufficienti utilizzano più spesso questo tipo di assistenza e prevalentemente richiedono assistenza di tipo sanitario sia in modo esclusivo che integrata da servizi di natura sociale.

Grafico 6 - Persone con disabilità moderata o grave di 6 anni e più che vivono in famiglia per livello di non autosufficienza e utilizzo dell'assistenza domiciliare. Anno 1999-2000.

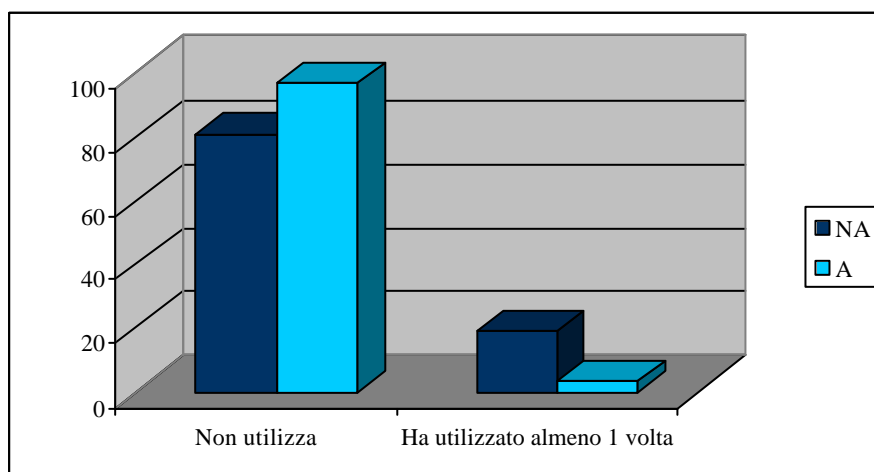


Grafico 7 - Persone con disabilità moderata o grave di 6 anni e più che vivono in famiglia che utilizzano l'assistenza domiciliare per livello di non autosufficienza e motivo per il quale utilizzano l'assistenza domiciliare. Anno 1999-2000.

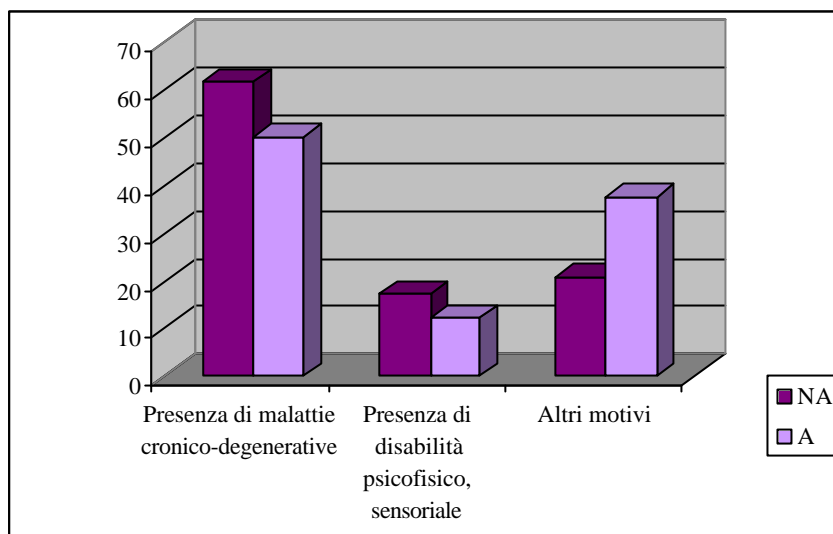
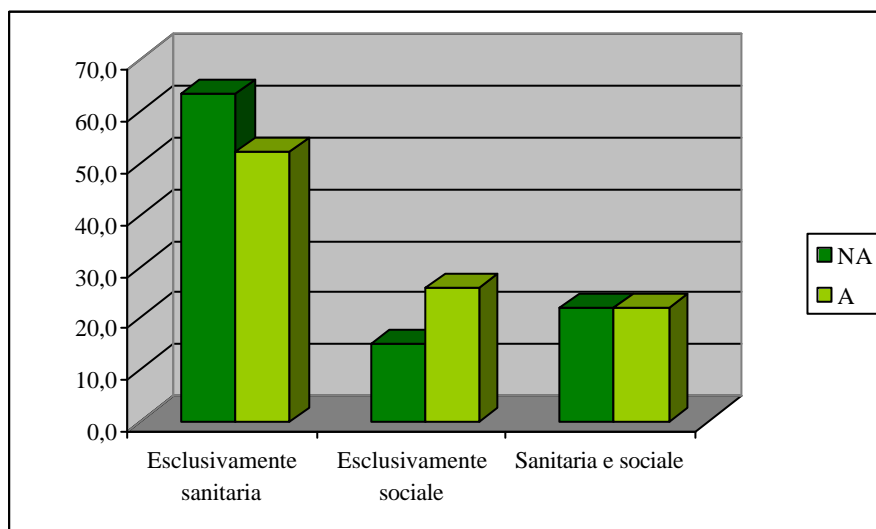


Grafico 8 - Persone con disabilità moderata o grave di 6 anni e più che vivono in famiglia che utilizzano l'assistenza domiciliare per livello di non autosufficienza e tipo di assistenza domiciliare. Anno 1999-2000.



Ma quali sono invece le differenze relative alla domanda di servizi socio-sanitari che hanno trovato una risposta da parte della rete informale che circonda la persona con disabilità sia essa "autosufficiente" che non autosufficiente.

