

Criteri per la definizione della gravità delle persone con disabilità: un'applicazione ai dati italiani

Alessandra Battisti¹

Carlo Hanau²

1. Introduzione

Da vari anni, il Ministro della Salute (ex Ministro della Sanità) e quello del Welfare sottolineano le carenze del nostro sistema sanitario e assistenziale nel tutelare le persone gravemente non autosufficienti, che un tempo erano assistite dai familiari oppure ospitate presso gli ospedali e le infermerie.

L'invecchiamento della popolazione e l'adozione di nuove tecniche sanitarie sempre più efficaci nel garantire la sopravvivenza di persone malate hanno aumentato il numero di coloro che hanno bisogno di molta assistenza sanitaria e sociale per lunghi periodi della vita, mentre la risorsa famiglia, il più grande ammortizzatore sociale esistente, ha ridotto le sue potenzialità di presa in carico del problema.

I quasi tre milioni di soggetti che si autodichiarano affetti da una qualche disabilità permanente³ costituiscono una grande platea d'individui che non possono essere assunti come non autosufficienti: infatti, prendendo ad esempio un soggetto sordo, a buon titolo inserito fra i disabili, egli ha diritto ad un'educazione speciale e al collocamento mirato, ma non si può certo pensare di risolvere i suoi problemi con le Residenze Sanitarie Assistenziali o con l'Assistenza Domiciliare Integrata che sono dedicate alle persone non autosufficienti.

La necessità d'assistenza può e deve essere valutata caso per caso, scegliendo la forma d'assistenza più efficiente. Non si deve assolutamente dimenticare che "il bisogno" non è sempre proporzionale al grado di gravità della non autosufficienza: alcuni studi indicano che esiste un terzo di casi nei quali bisogni e non autosufficienza sono fra loro indipendenti⁴.

Data l'importanza del tema nel dibattito politico degli ultimi anni e la volontà politica di varare entro il 2003 il piano nazionale per la non autosufficienza in coordinamento tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Ministero della Salute è sembrato opportuno iniziare a ragionare su quale potesse essere la popolazione di riferimento di questo piano.

"Il piano partirà a meta anno 2003 in forma sperimentale all'interno di alcune regioni. Tra gli obiettivi spiccano la costruzione di un nuovo modello di finanziamento e d'accesso alle

¹ Alessandra Battisti, ISTAT, Sistema Informativo sull'Handicap, 06/85227582, albattis@istat.it.

² Carlo Hanau, Università di Bologna, hanau@stat.unibo.it

³ Stima fatta utilizzando i dati dell'Indagine Multiscopo sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari condotta dall'ISTAT.

⁴ A. Tragnone, S. Di Ciommo, C. Hanau, "Relazione fra indicatori di non autosufficienza e fabbisogno di cure di pazienti a domicilio" Geriatria, vol. XI, n. 5, sett/ott 1999, pp. 321-334.

prestazioni, la permanenza della persona non autosufficiente nel contesto familiare e sociale, il mantenimento ed il maggior recupero possibile dell'autonomia personale e la costruzione di servizi territoriali personalizzati, integrando sanità e assistenza.”⁵

Purtroppo nel nostro paese non esistono dati di natura amministrativa che permettano la determinazione dell'intero contingente di persone non autosufficienti; per questo motivo il presente lavoro tenta di colmare questa lacuna informativa. Il lavoro tenterà, infatti, di individuare quante sono le persone non autosufficienti utilizzando un'approccio di tipo statistico che a sua volta è articolato in un duplice percorso il primo che utilizza i risultati di alcuni studi empirici ed il secondo che invece si basa sull'analisi statistica dei dati provenienti dall'Indagine Multiscopo ISTAT sulle “Condizioni di salute e risorse ai servizi sanitari”. Lo scopo finale è quello di fornire uno strumento per classificare la disabilità secondo il livello di gravità. In questo modo, stabilito lo strumento, si possono individuare tanti contingenti di riferimento a seconda di quanto si vuole sia ampio il concetto di non autosufficienza.

2. Materiali

I dati utilizzati provengono dall'indagine Multiscopo dell'ISTAT del 1999-2000 sulle "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari". Si tratta di un'indagine campionaria che si configura come strumento fondamentale d'osservazione delle condizioni di salute della popolazione. L'indagine costituisce attualmente l'unica fonte di dati organizzata, informatizzata ed uniforme a livello territoriale che sia capace di fornire un quadro abbastanza completo, sebbene non esaustivo, sulle persone disabili.

All'interno dell'indagine è definita disabile la persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle attività della vita quotidiana (ADL)⁶, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.).

A seconda della sfera di autonomia funzionale compromessa, sono state costruite quattro tipologie di disabilità: confinamento, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà della comunicazione.

