

Quaderni di Statistica

**Lo stato di salute della popolazione
emiliano-romagnola**

approfondimenti dall'indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" - 2005

Lo stato di salute della popolazione emiliano-romagnola

**approfondimenti dall'indagine Istat
"Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" - 2005**

La pubblicazione è stata curata dal Servizio Controllo strategico e statistica della Regione Emilia-Romagna coordinato da Giuseppina Felice.

Si devono a Mirko Di Martino e a Maria Gabriella Porrelli la struttura del rapporto, l'organizzazione dei contenuti e la stesura dei capitoli.

Lucia Bonucci, Eugenia Borghi e Mirko Di Martino hanno realizzato le elaborazioni dei dati relativi all'indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari".

Si autorizza la riproduzione a scopi non commerciali e con citazione della fonte.

Regione Emilia-Romagna

40127 Bologna – Viale Aldo Moro 64

Tel. 051 5273313

www.regione.emilia-romagna.it/statistica

Finito di stampare nel mese di dicembre 2009

dal Centro stampa della Giunta regionale dell'Emilia-Romagna

ISBN 978-88-96724-00-2

copia del volume può essere richiesta a sistemistatistici@regione.emilia-romagna.it
o scaricata dal sito internet

www.regione.emilia-romagna.it/wcm/statistica/pubblicazioni/pubblicazioni/sanita.htm

PREMESSA

Il rafforzamento del *welfare* costituisce una priorità di fondo nelle scelte strategiche della Regione Emilia-Romagna che da tempo attua interventi orientati alla tutela della salute, alla protezione e all'inclusione sociale.

In un contesto così ampio e articolato, la programmazione e la valutazione delle politiche non può prescindere dalla conoscenza della popolazione, resa ancor più necessaria dalle rapide trasformazioni della struttura demografica che stanno interessando l'Emilia-Romagna. L'analisi dei dati raccolti con l'indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" risponde pienamente a simili esigenze informative. Infatti, questa rilevazione non è solo un'indagine sulla salute. Gli aspetti più strettamente sanitari si inseriscono in un quadro conoscitivo molto ampio che permette numerosi approfondimenti di carattere demografico e socio-economico. La particolare organizzazione dei dati ha consentito di osservare la popolazione seguendo una doppia prospettiva, quella degli individui e quella delle famiglie; inoltre, grazie alla numerosità molto elevata del campione è stato possibile presentare anche stime a livello sub-regionale, decisamente utili per la programmazione locale degli interventi.

Un argomento di grande attualità è costituito dalle disuguaglianze socio-economiche. Le analisi hanno permesso di individuare alcune fasce deboli della popolazione e alcune zone del territorio emiliano-romagnolo in cui sembra persistere una situazione di svantaggio sociale ed economico, con evidenti ripercussioni sullo stato di salute dei cittadini. Tali evidenze potrebbero agevolare l'identificazione dei potenziali assi di intervento per politiche integrate anche in ambito non sanitario.

Tra le questioni più dibattute, quelle della disabilità e della non autosufficienza. I cambiamenti nella struttura demografica della popolazione e, in particolare, il fenomeno dell'invecchiamento hanno amplificato l'attenzione nei confronti di questi temi che, da diversi anni, costituiscono una priorità di intervento della Regione. Secondo i risultati dell'indagine, la prevalenza della disabilità è andata diminuendo, nonostante la struttura della popolazione sia invecchiata. Tra gli aspetti di interesse, l'innovativa analisi della predisabilità, una situazione clinica "di confine" che può, in breve tempo, assumere i caratteri della non autosufficienza. Questa metodologia potrebbe risultare molto utile per prevedere l'evoluzione del fenomeno nel breve periodo e stimarne l'impatto sul volume di servizi e di interventi orientati al sostegno dei disabili.

Grazie ai numerosi confronti con le altre regioni italiane emerge il buon posizionamento dell'Emilia-Romagna, che potrebbe essere messo in relazione al progressivo rafforzamento del sistema di *welfare* regionale conseguito unitamente al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario dell'intero sistema sanitario regionale.

