

Progetto di Ricerca

Titolo

Disuguaglianze sociali e fragilità degli anziani: analisi dei problemi e mappatura delle soluzioni innovative

Tematica oggetto della ricerca e contesto di riferimento

La ricerca affronta il tema dell'invecchiamento della popolazione, analizzando le sfide ad esso connesse e prestando particolare attenzione al modo in cui la crisi economica e le disuguaglianze socio-economiche incidono sulla vulnerabilità degli anziani e sull'accesso alle prestazioni socio-sanitarie.

Con l'obiettivo di contribuire al dibattito di policy e all'individuazione di soluzioni concrete a una delle problematiche sociali più cruciali per il futuro del nostro paese, la ricerca analizza quindi le dinamiche complesse che caratterizzano la domanda e l'offerta di servizi socio-sanitari, mettendone in evidenza i principali limiti a livello di adeguatezza, accessibilità ed equità, con un particolare focus sul target degli anziani fragili.

Attraverso alcuni casi di studio, la ricerca si concentra infine sulle possibili soluzioni innovative che possono migliorare qualità, efficienza ed equità del sistema nel dare risposta alle sfide complesse dell'invecchiamento della popolazione.

Il tema dell'invecchiamento della popolazione è andato acquisendo negli ultimi anni una posizione sempre più centrale nel dibattito sul futuro dei sistemi di welfare, sia a livello nazionale che internazionale. Se si pensa che nell'UE27 la quota di anziani sulla popolazione totale sia passata ad essere dal 12,8% nel 1985 al 17,4% nel 2010, e del fatto che in Europa nel 2060 si prevede la presenza di 151 milioni di persone over 65 (contro gli 85 milioni del 2008) e di 61 milioni di over 80 (contro i 22 milioni del 2008), ci si rende subito conto della dimensione e della rilevanza della questione.¹

In Italia le dimensioni del fenomeno sono particolarmente importanti, e la tendenza all'invecchiamento della popolazione appare tra le più accentuate d'Europa: l'Eurostat stima infatti che nel 2030 gli over 80 rappresenteranno in Italia circa l'8% della popolazione, a fronte di una media europea del 6,5 %. La vita media degli italiani si sta allungando (79,4 anni per gli uomini e 84,5 per le donne), mentre la natalità rimane eccessivamente bassa, portando a un indice di dipendenza che è il 4° in Europa e a un indice di invecchiamento in cui l'Italia è seconda solo alla Germania. La "piramide" demografica italiana sembra tendere sempre di più ad assumere la forma di un rombo, che nel giro di pochi decenni potrebbe trasformarsi addirittura in una piramide di forma rovesciata.²

In questo contesto, tende a crescere l'incidenza delle malattie croniche gravi. Secondo l'Istat, nel

¹ Dati da database Eurostat.

² Si veda Istat (2014) "Rapporto annuale 2014: La situazione del Paese", in particolare Capitolo 4, p 142., Fig 4.1.

2012 oltre la metà della popolazione ultra settantacinquenne era affetta da almeno una patologia cronica grave o da tre patologie croniche contemporaneamente.³

Appare evidente che un simile quadro tende già di per sé a generare un aumento della domanda di assistenza e di cura, e a porre forti pressioni sul sistema sanitario e sociale del nostro paese. A titolo di esempio, i dati Istat mostrano che la quota di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata è passata dal 2% nel 2001 al 4,1 % nel 2010.⁴

A questo si somma una sempre crescente complessità dei bisogni, spesso associati a più problematiche sovrapposte, come richiama anche il concetto di "anziani fragili" che normalmente assomma nella sua accezione multidimensionale più fattori tra cui l'età avanzata, la presenza di multiple patologie croniche, la disabilità, la non autosufficienza, l'instabilità della salute, e la presenza di problematiche di natura socio-economica. La fragilità degli anziani diventa quindi una questione di natura complessa, che spesso intreccia tra loro varie problematiche sociali e che fatica a trovare adeguate risposte a livello dei servizi. Si rileva infatti una certa difficoltà dei servizi tradizionali a strutturarsi in modo flessibile in modo che permetta di adattarsi alla domanda, il che comporta che debba purtroppo essere l'utente-cittadino a doversi spesso adattare alle caratteristiche dell'offerta stabilita "dall'alto" dal soggetto finanziatore e/o erogatore del servizio. Un chiaro esempio può essere il caso in cui soggetti che presentano significativi gradi di autonomia e autosufficienza siano comunque ricoverati in RSA a causa dell'assenza di percorsi alternativi che potrebbero d'altra parte essere meno impattanti sulla vita dell'utente.⁵

Ma il quadro non è completo se non vi aggiungiamo anche un'analisi più ampia di natura sociale ed economica, che riguarda la "struttura" del Paese nel suo complesso, e va ad incidere sulla capacità di accesso ai servizi da parte degli anziani, oltre che sulla disponibilità di reti di supporto informali che possano contribuire a soddisfare i bisogni non coperti dai servizi formali.