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

⁵ Libro bianco sul Welfare: proposte per una società dinamica e solidale – Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Febbraio 2003

⁶ Si tratta delle cosiddette Attività della Vita Quotidiana, ovvero di un insieme di quesiti relativi alla capacità della persona di espletare azioni (anche con l'eventuale presenza di protesi o ausili) quali lavarsi, vestirsi, mangiare da sola, ecc. Tale batteria di quesiti segue le direttive fornite dal Consiglio d'Europa e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Le persone con difficoltà nel movimento hanno problemi nel camminare (riescono solo 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 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 tagliando 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); limitazioni nel vedere (non riconoscere un amico ad un metro di distanza); difficoltà nella parola (non essere in grado di parlare senza difficoltà).

Nella lettura dei risultati bisogna però considerare che tra i disabili, così come definiti dall'indagine sono esclusi i bambini sotto i sei anni e i disabili che vivono in istituto⁷.

3. Metodologia

Il lavoro cercherà di fornire uno strumento per classificare la disabilità secondo il livello di gravità, in modo da poter determinare chi sono le persone non autosufficienti.

A tal fine sono stati tentati due approcci diversi: il primo, che nasce dallo studio della letteratura esistente⁸ e dalle conoscenze pregresse, ha lo scopo finale di verificare una classificazione determinata a priori; il secondo approccio, invece, tenta di determinare a posteriori una classificazione a partire dai microdati.

Studi⁹ compiuti negli anni novanta presso l'INRCA (Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani)¹⁰ evidenziavano, infatti, una certa costanza sequenziale nella perdita progressiva delle varie abilità ed autonomie, una specie di effetto domino, che consente di prevedere con buon livello di attendibilità la perdita di alcune autonomie una volta determinata la perdita di una sola di queste. In altre parole vi sarebbe una predeterminata sequenzialità, per cui la perdita di una delle abilità più facili a conservare predice che altre abilità sono già state perdute, in una successione ben determinabile che segue l'andamento dei disturbi nella quarta età.

⁷Per quanto riguarda la stima dei disabili che vivono in residenze e non in famiglia, i primi risultati provvisori della rilevazione ISTAT sui presidi socio-assistenziali indicano la presenza di 165.538 persone disabili o anziani non autosufficienti ospiti nei presidi socio-assistenziali.

⁸ Cfr nota 9.

⁹ Moretti E., Mengani M., Fioravanti P., 'Disabilità' e invecchiamento della popolazione. In: Maisano A., *Demografie comparate*. Vol. 2°, 161-215, Messina, 1990; Mengani M., Il grado di autosufficienza degli anziani ricoverati nelle case di riposo della regione Marche. *Prisma*, 32: 1-76, 1993; Mengani M., *La disabilità' nella donna anziana: in istituto e nella propria abitazione*. La Rivista di Servizio Sociale, 1: 85-95, 1995; Mengani M., *La quantificazione della disabilità' nella popolazione anziana*. L'Assistenza Sociale, 6:137-142 1995; Mengani M., *Il grado di autosufficienza della donna anziana: in istituto e a domicilio*, Oggi Domani Anziani, 1: 39-51, 1996; Mengani M., Giammarchi C., *Anziani disabili in un contesto montano*. Difesa Sociale, 3:61-75,1996.

¹⁰ L'Ente, un IRCCS, 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.

L'analisi di questi studi ha portato alla formulazione di due nuove ipotesi che sono alla base del primo approccio. La prima è che si suppone che la perdita di "abilità semplici" implichi un livello di gravità più alto rispetto alla perdita di "abilità più complesse". Le abilità più complesse sono quelle che, perdendosi per prime non sono possedute dalla maggior parte delle persone con disabilità, mentre la perdita di quelle semplici è meno frequente. La seconda ipotesi, molto plausibile, è che la gravità, oltre ad essere funzione della complessità della singola abilità che non si è in grado di svolgere, è anche funzione della numerosità delle abilità non possedute, chi non è abile a svolgere tutte le attività della vita quotidiana è considerato più grave di chi non è in grado di svolgere una sola attività. Solo accentuando queste due ipotesi sarà possibile prendere per buoni i risultati che si otterranno.

Accettando queste ipotesi è possibile individuare una prima graduatoria di gravità utilizzando la distribuzione percentuale delle diverse tipologie di disabilità. Questo ha portato alla formulazione di un'ipotesi, da verificare nel corso del lavoro, che la disabilità più frequente rappresentasse il primo gradino della sequenza nella perdita delle abilità, mentre la disabilità meno frequente l'ultimo.

Sfruttando quindi la maggiore o minore diffusione delle disabilità si è provato ad ipotizzare una prima graduatoria di perdita delle abilità, che sarà poi sottoposta a verifica.