SOMMARIO

| | |
|--|----|
| INTRODUZIONE | 1 |
| 1 IL CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO | 3 |
| 1.1 Le caratteristiche della popolazione emiliano-romagnola | 3 |
| 1.2 Le famiglie..... | 8 |
| 2 LA SALUTE PERCEPITA | 13 |
| 2.1 Lo stato di salute secondo la valutazione soggettiva degli individui | 13 |
| 2.2 Le disuguaglianze nella percezione dello stato di salute | 19 |
| 3 LE MALATTIE CRONICHE PREVALENTI | 25 |
| 3.1 La diffusione delle patologie croniche..... | 25 |
| 3.2 L'impatto delle patologie croniche sulla salute percepita..... | 32 |
| 4 LA DISABILITA' IN EMILIA-ROMAGNA | 35 |
| 4.1 La presenza di disabilità nella popolazione emiliano romagnola | 35 |
| 4.2 L'impatto della disabilità sulla salute percepita | 44 |
| 4.3 La non autosufficienza in Emilia-Romagna..... | 46 |
| 4.4 La predisabilità..... | 47 |
| APPENDICE | 51 |
| Il sistema di indagini multiscopo | 51 |
| L'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" | 52 |
| Come viene rilevata la disabilità | 53 |
| Tecniche di risk adjustment | 54 |
| Utilizzo e valorizzazione dell'indagine Istat Multiscopo Salute | 55 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 57 |

INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come “completo benessere fisico, mentale e sociale”.

Per una valutazione globale dello stato di salute oggi non si fa più riferimento in modo esclusivo alla presenza di malattia e si attribuisce notevole importanza alla percezione soggettiva delle condizioni di salute, quale strumento per cogliere aspetti non rilevabili mediante indicatori tradizionali quali la morbosità e la mortalità. Il soggetto è divenuto fonte pertinente e attendibile per la valutazione delle proprie condizioni di salute e le indagini di popolazione sono diventate uno strumento metodologico estremamente importante.

Infatti, la disponibilità di statistiche di qualità è un elemento cruciale nei processi di programmazione e di valutazione delle politiche regionali. Anche nel settore della sanità, sta aumentando la consapevolezza di quanto sia importante la tempestiva disponibilità di informazioni a livello regionale sullo stato di salute e sui bisogni della popolazione, con l'obiettivo di orientare e valutare le politiche sanitarie adottate dai decisori locali.

I sistemi informativi disponibili coprono solo parzialmente le conoscenze necessarie sulla popolazione. L'indagine Istat Multiscopo “Salute 2005” può colmare alcune lacune, grazie ad aspetti di contenuto e di metodo.

Tra gli aspetti di contenuto, l'indagine contiene informazioni non altrimenti disponibili in modo sistematico a livello regionale, fornisce informazioni complementari ai flussi di dati già disponibili, contiene informazioni con forti risvolti sociali organizzate su un doppio livello di lettura, individuale e familiare. Quest'ultima caratteristica è particolarmente interessante perché numerosi aspetti della salute sono influenzati da circostanze che sfuggono al controllo delle politiche sanitarie e rientrano in altri ambiti di intervento come le politiche del lavoro, redistributive, assistenziali o ambientali.

Tra gli aspetti di metodo, l'indagine garantisce il confronto temporale su tutti i fenomeni che non hanno subito variazioni nelle modalità di rilevazione, consente il confronto tra regioni ma anche tra partizioni territoriali definite all'interno di una stessa regione. La possibilità di operare confronti tra regioni è un punto di forza dell'indagine. Infatti, le riforme del Sistema Sanitario Nazionale avviate in Italia sin dal 1992 e le successive modifiche costituzionali hanno progressivamente trasferito le responsabilità dal livello centrale a quello regionale e, di conseguenza, si sono accentuate le differenze tra i Servizi Sanitari Regionali.

Anche la possibilità di operare confronti a livello sub-regionale merita un'attenzione particolare. Nel settore della sanità, infatti, esiste una forte differenziazione territoriale nelle condizioni di salute e nel ricorso ai servizi sanitari. Ne deriva una richiesta sempre più diffusa, in seno ai sistemi statistici nazionali ed internazionali, di dati statistici disaggregati per partizioni territoriali molto dettagliate che siano di supporto alla progettazione e alla valutazione delle politiche di intervento a livello locale.

L'ampliamento del campione complessivo dell'indagine, reso possibile dal contributo del Fondo Sanitario Nazionale su mandato della Conferenza Stato-Regioni, ha consentito di rispondere, nei limiti delle risorse disponibili, a queste esigenze informative. La pianificazione dei domini di stima a livello sub-regionale, infatti, ha permesso di produrre stime consistenti riferite a contesti territoriali molto circoscritti e di

evidenziare come, anche all'interno di una stessa regione, esistano forti differenze territoriali nelle condizioni di salute della popolazione.