Tra le persone non autosufficienti e quelle "autosufficienti" non sembra esserci una differenza significativa per quanto riguarda gli aiuti ricevuti di tipo economico e gli aiuti ricevuti nell'esecuzione della propria attività di studio o di lavoro forniti dalla rete informale. Sembrano,

invece essere sostanziali le differenze relative agli aiuti per prestazioni sanitarie (iniezioni, medicinali, ecc.) (43,2% NA, 23,5% A), compagnia (52,1% NA, 33,0% A), accudimento/assistenza (50,7% NA, 22,0% A), attività domestiche (44,6% NA, 28,5% A), accompagnamento/ospitalità (31,7% NA, 16,1% A), effettuazione pratiche burocratiche (40,7% NA, 26,8% A).

Fino ad ora abbiamo analizzato gli aiuti ricevuti dalla rete informale e non retribuiti ma le differenze restano anche quando si osservano i comportamenti relativi all'utilizzo dei servizi privati a pagamento, infatti, il 24,4% tra le famiglie dei non autosufficienti hanno una persona che assiste un anziano o disabile contro una percentuale pari al 3,4% tra le famiglie degli "autosufficienti."

9. Conclusioni

Il presente lavoro ha tentato di trovare una metodologia di stima delle persone non autosufficienti, partendo dalle diverse definizioni esistenti ed individuando le dimensioni principali della non autosufficienza. L'analisi dell'esistente utilizzando le diverse definizioni adoperate a livello nazionale ed internazionale ha evidenziato che spesso come contingente di riferimento in materia di non autosufficienza si considerano o tutte le persone con disabilità o solo le persone anziane; in tutti i casi non viene quasi mai esplicitato cosa si comprende nel concetto di non autosufficienza.

Nel momento in cui però il concetto viene definito si fa principalmente riferimento alla difficoltà di svolgere le "ricorrenti azioni quotidiane"; inoltre la maggior parte delle scale utilizzate dalle Unità di Valutazione Multidisciplinare, di Handicap o Geriatrica contengono tra i diversi assi di valutazione anche quello relativo alle capacità funzionali e motorie.

I due approcci hanno evidenziato chiaramente quanto sia difficile stabilire una vera e propria graduatoria di perdita di abilità ma come invece sicuramente sia possibile individuare la base e la sommità di essa. La base della graduatoria è composta da coloro che non sono in grado di "fare il bagno e la doccia da soli" mentre la sommità della graduatoria è composta, in entrambi i casi, da tre abilità che sono: "mangiare anche tagliando il cibo da solo", "alzarsi dalla sedia" e "lavarsi mani e viso da solo" che rappresentano le ultime abilità la cui perdita può considerarsi indicatore di non autosufficienza.

Le persone non autosufficienti così come sono state individuate all'interno di questo rapporto stanno ovviamente peggio, rispetto al restante contingente delle persone con disabilità moderata o grave, sia dal punto di vista della salute oggettiva sia per quanto riguarda le difficoltà nella vita di tutti i giorni. Queste difficoltà più che il reale stato di salute fanno la differenza nel momento in cui si analizzano i bisogni socio-sanitari dei due gruppi. Infatti, mentre non si trovano sostanziali differenze nel ricorso ai servizi sanitari dovuti al differente stato di salute oggettivo, si

trovano invece molte differenze nell'utilizzo di aiuti informali che permettono alla persona non autosufficiente di affrontare tutte quelle difficoltà che la vita di tutti i giorni ci pone davanti.

Bibliografia

- ❖ Battisti A. & Hanau C. (2004). Criteri per la definizione della gravità delle persone con disabilità: un'applicazione ai dati italiani. *Tendenze*, n.3.
- ❖ Bolasco S. (1999). Analisi multidimensionale dei dati. Metodi strategie e criteri d'interpretazione. Roma: Carocci.
- ❖ Gesini G.F., Rizzini P., Trabucchi M., Vanara F., a cura di , "Rapporto Sanità 2005. Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari", Il Mulino, Bologna 2005.
- ❖ Hanau C. (2002) Complementarietà dell'ICD-10 e dell'ICF. L'integrazione scolastica e sociale, vol.I, n.5, pp.443-448.
- ❖ ISTAT (2001) Condizioni di salute della popolazione, anni 1999-2000. Collana Informazioni. Stima su dati dell'Indagine Multiscopo sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.
- ❖ Moretti E., Mengani M., Fioravanti P (1990) Disabilità e invecchiamento della popolazione. In: Maisano A., Demografie comparate. Vol. 2°, 161-215, Messina.
- ❖ Mengani M. (1993) Il grado di autosufficienza degli anziani ricoverati nelle case di riposo della regione Marche. *Prisma*, 32: 1-76.
- ❖ Mengani M. (1995a) La disabilità nella donna anziana: in istituto e nella propria abitazione, *La Rivista di Servizio Sociale*, 1: 85-95.
- ❖ Mengani M. (1995b) *La quantificazione della disabilità nella popolazione anziana*. *L'Assistenza Sociale*, 6:137-142.
- ❖ Mengani M. (1996) *Il grado di autosufficienza della donna anziana: in istituto e a domicilio*. *Oggi Domani Anziani*, 1: 39-51.
- ❖ Mengani M., Giammarchi C. (1996), *Anziani disabili in un contesto montano*. *Difesa Sociale*, 3:61-75.
- ❖ Tragnone A, Di Ciommo S, Hanau C. (1999). Relazione fra indicatori di non autosufficienza e fabbisogno di cure di pazienti a domicilio. *Geriatrics*, vol.XI, n.5, pp.321-334.