Al fine di convalidare questa graduatoria "a priori" sono stati creati tanti gruppi quante sono le ADL prese in considerazione¹¹. Per ogni gruppo sono state poi calcolate le distribuzioni per numero di ADL possedute. Successivamente per ogni *gruppo l*, per *l* che varia da 1 a 9 quanti sono i gruppi creati, è stato calcolato il seguente indice:

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

dove *i* è uguale al numero di ADL possedute e n_i^l sono il numero di persone appartenenti al *gruppo l* che non possiedono *i* abilità e n^l è il numero totale di persone appartenenti al *gruppo l*.

L'indice così costruito permetterà di misurare la vicinanza di ogni gruppo alla situazione di massima non autosufficienza¹², infatti, l'indice varia tra 0 e 1 ed assumerà valore 1 nel momento in cui tutte le persone appartenenti a quel gruppo non sono abili in tutte le attività della vita quotidiana considerate.

¹¹ Ogni persona disabile apparterrà a tanti gruppi quante sono le attività della vita quotidiana che non è in grado di svolgere.

¹² Sicuramente una persona che non possiede alcuna delle nove abilità considerate può essere considerata senza ombra di dubbio non autosufficiente.

Utilizzando l'indice si costruirà una nuova graduatoria: il gruppo con il valore dell'indice più basso costituirà il primo gradino della nuova graduatoria e quello con il valore più alto l'ultimo. Dal confronto della graduatoria a priori con quella nuova si verificherà l'esattezza dell'ipotesi inizialmente formulata.

Il secondo approccio, invece, consiste nell'analizzare i dati individuali attraverso un'analisi delle corrispondenze con lo scopo di individuare un'asse di non autosufficienza che, attraverso le proiezioni delle modalità delle variabili su di esso, permetta la definizione di una graduatoria delle abilità o comunque dia una misurazione dell'influenza di ciascun'abilità sulla variabile latente "non autosufficienza" rappresentata dall'asse fattoriale precedentemente individuato.

L'analisi delle corrispondenze, che deve il suo nome a J.P. Benzécri, rappresenta una proposta che mira a cercare la migliore rappresentazione simultanea degli elementi riga e colonna della tabella dei dati che si vuole studiare.

Questo approccio permette un'analisi di tipo "globale", infatti, grazie all'emergere di variabili *inosservabili*, consente di mettere momentaneamente da parte le proprie conoscenze a priori, e di osservare in maniera non preconcepita quel che l'analisi dei dati può fornire. L'interesse per quest'analisi è notevole perché consente di studiare l'informazione proveniente sia da caratteri quantitativi sia qualitativi; permette, inoltre, la determinazione delle coordinate delle modalità sugli assi fattoriali, coordinate che rappresentano delle quantificazioni dei caratteri qualitativi, costituendo delle misurazioni di livello più elevato rispetto all'informazione originaria. Sulla rappresentazione grafica delle modalità delle variabili inserite nell'analisi, è possibile ricongiungere con una spezzata le varie modalità di uno stesso carattere e tracciare così sui piani fattoriali delle "traiettorie" che, in funzione del loro andamento, consentono di apprezzare il grado di associazione fra i diversi caratteri, nonché fra ciascuno di essi e i fattori, ponendo le basi per l'interpretazione degli assi fattoriali¹³.

5. Analisi di contesto

In base alle stime ottenute dall'indagine sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", emerge che in Italia le persone con disabilità sono 2milioni 615mila, 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

¹³ Cfr Bolasco "Analisi multidimensionale dei dati. Metodi strategie e criteri d'interpretazione" Carocci Editore, Roma 1999.

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 dei disabili che vivono in residenze e non in famiglia, i risultati della rilevazione sui presidi socio-assistenziali indica la presenza di 165.538 persone disabili o anziani non autosufficienti ospiti nei presidi socio-assistenziali (Tabella 2)

Tabella 2. Numero di persone disabili e di anziani non autosufficienti ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali - Anno 1999

	Disabili			Anziani non autosufficienti	Totale
	Minori di 18 anni	Tra 18 e 64 anni	Totale		
Maschi	1.316	11.165	12.481	32.082	44.563
Femmine	901	11.271	12.172	108.807	120.979
Maschi e Femmine	2.217	22.436	24.653	140.889	165.542

Fonte: ISTAT-CISIS, Rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali, anno 1999.

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.

Nell'analisi della distribuzione territoriale emerge un differenziale tra l'Italia settentrionale e quella meridionale ed insulare. In particolare, si osserva un tasso di disabilità del 6% nell'Italia insulare e del 5,2% nell'Italia Meridionale, mentre tale tasso scende al 4,4% nell'Italia Nord-Orientale e al 4,3% nell'Italia Nord-Occidentale. Nell'Italia Centrale si ha un tasso di disabilità del 4,8%.