Apri la pubblicazione un breve inquadramento demografico e socio-economico della popolazione e delle famiglie emiliano-romagnole. Nel secondo capitolo, ampio spazio è stato riservato alla *percezione dello stato di salute*, che consente di cogliere l'aspetto multidimensionale richiamato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. È stato affrontato anche il tema delle *disuguaglianze socio-economiche*, con l'obiettivo di individuare eventuali squilibri strutturali che concorrono a generare gruppi di popolazione svantaggiata, maggiormente esposta ai rischi di salute. Il terzo capitolo è interamente dedicato alla diffusione delle *malattie cronico-degenerative* che, una volta insorte, possono incidere in misura rilevante sulla qualità della vita delle persone, comportando nel tempo una limitazione dell'autonomia e una domanda crescente di assistenza e di cura. Un ulteriore capitolo è stato riservato all'analisi della *disabilità* e della *non autosufficienza*.

1 IL CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO

1.1 Le caratteristiche della popolazione emiliano-romagnola

La popolazione emiliano-romagnola stimata dall'indagine ammonta a 4.116.962 unità (tabella 1-1); cifra leggermente inferiore alla consistenza della popolazione residente registrata dalle rilevazioni anagrafiche nel 2005¹ (4.151.335 unità al 01/01/2005). Il divario è, in parte, ascrivibile al differente oggetto d'indagine che, nella multiscopo salute, è costituito dalla popolazione residente in famiglie² e dalle persone che le compongono, al netto dei membri permanenti nelle convivenze³, mentre nelle anagrafi si registra la popolazione residente nel territorio comunale.

Tabella 1-1. Popolazione residente in Emilia-Romagna per classi d'età e sesso. Anno 2005

| | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|----------------|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|--------------|
| | v.a. | % | v.a. | % | v.a. | % |
| fino a 13 anni | 245.417 | 12,2 | 231.240 | 10,9 | 476.657 | 11,6 |
| 14-24 | 189.610 | 9,5 | 179.054 | 8,5 | 368.664 | 9,0 |
| 25-34 | 304.343 | 15,2 | 294.253 | 13,9 | 598.596 | 14,5 |
| 35-44 | 349.825 | 17,5 | 332.384 | 15,7 | 682.209 | 16,6 |
| 45-54 | 285.050 | 14,2 | 267.957 | 12,7 | 553.007 | 13,4 |
| 55-64 | 242.564 | 12,1 | 276.812 | 13,1 | 519.376 | 12,6 |
| 65-74 | 219.303 | 10,9 | 253.864 | 12,0 | 473.167 | 11,5 |
| 75-84 | 137.088 | 6,8 | 206.649 | 9,8 | 343.737 | 8,3 |
| 85 e più | 30.505 | 1,5 | 71.044 | 3,4 | 101.549 | 2,5 |
| Totale | 2.003.705 | 100,0 | 2.113.257 | 100,0 | 4.116.962 | 100,0 |

La struttura demografica della popolazione emiliano-romagnola si caratterizza per il peso delle classi d'età anziane: il 22% dei residenti, circa 918 mila soggetti, ha più di 65 anni, proporzione che aumenta nelle donne, dove si attesta attorno al 25%. Nelle classi d'età lavorative e, in particolare, quelle comprese fra i 35 e i 54 anni, è superiore la presenza maschile, quantificabile in 106 uomini a fronte di 100 donne, anche ad opera del consistente contributo degli stranieri.

Anche nelle nuove generazioni si riscontrano valori simili nel rapporto fra i maschi e le femmine. È dalla classe di età 55-64 che la consistenza numerica fra i due generi si modifica e il rapporto di mascolinità inizia ad assumere valori inferiori a 100. La popolazione, nel suo complesso, totalizza più donne che uomini.

¹ Regione Emilia-Romagna, Rilevazione della popolazione residente per sesso ed età.

² L'unità di rilevazione è la famiglia di fatto, un insieme di persone coabitanti e legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela, affettivi. Per approfondimenti si rimanda all'Appendice.

³ La convivenza è costituita da un insieme di persone che, senza essere legate da vincoli di matrimonio, parentela o affinità, conducono vita in comune per motivi religiosi, di cura, di assistenza, militari, di pena. Le persone residenti nelle convivenze sono rilevate solo nei Censimenti della popolazione. Nel 2001, in Emilia-Romagna, risultavano residenti in convivenze 32.622 persone.