Dal punto di vista sociale, occorre ricordare che accanto alla trasformazione di natura demografica della struttura familiare italiana (allungamento della vita media, bassa fecondità, e aumento dei tassi di dipendenza), si assiste anche a un aumento dell'occupazione femminile e a un cambiamento degli stili di vita (di lavoro, di abitazione, ecc.), fattori che insieme ad altri tendono ad indebolire anche le forme di protezione, assistenza e cura informali che hanno tradizionalmente trovato luogo all'interno della famiglia. Come rilevato dall'Istat,⁶ la struttura delle famiglie italiane tende assottigliarsi e a strutturarsi verticalmente, con la conseguenza di non riuscire a fornire un'adeguata rete sociale di supporto. La problematica degli anziani soli diventa inoltre centrale, specialmente se vista in connessione con il tema della non autosufficienza richiamato sopra.

Dal punto di vista economico, le famiglie sono sottoposte a un sempre maggiore stress dovuto alla crisi e a un progressivo impoverimento e aumento della vulnerabilità. Questa situazione è stata chiaramente illustrata nello stesso Rapporto dell'Istat del 2014, che rileva il peggioramento delle condizioni economiche delle famiglie, l'aumento delle disuguaglianze, l'aumento della povertà e della deprivazione materiale, condizione quest'ultima che nel 2013 ha riguardato ben il 12,5 % della popolazione italiana. Il rapporto segnala inoltre come le famiglie abbiano sempre maggiori difficoltà nel sostenere spese per beni e servizi necessari. La spesa sanitaria ha un peso rilevante in questo quadro, specie se pensiamo che attualmente in Italia circa il 20% della spesa sanitaria totale è di tipo out-of-the-pocket e quindi direttamente pagata dai cittadini, prevalentemente sotto

³ Istat (2014) "Rapporto annuale 2014: La situazione del Paese". Istituto nazionale di statistica, Roma.

⁴ Mallone, G., Bandera, L., Rizzini, C. L., Neri, S., & Madama, I. (2013). "Primo rapporto sul secondo welfare in Italia.". Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi.

⁵ Fosti, G., Larenza, O., Longo, F., Rotolo, A.,(2012) "Caratteristiche e criticità del settore sociosanitario italiano: quali prospettive di policy?" in Cantù, Pessina (a cura di). Rapporto OASI. Egea, Milano.

⁶ Istat (2014) "Rapporto annuale 2014: La situazione del Paese". Istituto nazionale di statistica, Roma.

forma di ticket. Questo, in un quadro di crescenti povertà e disuguaglianze nella distribuzione del reddito, pone non pochi problemi in termini di accessibilità ed equità dei servizi, e riporta al centro dell'attenzione la necessità di riflettere sulla categoria dell'anziano fragile.⁷

Collegato a questo ultimo punto sull'accessibilità dei servizi vi è un ulteriore elemento fondamentale (che si aggiunge al quadro demografico e socio-economico della popolazione) che dobbiamo citare per inquadrare in modo più completo la crisi del modello di welfare attuale e le disuguaglianze che si vanno generando al suo interno soprattutto con riferimento agli anziani. Esso riguarda la crisi delle finanze pubbliche: infatti, gli attuali vincoli di finanza pubblica tendono a incidere fortemente sui margini di manovra delle Pubbliche Amministrazioni. Nel 2011, per la prima volta dal 2003, la spesa sociale è risultata in diminuzione rispetto all'anno precedente. Le risorse destinate dai Comuni alle politiche di welfare territoriale sono state, infatti, pari a circa 7 miliardi 27 milioni di euro, al netto della compartecipazione alla spesa da parte degli utenti e del Sistema Sanitario Nazionale, con una diminuzione dell'1 per cento rispetto al 2010. In termini pro capite la spesa sociale dei Comuni è ammontata a 115,7 euro per abitante nel 2011, contro i 117,8 dell'anno precedente. La diminuzione della spesa del 2011 ha segnato una vera e propria inversione di tendenza, infatti, nel periodo compreso fra il 2003 e il 2009 il tasso di incremento medio annuo era stato del 6 per cento, mentre nel 2010 si era registrato un incremento molto lieve dello 0,7%.⁸ Inoltre, le recenti misure contenute nella Finanziaria 2015 del Governo Italiano prevedranno un taglio di 4 miliardi di Euro alle Regioni, e si teme che questo andrà a colpire gravemente la capacità di erogazione e di fornitura di servizi a livello locale. Questo elemento pone un ulteriore rischio sulla sostenibilità e l'accessibilità dei servizi sociali e sanitari, già messi sotto pressione dalle dinamiche demografiche e sociali sopra descritte. Allo stesso tempo, il Terzo Settore italiano che ha costituito negli ultimi decenni una risorsa fondamentale complementare al pubblico, e che ha contribuito nel sistema di welfare sia con la produzione di servizi sussidiari che alimentando solidarietà e coesione sociale, affronta a sua volta le sfide della crisi economica e di senso, non ultimo per la stessa riduzione delle risorse pubbliche dalle quali è stato largamente dipendente per svilupparsi ed operare.