Dall'indagine sulle condizioni di salute è possibile identificare quattro tipologie di disabilità:

- 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, tra le persone di 80 anni e più la quota raggiunge circa il 25%;
- disabilità nelle funzioni (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare) 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 elementari esigenze; tra gli ultraottantenni, circa 1 persona su 3 ha difficoltà a svolgere autonomamente le fondamentali attività quotidiane;
- disabilità nel movimento (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi) si rileva che il 2,2% delle persone di 6 anni e più presenta disabilità nel movimento, 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%;
- 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 con l'indagine sulle condizioni di salute, 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 un criterio molto restrittivo di disabilità, quello secondo cui vengono considerate disabili le persone che nel corso dell'intervista hanno riferito 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. Risultati

6.1 PRIMO APPROCCIO

La determinazione di una possibile definizione di non autosufficienti, deve essere preceduta da un'analisi che permetta di definire una graduatoria della perdita d'abilità. La prima ipotesi di graduatoria nasce dall'analisi della distribuzione percentuale della non capacità a compiere una specifica attività della vita quotidiana (ADL).

Partendo dalla distribuzione percentuale delle singole ADL non possedute è stata determinata la graduatoria di diffusione delle stesse all'interno della popolazione disabile, ottenendo come risultato la tabella 3.

Tabella 3 – Persone disabili di 6 anni e più per tipo di abilità non posseduta. Valori percentuali per 100 disabili – Anno 1999-2000

Attività della vita quotidiana	Valori percentuali della diffusione
Lavarsi mani e viso da solo	16,79%
Mangiare anche tagliando il cibo da solo	17,79%
Alzarsi dalla sedia	24,30%
Alzarsi dal letto	34,04%
Vestirsi da solo	34,40%
Chinarsi ¹⁴	43,67%
Salire le scale	44,92%
Camminare	48,64%
Bagno da solo	58,98%

¹⁴ Data la formulazione della domanda, che presuppone la possibilità di stare in piedi, e di raccogliere un oggetto caduto per terra, non stupisce l'elevata percentuale di disabili, pari a 43,7%.

Dall'analisi della tabella si evince che l'attività della vita quotidiana più frequentemente non posseduta è il “farsi il bagno e la doccia da solo” mentre quelle più frequentemente possedute sono il “lavarsi le mani e il viso da solo” e “mangiare anche tagliando il cibo da solo”.

Questo ha portato a formulare un'ipotesi, da verificare nel corso del lavoro, che l'abilità più frequentemente persa “farsi il bagno e la doccia da solo” potesse rappresentare il primo gradino della sequenza nella perdita delle abilità, mentre il “mangiare da solo” e il “lavarsi le mani ed il viso da soli” l'ultimo.

Se fosse sempre verificata quest'ipotesi, si potrebbe evitare la ricerca di cluster con metodi più complicati, giacché una sola disabilità presente quella che è meno diffusa nella generalità, identificherebbe una persona che ha perso tutte le abilità più diffuse nella generalità.

Sfruttando quindi la maggiore o minore frequenza percentuale di diffusione si è provato ad ipotizzare una prima graduatoria di perdita di abilità, riportata nella tabella 4, che verrà però di seguito verificata.

Tabella 4 – Ordine di perdita di abilità. Classificazione a priori.

Attività della vita quotidiana
1) Farsi il bagno o la doccia da solo
2) Camminare
3) Salire e scendere le scale
4) Chinarsi
5) Vestirsi da solo
6) Alzarsi dal letto
7) Alzarsi dalla sedia
8) Mangiare anche tagliando il cibo da solo
9) Lavarsi mani e viso da solo

Una volta ottenuta la graduatoria di diffusione delle ADL sono stati costruiti tanti gruppi di disabili quante sono le ADL presenti nella graduatoria e per ogni gruppo è stata calcolata la distribuzione per numero di ADL possedute, ottenendo la matrice presentata nella tabella 5.

¹⁵ Sono stati considerati solo i disabili con difficoltà di tipo motorio o funzionale.

Tabella 5 – Persone di 6 anni e più per gruppo di disabilità di appartenenza¹⁶ e numero di ADL perdute – Dati in migliaia.

N° ADL	Gruppi									
	Camminare	Scendere e salire le scale	Chinarsi	Alzarsi dal letto	Alzarsi dalla sedia	Vestirsi	Bagno e Doccia	Lavarsi mani e viso	Mangiare	
1	172	91	121	15	0	19	317	3	12	
2	139	128	88	12	1	42	176	7	14	
3	97	86	65	28	4	66	151	14	32	
4	101	98	101	72	11	60	116	19	27	
5	110	108	105	95	33	53	102	10	28	
6	75	76	73	79	31	71	88	15	26	
7	215	217	218	220	200	220	221	25	18	
8	106	113	113	113	98	112	113	89	51	
9	257	257	257	257	257	257	257	257	257	
Totale	1.272	1.175	1.142	890	636	900	1.542	439	465	

Fonte dati: Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anno 1999-2000

Per ogni gruppo è stato costruito l'indice di vicinanza alla situazione di massima non autosufficienza, ordinando i gruppi in ordine decrescente rispetto al valore assunto dall'indice è stata ottenuta la nuova graduatoria presentata nella tabella 6.