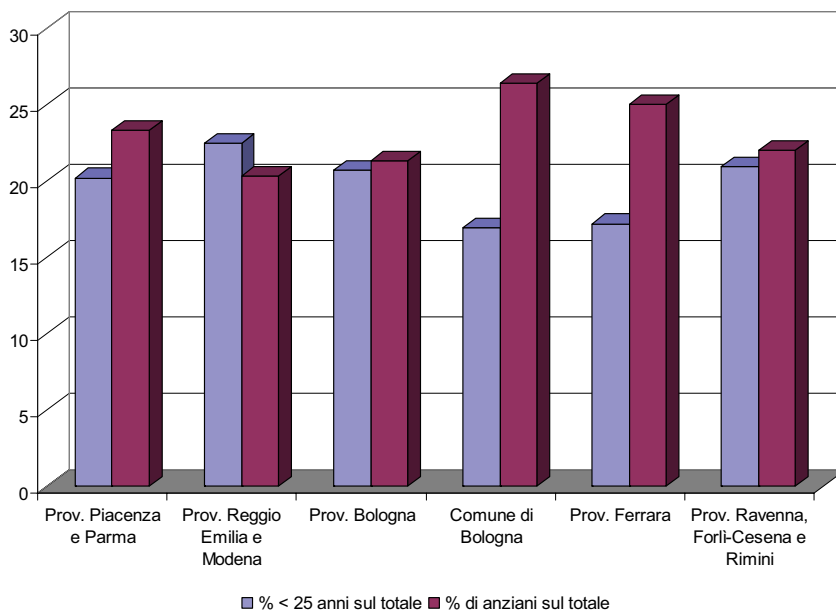
Si è già sottolineato che questa indagine, beneficiando dell'allargamento della numerosità campionaria, permette di analizzare e studiare le informazioni relative allo stato di salute della popolazione ad un livello molto analitico dal punto di vista territoriale, con notevoli benefici informativi poiché i "territori regionali" non sono omogenei né per ammontare e struttura demografica della popolazione né per caratteristiche economiche, sociali e infrastrutturali.

Le aree sub regionali individuate nel disegno campionario evidenziano composizioni per genere ed età piuttosto diverse fra loro (tabella 1-2 e figura 1-1).

Tabella 1-2. Popolazione residente in Emilia-Romagna per sesso e area sub-regionale. Anno 2005 (valori assoluti e composizione percentuale)

| AREA SUB REGIONALE | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|--------------------------------------|---------|------|---------|------|-----------|-------|
| | v.a. | % | v.a. | % | v.a. | % |
| Prov. Piacenza e Parma | 331.312 | 48,6 | 349.723 | 51,4 | 681.035 | 100,0 |
| Prov. Reggio Emilia e Modena | 559.902 | 49,2 | 577.994 | 50,8 | 1.137.896 | 100,0 |
| Prov. Bologna | 277.939 | 49,2 | 287.368 | 50,8 | 565.307 | 100,0 |
| Comune di Bologna | 173.609 | 46,8 | 197.359 | 53,2 | 370.968 | 100,0 |
| Prov. Ferrara | 165.959 | 47,9 | 180.700 | 52,1 | 346.659 | 100,0 |
| Prov. Ravenna, Forli-Cesena e Rimini | 494.982 | 48,8 | 520.115 | 51,2 | 1.015.097 | 100,0 |

Figura 1-1. Popolazione con età minore di 25 anni e popolazione di 65 anni e più in Emilia-Romagna, per area sub regionale. Anno 2005 (composizione percentuale)



Il Comune di Bologna (che raccoglie il 9% dei residenti emiliano-romagnoli) si caratterizza per le quote più elevate di donne e di anziani, seguito dalla provincia di Ferrara; all'opposto si collocano le Province di Reggio Emilia e Modena con la minore quota di popolazione anziana e la maggior presenza di uomini.

E' nella provincia di Reggio Emilia che, nel corso degli ultimi anni, si è registrato l'aumento più consistente della popolazione residente: +8,4% dal 2000 al 2005, a fronte di un valor medio regionale pari al 4,5%. Questo incremento è dovuto sia al flusso consistente di immigrazione straniera, nel 2005 la quota di stranieri sul totale della popolazione provinciale era pari all'8,7%, sia alla ripresa della fecondità. La provincia di Reggio Emilia, nel corso degli anni 2000, evidenzia il valore più elevato, fra le province emiliano-romagnole, del tasso di fecondità totale⁴ che nel 2005 risultava pari a 1,54 figli per donna.

Comportamenti analoghi si registrano anche nella provincia di Modena che nel 2005 presentava una quota di immigrati stranieri sul totale della popolazione pari all'8,3% e un numero medio di figli per donna pari a 1,46.