Tutti gli elementi qui richiamati descrivono quindi un quadro complesso di sfide che il sistema di welfare italiano non potrà ignorare se non vorrà lasciare indietro una porzione sempre più ampia della popolazione, e generare nuove e più forti forme di disuguaglianza. In sintesi, si legge nel già citato Rapporto annuale sulla Situazione del Paese dell'Istat per il 2014: "Il sistema di welfare italiano si trova a fronteggiare numerosi elementi di criticità, anche in conseguenza della crisi economica che ha attraversato il nostro Paese. In un contesto di riduzione dei fondi destinati alle politiche sociali, da un lato, e di crescenti condizioni di disagio economico delle famiglie, dall'altro, si dipanano gli effetti delle trasformazioni demografiche e sociali, caratterizzate dall'accelerazione del processo di invecchiamento della popolazione e da mutamenti della struttura delle famiglie che riducono gli aiuti informali scambiati, a causa delle modificazioni delle reti."⁹

In questo contesto è quindi fondamentale comprendere ed affrontare alla radice le cause e le dinamiche della fragilità degli anziani sia sul piano sociale che sanitario, facendo particolare attenzione al ruolo delle disuguaglianze emergenti ai vari livelli e andando ad esplorare i limiti

⁷ Armeri, P., Ferré, F., Sommariva, S., (2014) "Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale". Rapporto OASI. Egea, Milano.

⁸ Istat (2014) "Rapporto annuale 2014: La situazione del Paese". Istituto nazionale di statistica, Roma.

⁹ Istat. (2014). "Rapporto annuale 2014: La situazione del Paese". Capitolo 4, p 141, Istituto nazionale di statistica, Roma.

attuali e le possibili soluzioni per una maggiore e più equa rispondenza dei sistemi di welfare ai bisogni della popolazione.

Un ambito emergente e di grande interesse per il tema qui affrontato è quello dell'innovazione sociale, che a livello sia internazionale che nazionale e locale sta attirando grande attenzione e generando aspettative positive su possibili soluzioni alle sfide dell'invecchiamento della popolazione. Numerose pratiche di innovazione sociale stanno emergendo nel campo della salute e dell'invecchiamento, molte delle quali fanno uso anche delle nuove tecnologie e/o valorizzano le reti e le risorse comunitarie. L'innovazione sociale avrà quindi ampio spazio nella ricerca e in particolare nell'analisi delle soluzioni, con l'obiettivo di fare luce su nuove possibili vie verso una maggiore sostenibilità, appropriatezza ed equità del sistema.

Obiettivi della ricerca

La ricerca si prefigge un triplice obiettivo.

In primo luogo la ricerca vuole approfondire i fenomeni di invecchiamento della popolazione, aumento delle patologie croniche, e aumento della vulnerabilità sociale ed economica degli anziani, elaborandoli dal punto di vista teorico e applicando le analisi a uno specifico caso empirico su un contesto primariamente di tipo urbano (meglio specificato sotto).