Tabella 6 – Indicatore di vicinanza alla situazione di massima non autosufficienza per gruppi di disabilità di appartenenza¹⁷ – 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

Infatti, 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 nuova graduatoria che vede come prima abilità persa il “farsi il bagno e la doccia da solo” e come ultima abilità “lavarsi mani e viso da soli” (cfr. tabella 7). Gli appartenenti al gruppo il “farsi il bagno e la doccia da solo” hanno un numero di ADL inferiore rispetto a tutti gli altri gruppi e questo porta a supporre che questa attività della vita quotidiana possa rappresentare la prima abilità ad essere persa, mentre gli appartenenti al gruppo “lavarsi mani e viso da soli” hanno un numero di ADL molto alto e sono molto vicini alla situazioni di massima non autosufficienza per questo motivo si può tranquillamente ipotizzare che questa abilità è l'ultima abilità che si perde nella “scalata” verso la non autosufficienza.

¹⁶ Cfr nota 10

¹⁷ Cfr nota 10

Tabella 7 – Ordine di perdita di abilità. Classificazione a posteriori.

Attività della vita quotidiana
1) Farsi il bagno o la doccia da solo
2) Camminare
3) Salire e scendere le scale
4) Chinarsi
5) Vestirsi da solo
6) Alzarsi dal letto
7) Mangiare anche tagliando il cibo da solo
8) Alzarsi dalla sedia
9) Lavarsi mani e viso da solo

Confrontando le due classificazioni, quella a priori e quella a posteriori (tabella 8) si nota come le due classificazioni non differiscono tra di loro fatta eccezione per l'inversione tra l'abilità "alzarsi dalla sedia" e "mangiare anche tagliando il cibo da solo" che si scambiano le posizioni passando dalla classificazione a priori a quella a posteriori.

Tabella 8 – Confronto tra la classificazione a priori e la classificazione a posteriori.

Attività della vita quotidiana	
Classificazione a priori	Classificazione a posteriori
Farsi il bagno o la doccia da solo	Farsi il bagno o la doccia da solo
Camminare	Camminare
Salire e scendere le scale	Salire e scendere le scale
Chinarsi	Chinarsi
Vestirsi da solo	Vestirsi da solo
Alzarsi dal letto	Alzarsi dal letto
Alzarsi dalla sedia	Mangiare anche tagliando il cibo da solo
Mangiare anche tagliando il cibo da solo	Alzarsi dalla sedia
Lavarsi mani e viso da solo	Lavarsi mani e viso da solo

6.2 SECONDO APPROCCIO

Il secondo approccio prevede l'utilizzo di un'analisi multivariata, in questo caso l'analisi delle corrispondenze, sui microdati dell'indagine sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". L'analisi è stata condotta su tutte le persone che hanno manifestato un'apprezzabile difficoltà nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, quindi su 6milioni 980mila persone. Per ogni individuo sono state considerate le seguenti variabili: classe d'età, sesso, confinamento individuale (costrizione a letto, su una sedia non a rotelle o in casa), le nove ADL considerate anche nel primo approccio ed in più l'ADL sull'incontinenza. Per ogni attività della vita quotidiana sono state considerati tutti i livelli di non autosufficienza dalla totale abilità a svolgere una determinata attività a "non essere in grado di svolgerla" o "essere in grado di svolgerla solo con l'aiuto di qualcuno". Comunque sia le variabili che le diverse modalità utilizzate nell'analisi multivariata sono presentate in modo più dettagliato nella tabella 9.

L'analisi è risultata significativa con i primi 5 fattori che spiegano ben il 59.73% dell'inerzia totale.

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, permetta la definizione di una graduatoria delle abilità.

Dall'analisi del grafico 1 si nota immediatamente la distribuzione delle modalità delle diverse attività della vita quotidiana lungo il primo asse fattoriale. Spostandosi da sinistra a destra troviamo rappresentate tutte le modalità delle ADL considerate e congiungendo per ogni variabile le diverse modalità si riescono a definire delle traiettorie di non capacità di svolgere una determinata ADL.

In generale, guardando il grafico 2, che altro non è che una riproduzione del grafico 1, si notano tre aree diverse: la prima quella dal contorno blu contiene le abilità possedute (tutte le modalità 1 delle ADL), la seconda, quella intermedia, dal contorno arancione contiene tutte le modalità intermedie delle ADL, la terza dal contorno verde tutte le modalità più alte.