La struttura demografica della popolazione ha dei riflessi anche nella distribuzione dei titoli di studio: 3 persone, di età superiore ai 24 anni, su 10 hanno conseguito il solo obbligo scolastico⁵. Il 31% della popolazione residente non ha un titolo di studio o possiede la sola licenza elementare; nelle donne la proporzione sale al 35% (tabella 1-3). Fra i soggetti con licenza elementare o senza titolo di studio la percentuale di anziani, ovvero di ultrasessantacinquenni, ammonta al 64%; la medesima percentuale è pari al 15% fra coloro che hanno la licenza media inferiore, al 10% nelle persone con diploma di scuola media superiore, al 9% nei soggetti con diploma post-maturità o laurea e al 20% nei soggetti con dottorato o specializzazione.

Tabella 1-3. Persone di 25 anni e più per titolo di studio e sesso in Emilia-Romagna. Anno 2005 (valori assoluti e composizione percentuale)

| TITOLO DI STUDIO | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|-----------------------------------|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|--------------|
| | v.a. | % | v.a. | % | v.a. | % |
| Nessun titolo, licenza elementare | 412.412 | 26,3 | 599.964 | 35,2 | 1.012.376 | 30,9 |
| Licenza media inferiore | 509.816 | 32,5 | 462.053 | 27,1 | 971.869 | 29,7 |
| Diploma media superiore | 467.304 | 29,8 | 466.489 | 27,4 | 933.793 | 28,5 |
| Diploma post-maturità e Laurea | 162.673 | 10,4 | 164.870 | 9,7 | 327.543 | 10,0 |
| Dottorato o specializzazione | 16.473 | 1,1 | 9.587 | 0,6 | 26.060 | 0,8 |
| Totale | 1.568.678 | 100,0 | 1.702.963 | 100,0 | 3.271.641 | 100,0 |

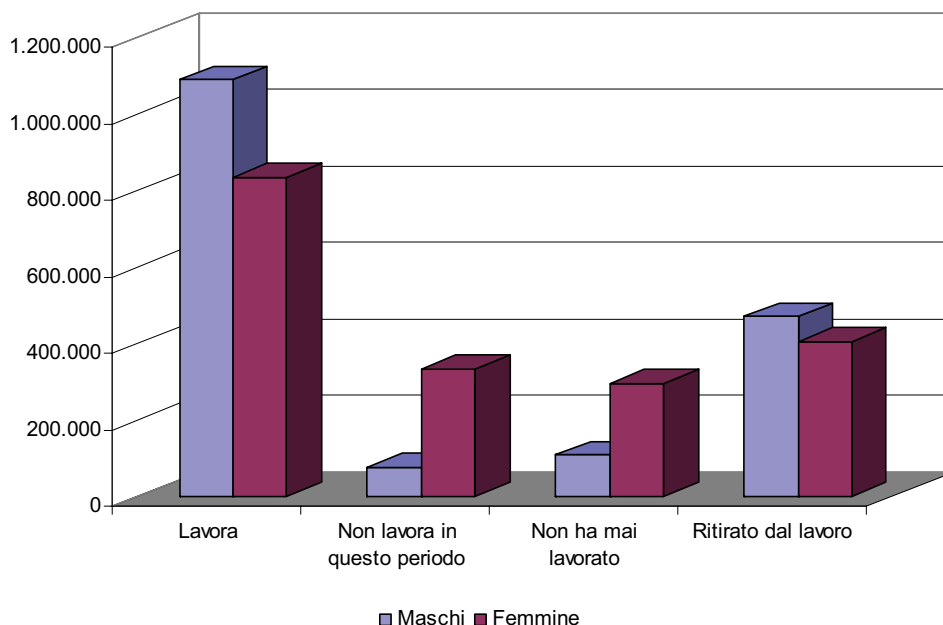
⁴ Il tasso di fecondità totale (TFT) è la somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile. Esprime in un dato anno di calendario il numero medio di figli per donna.

⁵ L'obbligo scolastico è stato elevato a 16 anni a partire dall'anno scolastico 2007/2008 con Decreto 139 del 22 agosto 2007 con il quale il Ministero della Pubblica Istruzione ha innalzato a 10 anni complessivi la durata del periodo di istruzione obbligatoria.