In secondo luogo la ricerca analizzerà la struttura dell'offerta dei servizi socio-sanitari (di significativa rilevanza per la popolazione anziana, quindi principalmente i servizi di assistenza domiciliare, diurni e servizi residenziali) a livello locale, mettendo in luce tanto le caratteristiche di adeguatezza dei servizi, quanto le dinamiche e le disuguaglianze di accesso. Per fare questo, la ricerca andrà a proporre un'analisi di tipo anche qualitativo dei bisogni e delle difficoltà riscontrate dalle famiglie e dagli anziani nella fruizione delle prestazioni socio-sanitarie offerte da ASL, Privato Sociale, Volontariato, ecc., con l'obiettivo di illustrare un quadro quanto più vicino alla realtà e all'esperienza di vita delle persone.

In terzo luogo, la ricerca vuole mappare e analizzare le principali innovazioni generate e proposte dai vari stakeholder (famiglie, soggetto pubblico, attori privati e comunità) per affrontare le sfide emerse attraverso l'analisi qualitativa dell'accesso e delle disuguaglianze. Verranno individuate le diverse tipologie di innovazione che stanno emergendo nell'ambito della residenzialità, dell'assistenza domiciliare, e dei servizi diurni, e ne verranno analizzate le caratteristiche con l'obiettivo di fornire un quadro del panorama di innovazione in corso.

Nella mappatura e analisi delle innovazioni emergenti, particolare attenzione verrà data alle esperienze e forme di innovazione sociale e ad alcuni temi trasversali come: il ruolo delle comunità e delle reti sociali come risorse per la coesione e la resilienza sociale in contesti di crisi e cambiamento, il ruolo delle nuove tecnologie, e il ruolo dei nuovi strumenti di finanziamento e gestione dei servizi nell'abilitare nuovi modelli di assistenza e presa in carico degli anziani.

L'unità geografica di analisi sarà la Toscana e in particolare il territorio di Firenze, anche grazie alla disponibilità accordata dal Comune di Firenze per mettere a disposizione eventuali dati e analisi e per essere direttamente coinvolto come stakeholder e informatore chiave sulle tematiche che la ricerca intende analizzare. Il Comune di Firenze si dimostra particolarmente attento alle sfide sopra delineate e aperto alla ricerca di soluzioni innovative che permettano di affrontare i vincoli di

bilancio e l'evoluzione dei bisogni della popolazione. Si noti che la Toscana¹⁰ risulta essere la seconda regione italiana per indice di dipendenza¹¹ e la terza per indice di vecchiaia,¹² e Firenze in particolare risulta essere la decima provincia d'Italia per indice di dipendenza e le ventottesima per indice di vecchiaia. Il Comune di Firenze ha già promosso alcune sperimentazioni (es. residenze leggere) e ha costituito le Reti di Solidarietà con il concorso delle associazioni di volontariato, per promuovere un approccio integrato collaborativo tra attori del territorio che possa portare verso approcci più complessi e innovativi alla risoluzione delle sfide oggetto di questa ricerca.¹³

Inoltre, il territorio fiorentino (e Toscano in generale) è tradizionalmente caratterizzato da un forte tessuto sociale (in particolare cooperative sociali e associazioni di volontariato, che si interroga oggi sul proprio ruolo e strategie future. L'insieme di questi fattori (profilo sociale e sanitario del territorio, attenzione da parte delle istituzioni, presenza di sperimentazioni, ruolo dei soggetti del terzo settore e società civile), rende Firenze particolarmente interessante come oggetto di analisi per questa ricerca.

Metodologia

La ricerca si baserà sulla raccolta ed analisi di dati quali-quantitativi da fonti primarie e secondarie, incluso:

- Studi e pubblicazioni scientifiche;
- Report e letteratura grigia;
- Database e statistiche sociali e sanitarie (estratte principalmente da Istat, Uffici statistici Comune di Firenze, Azienda Sanitaria Locale, Società della Salute, Centri studi di altri istituti);
- Interviste semi-strutturate ad esperti ed informatori chiave (esperti nazionali ed internazionali, rappresentanti di Enti Locali, soggetti erogatori di servizi pubblici o privati, società civile e beneficiari dei servizi).
- Inoltre, verrà promossa la partecipazione del ricercatore beneficiario della borsa a convegni e conferenze nazionali ed internazionali sui temi di interesse.

In linea generale, la prima fase della ricerca sarà dedicata all'inquadramento teorico e di policy del contesto e delle sfide oggetto di analisi.

Successivamente, verrà realizzata la raccolta dati sul territorio del Comune di Firenze, facendo riferimento alle fonti citate sopra, anche con la collaborazione dell'Ente Locale.

In terzo luogo, verranno coinvolti diversi stakeholder per l'analisi qualitativa e per la mappatura delle innovazioni emergenti. Tra i soggetti che si intende consultare citiamo:

- Comune di Firenze;
- Azienda Sanitaria Locale;

¹⁰ Dati Istat riferiti al primo gennaio 2012.