Quindi la variabile di non autosufficienza sembra essere perfettamente rappresentata dal primo asse fattoriale, spostandosi su quest'asse quindi da sinistra a destra si passa dalla totale autosufficienza alla non autosufficienza e come a confermare i risultati trovati con il precedente approccio si nota come la prima abilità persa sia il "farsi il bagno e la doccia da solo" mentre le ultime sono "mangiare anche tagliando il cibo da solo", "alzarsi dalla sedia" e "lavarsi mani e viso da solo".

Le variabili classe d'età e sesso risultano non avere una forte influenza sull'asse fattoriale in questione ma svolgono sicuramente un effetto di "rafforzamento". All'aumentare dell'età ovviamente le percentuali di "non possesso delle abilità" sono, infatti, molto più alte rendendo ancora più evidente "l'effetto" che si stava cercando.

Tabella 9 – Variabili inserite nell’analisi delle corrispondenze.

<i>Variabile</i>	<i>Modalità</i>	<i>Codice modalità</i>
Classe d'eta	6-64	eta=1
	65 e più	eta=2
Sesso	maschio	sesto=1
	femmina	sesto=2
Camminare	200 metri in più	q7=1
	più di qualche passo	q7=2
	qualche passo soltanto	q7=3
Salire e scendere le scale	sì, senza difficoltà	q8=1
	sì, con qualche difficoltà	q8=2
	sì, con molta difficoltà	q8=3
	no, non è in grado	q8=4
Chinarsi	sì, senza difficoltà	q9=1
	sì, con qualche difficoltà	q9=2
	sì, con molta difficoltà	q9=3
	no, non è in grado	q9=4
Alzarsi dal letto	senza difficoltà	q10=1
	con qualche difficoltà	q10=2
	può farlo solo con aiuto	q10=3
Alzarsi dalla sedia	senza difficoltà	q11=1
	con qualche difficoltà	q11=2
	può farlo solo con aiuto	q11=3
Vestirsi da solo	senza difficoltà	q12=1
	con qualche difficoltà	q12=2
	può farlo solo con aiuto	q12=3
Farsi il bagno o la doccia da solo	senza difficoltà	q13=1
	con qualche difficoltà	q13=2
	può farlo solo con aiuto	q13=3
Lavarsi mani e viso da solo	senza difficoltà	q14=1
	con qualche difficoltà	q14=2
	può farlo solo con aiuto	q14=3
Mangiare anche tagliando il cibo da solo	senza difficoltà	q15=1
	con qualche difficoltà	q15=2
	può farlo solo con aiuto	q15=3
Incontinenza	si	q20=1
	no	q20=2
Confinamento Individuale	si	cih=1
	no	cih=2

Grafico1 – Rappresentazione grafica delle variabili sul 1° e 2° asse fattoriale.