Nel 2005, le persone di età superiore ai 14 anni che svolgevano un'attività lavorativa, in proprio o alle dipendenze, erano 1 milione 921 mila, pari al 53,3% dei residenti; circa 408 mila persone (11,3% dei residenti) hanno dichiarato di non lavorare nel periodo in cui si svolgeva la rilevazione, pur avendo lavorato in passato; una quota leggermente inferiore, circa 403 mila persone (11,2% dei residenti), ha affermato di non aver mai lavorato nella propria vita. Il restante 24,2% dei residenti (872 mila persone) risultava in pensione.

In figura 1-2 sono riportate le numerosità assolute di residenti, separatamente per i maschi e per le femmine, in relazione allo svolgimento dell'attività lavorativa.

Figura 1-2. Popolazione di 15 anni e più residente in Emilia-Romagna, in relazione allo svolgimento dell'attività lavorativa. Anno 2005 (valori assoluti)



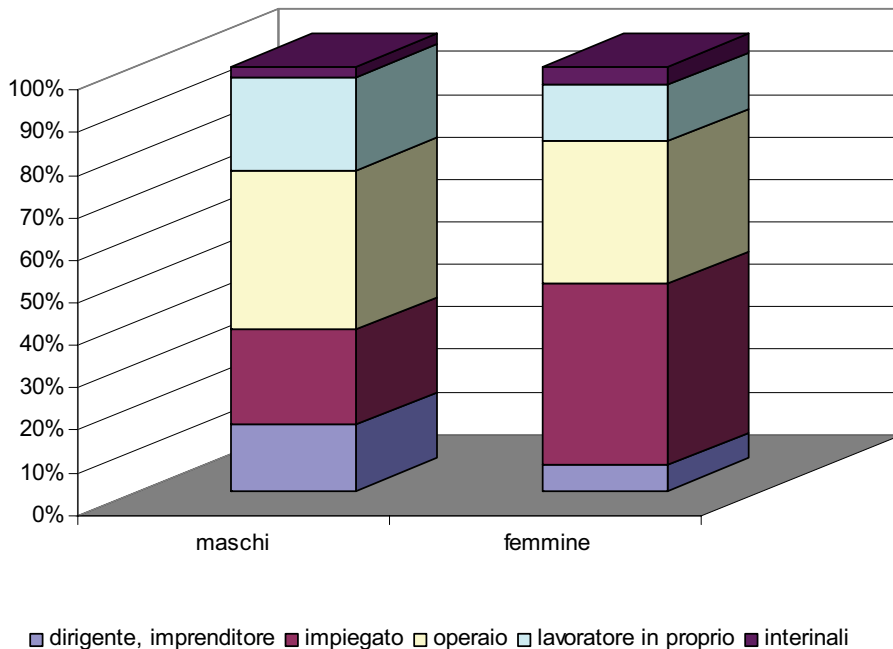
La distribuzione per genere evidenzia il diverso apporto al mercato del lavoro delle donne e degli uomini: quest'ultimi sono numericamente più consistenti fra gli occupati e fra coloro che si sono ritirati dal lavoro. Le donne risultano, invece, maggiormente presenti fra i non occupati.

La popolazione residente, di età superiore ai 14 anni, che non lavorava nel periodo della rilevazione ma aveva lavorato in precedenza è composta prevalentemente da casalinghe (54,2%) e disoccupati in cerca di un nuovo lavoro (18,5%); seguono gli studenti (10,8%) e gli inabili al lavoro (8,7%). La quota residua è costituita da soggetti in "altra condizione".

La popolazione residente, di età superiore ai 14 anni, che non ha mai lavorato è composta prevalentemente da casalinghe (44,9%) e studenti (42,5%); seguono i soggetti in cerca del primo lavoro (4,8%) e gli inabili al lavoro (2,9%). Anche in questo caso, la quota residua è costituita da soggetti in "altra condizione".

La figura 1-3 presenta un approfondimento sulla popolazione residente che svolge un'attività lavorativa.

Figura 1-3. Occupati di 15 anni e più in Emilia-Romagna per posizione nella professione e sesso. Anno 2005 (composizione percentuale)



L'analisi della posizione nella professione evidenzia marcate differenze di genere. Nei maschi, la categoria maggiormente rappresentata è quella degli operai (capi operaio, operai e lavoratori a domicilio: 37,5% degli occupati), nelle femmine quella degli impiegati (direttivi, quadri, impiegati: 42,5%). La categoria che raccoglie dirigenti, imprenditori e liberi professionisti ammonta al 15,7% nei maschi e al 6,2% nelle femmine. Ancora contenuto appare il ricorso a forme flessibili di occupazione: 65 mila occupati, pari al 3,4% del totale, più donne che uomini.