¹¹ Così come rilevato, dall'Istat l'indice di dipendenza fornisce una misura approssimativa del grado di dipendenza economico-sociale tra le generazioni fuori e dentro il mercato del lavoro.

¹² L'indice di vecchiaia viene calcolato come il rapporto tra la popolazione anziana (over 65) e la popolazione in età giovanile (inferiore ai 15).

¹³ La Rete di solidarietà è un servizio gratuito che, tramite il concorso delle diverse realtà del volontariato, consente di attivare una serie di piccole prestazioni di sostegno alle persone anziane in difficoltà: prenotazione di visite mediche e specialistiche, compagnia domiciliare e telefonica per combattere la solitudine, informazioni sui servizi sociali (pubblici e privati), piccole commissioni ecc.

- Società della Salute;
- Legacoop Sociali;
- Confcooperative;
- Caritas;
- Comunità Le Piagge;
- CESVOT – Centro Servizi per il Volontariato della Regione Toscana.

Per la mappatura delle principali innovazioni sociali presenti sul territorio, verrà anche effettuata una ricognizione delle eventuali mappature già esistenti sull'innovazione sociale o sui progetti relativi agli anziani.

Si prevede infine di realizzare interviste con almeno 2 esperti di realtà internazionali (europee) operanti nei settori di interesse della proposta (invecchiamento, disuguaglianze, sistemi di welfare, innovazione sociale). Si ipotizzano in fase di proposta le seguenti due realtà:

- European Centre for Social Policy Welfare and Research (Austria) – Centro di Ricerca affiliato alle Nazioni Unite che si occupa di ricerca teorica, empirica e comparata sui temi del welfare con particolare enfasi sui processi di invecchiamento (<http://www.euro.centre.org>);
- NESTA (UK) – Fondazione impegnata nella promozione dell'innovazione sociale in vari settori tra cui in particolare la salute e l'invecchiamento, realizza attività di ricerca, sperimentazione, investimento, costruzione di reti internazionali ed altro (<http://www.nesta.org.uk>).

Output previsti dalla ricerca

La ricerca produrrà due output:

- 1) Un report scientifico, contenente l'inquadramento teorico e di policy, i risultati dell'analisi applicata al contesto locale prescelto (Comune di Firenze), l'analisi delle soluzioni innovative analizzate, le conclusioni e raccomandazioni di policy.
- 2) Un documento di sintesi di natura divulgativa (short paper) che permetta una restituzione agli attori coinvolti nella ricerca e agli stakeholder locali e nazionali dei principali risultati e implicazioni della ricerca effettuata (previo accordo della Fondazione Franceschi).

Team

La ricerca verrà svolta da un team di ricercatori facenti capo al Gruppo di Ricerca Multidisciplinare su Salute e Disuguaglianze del laboratorio ARCO-Action Research for CO-development del PIN Scrl dell'Università degli Studi di Firenze, con la collaborazione di un giovane ricercatore beneficiario dell'assegno di ricerca e sotto la supervisione generale della Dott.ssa Giulia Di Donato, membro del Network Roberto Franceschi.

Nel complesso il team di ricerca sarà così composto:

Giulia di Donato: responsabile comunicazione e progetti dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, esperta in programmazione sanitaria e comunicazione sociale. Ricercatrice del Laboratorio ARCO e membro del Network Roberto Franceschi. La Dott.ssa Di Donato svolgerà il

ruolo di supervisione scientifica della ricerca.

Elena Como: ricercatrice del Laboratorio ARCO, Coordinatrice del Gruppo di Ricerca Salute e Disuguaglianze, esperta di ricerca e valutazione nella materia oggetto di studio. Elena Como sarà responsabile del coordinamento operativo della ricerca.

Marco Tognetti: ricercatore e membro della Giunta Esecutiva del Laboratorio ARCO, membro del Gruppo di Ricerca Salute e Disuguaglianze. Marco è anche direttore di project management dello Yunus Social Business Centre University of Florence ed esperto di management e strategie d'impresa per l'innovazione sociale.

Bernardo Provvedi: beneficiario dell'assegno di ricerca, laureato in Scienze dell'Economia all'Università degli Studi di Firenze, ricercatore junior nel campo delle politiche pubbliche, la salute e le malattie croniche e l'innovazione sociale.