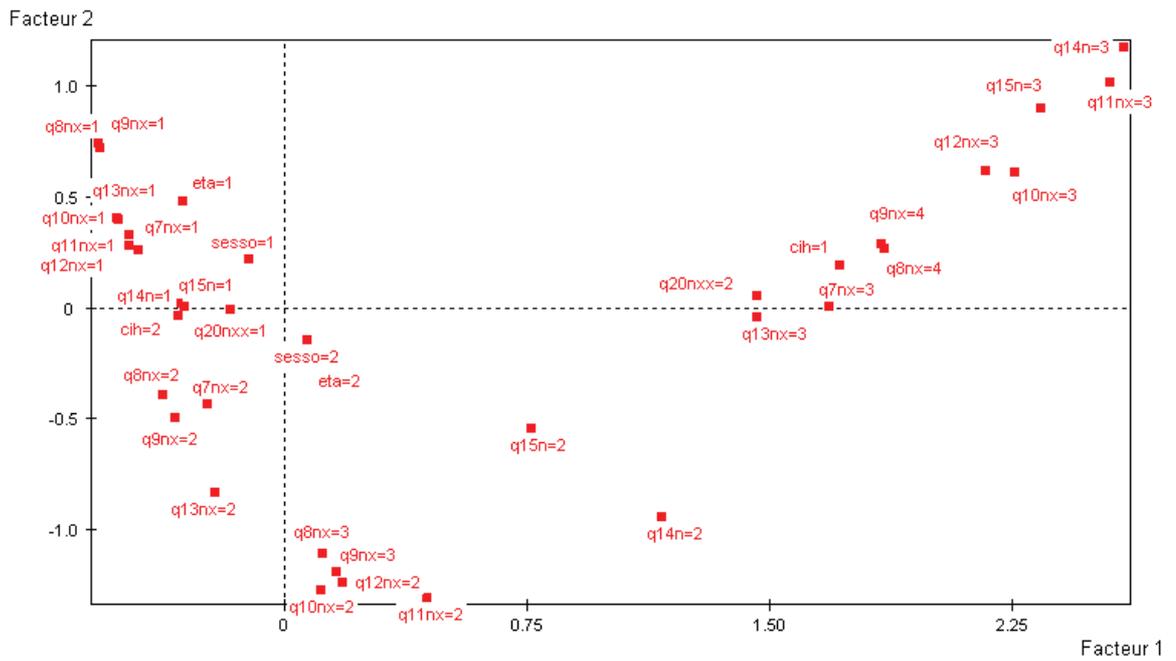
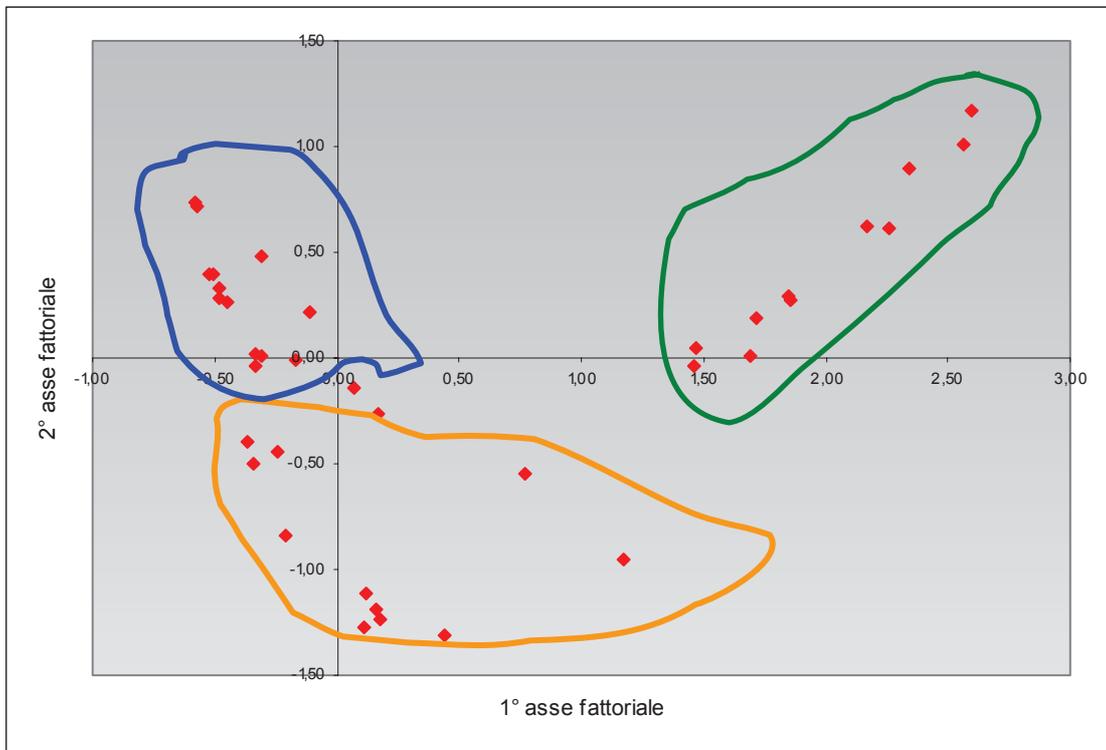


Grafico2 – Rappresentazione grafica delle variabili sul 1° e 2° asse fattoriale.

Individuazione asse non autosufficienza.



6.3 CHI E QUANTE SONO LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI?

Entrambi gli approcci conducono ad uno stesso risultato che la sommità della graduatoria è composta dalle tre abilità che sono: “mangiare anche tagliando il cibo da solo”, “alzarsi dalla sedia” e “lavarsi mani e viso da solo” e che rappresentano le ultime abilità la cui perdita può considerarsi indicatore di non autosufficienza.

Utilizzando questa definizione di non autosufficienti chi e quante sono le persone appartenenti a questo insieme?

Per una maggiore chiarezza si è deciso di analizzare prima le persone che hanno una singola determinata ADL, successivamente che ne hanno almeno una delle tre considerate, per poi passare a coloro che hanno due ADL ed infine tre ADL.

Le persone che non sono in grado pur utilizzando ausili di “*mangiare anche tagliando il cibo da soli*” sono in tutto 465mila, di questi il 38% sono uomini ed il restante 62% sono donne. Il 22% di queste persone ha un’età compresa tra i 6 ed i 64 anni, il 13% tra i 65 e i 74 anni e ben il 65% ha un’età superiore ai 75 anni. Il 23% delle persone che non sono in grado “mangiare anche tagliando il cibo da soli” vivono da soli, il 17% è membro aggregato presso un altro nucleo familiare, l’11% vive in coppia con i figli mentre il 20% in coppia senza figli, il restante 29% ha una condizione familiare diversa da quelle precedentemente descritte.