1.2 Le famiglie

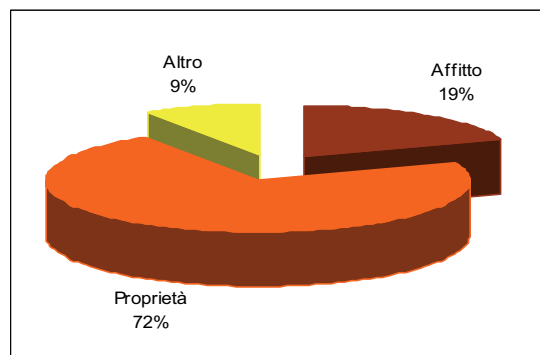
L'indagine multiscopo salute stima in 1 milione 753 mila le famiglie residenti nella regione, il numero medio di componenti è pari a 2,3.

Tabella 1-4. Famiglie residenti in Emilia-Romagna per tipologia familiare. Anno 2005 (valori assoluti e composizione percentuale)

| | Famiglie | % |
|-----------------------------|------------------|--------------|
| Persona sola | 499.563 | 28,5 |
| Altre famiglie senza nucleo | 38.630 | 2,2 |
| Coppia senza figli | 439.435 | 25,1 |
| Coppia con figli | 585.047 | 33,4 |
| Monogenitore padre | 31.537 | 1,8 |
| Monogenitore madre | 134.433 | 7,7 |
| Due o più nuclei | 24.884 | 1,4 |
| Totale | 1.753.531 | 100,0 |

Quasi 500 mila famiglie sono costituite da un solo componente, nel 46% dei casi ultrasessantacinquenne. Le altre famiglie senza nucleo⁶, più di 38 mila unità, sono costituite da genitori con figli non celibi o non nubili (33% dei casi), da un insieme di parenti (59%), da persone senza vincoli di parentela (8%). Il 59% delle famiglie emiliano-romagnole è costituito da coppie con o senza figli, mentre i monogenitori con figli superano il 9%. In quest'ultima categoria è preponderante la tipologia familiare costituita da madri con figli (tabella 1-4).

Figura 1-4. Famiglie residenti in Emilia-Romagna per titolo di godimento dell'abitazione. Anno 2005 (composizione percentuale)



Circa 1 milione 264 mila famiglie vivono in abitazioni di loro proprietà, 336 mila sono in affitto e 154 mila occupano un alloggio a titolo gratuito, in usufrutto o in altra condizione (figura 1-4).

Questi valori non si discostano in maniera significativa dai risultati dell'ultimo censimento della popolazione e delle abitazioni condotto nel 2001.

⁶ La definizione di nucleo familiare è più restrittiva di quella di famiglia. Infatti, all'interno di ciascuna famiglia di fatto, possono essere individuati nessuno, uno o più nuclei familiari. Per nucleo familiare si intende: 1) coppia coniugata o convivente, senza figli oppure con figli mai sposati, né conviventi, né aventi figli propri; 2) un solo genitore con uno o più figli mai sposati, né conviventi, né aventi figli propri. I componenti della famiglia di fatto che non soddisfano i precedenti requisiti sono considerati come "membri isolati".

I parenti e gli amici costituiscono le reti di supporto sulle quali le famiglie pensano di poter contare in caso di necessità; in 4 famiglie su 5 si pensa di poter far riferimento all'aiuto dei parenti. Quasi il 40% delle famiglie intervistate ha rapporti di buon vicinato e crede di potervi fare ricorso (tabella 1-5⁷).

Circa 147 mila famiglie, pari all'8% delle famiglie emiliano-romagnole, rappresentano una potenziale area di disagio poiché dichiarano di non poter contare su alcuna tipologia di aiuto.

Tabella 1-5. Famiglie residenti in Emilia-Romagna per reti di aiuto. Anno 2005 (valori assoluti e percentuali sul totale delle famiglie)

| Tipologia di aiuto | Famiglie | % |
|---------------------|-----------|------|
| Aiuto parenti | 1.431.369 | 81,6 |
| Aiuto amici | 1.008.793 | 57,5 |
| Aiuto vicini | 684.129 | 39,0 |
| Aiuto volontariato | 180.036 | 10,3 |
| Aiuto altre persone | 106.635 | 6,1 |
| Nessun aiuto | 146.907 | 8,4 |

L'analisi delle reti di aiuto in base all'ampiezza demografica del comune di rilevazione fa emergere le differenze fra i piccoli centri e le grandi città (tabella 1-6). Nei comuni con più di 100 mila residenti si riscontra la percentuale più elevata di famiglie che non possono contare su aiuti esterni (10,7% a fronte di una media regionale dell'8,4%).