La ricerca proposta farà capo al Gruppo di Ricerca Multidisciplinare su Salute e Disuguaglianze costituito dal Laboratorio ARCO a Giugno 2014 con l'intento di realizzare studi e ricerche sulle cause, le dinamiche e le conseguenze delle disuguaglianze sociali e di salute, e sui relativi trend di innovazione a livello nazionale ed internazionale.

Criteri di selezione del beneficiario

Bernardo Provvedi è stato individuato dal Laboratorio ARCO come candidato per l'assegno di ricerca.

La selezione è avvenuta tramite valutazione del Curriculum Vitae e colloquio motivazionale svolto ad hoc dai responsabili del Laboratorio. I criteri di selezione applicati sono i seguenti:

Età: il candidato è nato in data 28/09/1987 soddisfacendo i criteri di eleggibilità del bando.

Titolo di Studio e ambito disciplinare: il candidato possiede il titolo di Laurea Magistrale in Scienze dell'Economia dell'Università degli Studi di Firenze. La tesi di laurea in Economia Pubblica dal titolo "Le città nell'economia contemporanea: le Smart Cities e i canali di finanziamento" ha visto come relatore il Professor Alessandro Petretto, esperto di economia del benessere, economia sanitaria e federalismo fiscale.

Aree di expertise ed esperienze professionali pregresse: il candidato ha accumulato un'adeguata esperienza di ricerca con organizzazioni nazionali ed internazionali di varia natura (collaborazione con IRPET-Istituto Regionale di Programmazione Economica della Regione Toscana, tirocinio presso il CIEO-Research Centre for Spatial and Organizational Dynamics, Portogallo). Gli ambiti tematici su cui si concentra la sua esperienza sono coerenti con il focus della ricerca proposta (politiche pubbliche, innovazione sociale, salute, welfare e dinamiche innovative).

Competenze tecniche specifiche: il CV del candidato dimostra le buone competenze di raccolta ed elaborazione dati quali-quantitativi, ricerca-azione partecipativa.

Motivazione: dal colloquio il candidato è risultato fortemente motivato nei confronti della ricerca, e è apparsa convincente la sua attenzione ed affidabilità per cui il Laboratorio lo ha ritenuto idoneo alla realizzazione dei task di ricerca previsti.

Bernardo Provedi non risulta già beneficiario di altri finanziamenti nella forma di borse di studio e/o assegni di ricerca.

Compiti del beneficiario dell'assegno all'interno del progetto, del ruolo attivo a lui assegnato e dei costi relativi

All'interno del progetto di ricerca, il beneficiario sarà incaricato di svolgere attività di raccolta ed analisi dati, e di reporting in particolare rispetto all'output no.1 (report scientifico). Nel corso della ricerca sarà inoltre richiesto al beneficiario di partecipare a minimo 2 convegni o workshop internazionali sul tema delle trasformazioni demografiche, delle disuguaglianze, e dell'innovazione sociale, e di realizzare interviste con soggetti chiave per (es. NESTA UK, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Austria).

I costi associati al lavoro del beneficiario dell'assegno sono indicati in tabella:

	#	Unità	Costo Unit	Costo Tot
Ricercatore junior	7	Mesi/uomo	€ 1250	€ 8750
Trasporti ITA	forfait			€ 500
Trasporti UE	2	Viaggio A/R in paese UE	€ 450	€ 700
Totale				€ 9950

*Previsione (da confermare): Londra, Vienna.

Sede della ricerca

La ricerca verrà svolta presso gli spazi messi a disposizione dal Laboratorio ARCO –Action Research for CO-development del PIN Scrl Università degli Studi di Firenze.

Il Laboratorio ARCO ha anni di esperienza nella ricerca sul settore salute e sociale e sul tema delle disuguaglianze, ed ha a giugno 2014 istituito un Gruppo di Ricerca sulla Salute e le Disuguaglianze all'interno del quale si svolgerà il progetto di ricerca proposto.

Numero membri del network

Il progetto vedrà il coinvolgimento di un membro del Network, Dott.ssa Giulia di Donato.

Gli ambiti disciplinari toccati saranno salute e welfare, economia, sociologia, politiche pubbliche.

Supervisor del progetto

Il supervisor del progetto sarà la Dott.ssa Giulia Di Donato (membro del Network e del Laboratorio di Ricerca ARCO), mentre il coordinamento operativo della Dott.ssa Elena Como (Laboratorio ARCO).

Durata del progetto

Durata 7 mesi da realizzare tra marzo e ottobre 2015.