Le persone che non sono in grado pur utilizzando ausili di “*alzarsi dalla sedia*” sono in tutto 635mila, di questi le donne rappresentano ben il 67% mentre gli uomini solo il 33%. Il 22% ha un’età compresa tra i 6 ed i 64 anni, il 16% tra i 65 e i 74 anni ed il restante 62% ha un’età superiore o uguale a 75 anni. La percentuale di persone che vivono sole è pari al 23%, il 14% è membro aggregato presso un altro nucleo familiare, il 13% vive in coppia con i figli e il 24% in coppia senza figli mentre il 26% ha un’altra condizione familiare.

Sono, invece, 439mila le persone che non sono in grado di “*lavarsi le mani ed il viso da soli*”, le donne questa volta rappresentano il 63% del gruppo mentre gli uomini il 37%. Il 19% ha un’età compresa tra i 6 ed i 64 anni, il 15% tra i 65 ed i 74 anni e il 66% ha un’età maggiore o uguale a 75 anni. Il 22% vive da solo, il 15% si è aggregato ad un altro nucleo familiare, il 34% vive in coppia, rispettivamente 11% vive in coppia con figli e il 23% in coppia senza figli, gli altri (27%) hanno una diversa condizione familiare.

Fino ad ora abbiamo descritto i tre gruppi separatamente ma come si intersecano le tre abilità?

Le persone disabili che hanno *almeno una mancanza di abilità* in una delle tre attività della vita quotidiana sono 839mila, di questi il 36% sono uomini ed il 64% sono donne. Il 26% ha un’età inferiore ai 64 anni, il 16% un’età compresa tra i 65 ed i 74 anni e il 58% un’età superiore o 75 anni.

Il 23% del contingente vive da solo, il 14% è membro aggregato, il 12% vive in coppia con i figli mentre il 22 in coppia senza figli, il 29% ha un'altra condizione familiare.

Le persone che hanno *due delle tre ADL* sono 428mila: il 36% sono uomini e il 64% donne. Il 18% ha meno di 64 anni, il 14% tra 65 e 74 anni e il 68% più di 75 anni. Il 23% vive da solo, il 34% in coppia con o senza figli mentre l'11% si considera membro aggregato ad un altro nucleo familiare, il restante 26% ha un'altra condizione familiare.

Sono, invece, 272mila le persone con disabilità *inabili in tutte e tre le attività della vita quotidiana*, le proporzioni di donne e uomini sembrano rimanere abbastanza costanti (rispettivamente 65% e 35%) rispetto ai contingenti precedentemente descritti. Stavolta però ben il 73% ha un'età superiore ai 75 anni (il 14% tra 6-64 anni, il 12% tra 64-74). Il 21% vive solo, il 33% con il coniuge, il 20% come membro aggregato ed il restante 26% in altra condizione familiare.

5. Conclusioni

I risultati di entrambi gli approcci portano a concludere che è molto difficile stabilire una vera e propria graduatoria di perdita delle diverse abilità ma sicuramente è possibile individuare la base e la sommità di essa. Alla base della graduatoria si trova l'abilità di "farsi il bagno e la doccia da solo", che come ripetuto molte volte in questo lavoro rappresenta la prima abilità che si perde lungo il percorso che porta alla non autosufficienza; la sommità della graduatoria è composta dalle tre abilità che sono: "mangiare anche tagliando il cibo da solo", "alzarsi dalla sedia" e "lavarsi mani e viso da solo" e che rappresentano le ultime abilità la cui perdita può considerarsi indicatore di non autosufficienza.

Per questo motivo è fondamentale iniziare a ragionare su come individuare questo contingente. Infatti, una volta determinato una possibile definizione si possono ottenere contingenti di numerosità diversa a seconda dell'ampiezza della definizione di non autosufficienza che si considera.

A questo punto del lavoro sorge, infatti, un altro interrogativo, data per buona la graduatoria, chi si considera come non autosufficiente? Lo scopo di questo lavoro è proprio quello di presentare una metodologia che permetta una determinazione flessibile ma organica delle persone non autosufficienti, si può passare da una numerosità di 272mila persone fino a raggiungere una numerosità 4 volte più grande (839mila) a seconda che si decida di utilizzare l'intersezione delle tre abilità, considerando le sole persone che non sono abili in alcuna delle tre, oppure l'unione, considerando quelle che invece non sono abili in almeno una delle tre; il tutto dipende da quanto ampia si vuole che sia la definizione di non autosufficienza, in alcuni lavori, infatti, sono stati considerati persino non autosufficienti tutte le persone con disabilità con un'età superiore ai 65 anni (1.951mila) se non tutte le persone disabili (2.615mila).

Gli autori sono consapevoli del fatto che questo lavoro rappresenta un'ipotesi, forse molto restrittiva, di definizione di persone disabili non autosufficienti, ma sono altrettanto sicuri che esso rappresenta l'inizio di una serie di analisi e approfondimenti aventi lo scopo di valutare e definire i diversi stadi di non autosufficienza della popolazione con disabilità.