Tabella 1-6. Famiglie residenti in Emilia-Romagna per reti di aiuto e ampiezza demografica dei comuni. Anno 2005 (per 100 famiglie in comuni con la stessa ampiezza demografica)

| Tipologia di aiuto | Classi di ampiezza demografica del comune di rilevazione (abitanti) | | | | | |
|---------------------|---|-------------|--------------|---------------|----------------|---------------|
| | fino a 2.000 | 2.001-5.000 | 5.001-10.000 | 10.001-20.000 | 20.001-100.000 | oltre 100.000 |
| Aiuto parenti | 73,1 | 82,2 | 85,7 | 83,4 | 82,6 | 78,8 |
| Aiuto amici | 71,5 | 56,4 | 54,4 | 56,2 | 61,6 | 56,6 |
| Aiuto vicini | 62,5 | 50,4 | 40,2 | 38,7 | 42,0 | 32,8 |
| Aiuto volontariato | 19,9 | 19,2 | 14,4 | 8,7 | 11,5 | 5,5 |
| Aiuto altre persone | 20,9 | 12,9 | 7,9 | 5,3 | 4,7 | 4,0 |
| Nessun aiuto | 7,6 | 7,7 | 5,7 | 8,6 | 6,7 | 10,7 |

Il 67,2% delle famiglie intervistate valuta ottime o adeguate le proprie risorse economiche, il 29,6% le ritiene scarse, il 3,3% le definisce assolutamente insufficienti, indice di un marcato disagio economico (tabella 1-7). Appartengono a questa tipologia di famiglie oltre 131 mila persone.

⁷ La somma delle frequenze percentuali è maggiore di 100 perché gli intervistati potevano scegliere più risposte.

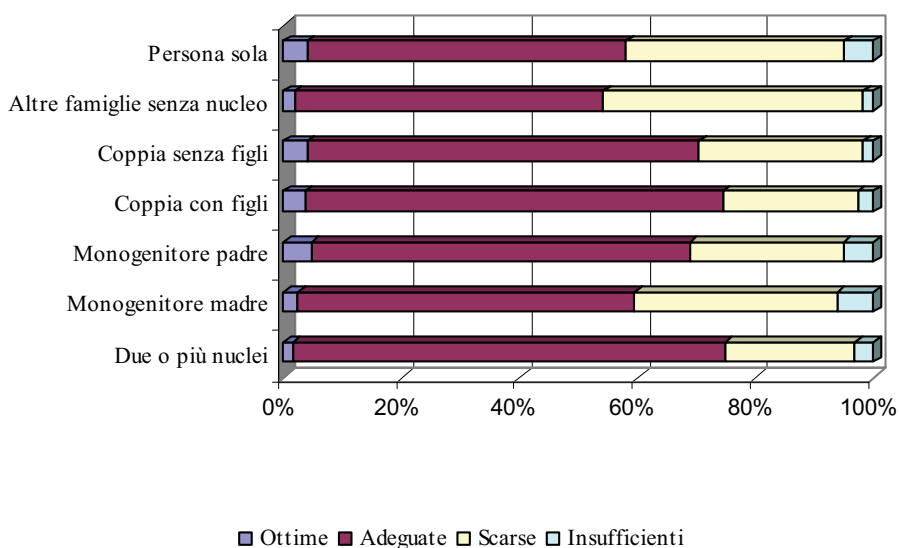
Tabella 1-7. Famiglie residenti in Emilia-Romagna per autovalutazione delle risorse economiche. Anno 2005 (valori assoluti e composizione percentuale)

| Risorse economiche | Famiglie | % |
|--------------------|------------------|--------------|
| Ottime | 64.006 | 3,7 |
| Adeguate | 1.112.948 | 63,5 |
| Scarse | 518.593 | 29,6 |
| Insufficienti | 57.984 | 3,3 |
| Totale | 1.753.531 | 100,0 |

La figura 1-5 mostra come l'autovalutazione delle risorse economiche sia fortemente correlata con la tipologia familiare.

La percentuale di famiglie che dichiarano risorse economiche scarse o insufficienti è massima (45,7%) nelle "altre famiglie senza nucleo", prevalentemente costituite da un insieme di parenti; seguono, in ordine decrescente, le persone sole (41,8%), le madri con figli (40,5%), i padri con figli (31,1%), le coppie senza figli (29,6%), le coppie con figli (25,5%), le famiglie con due o più nuclei (25,1%).

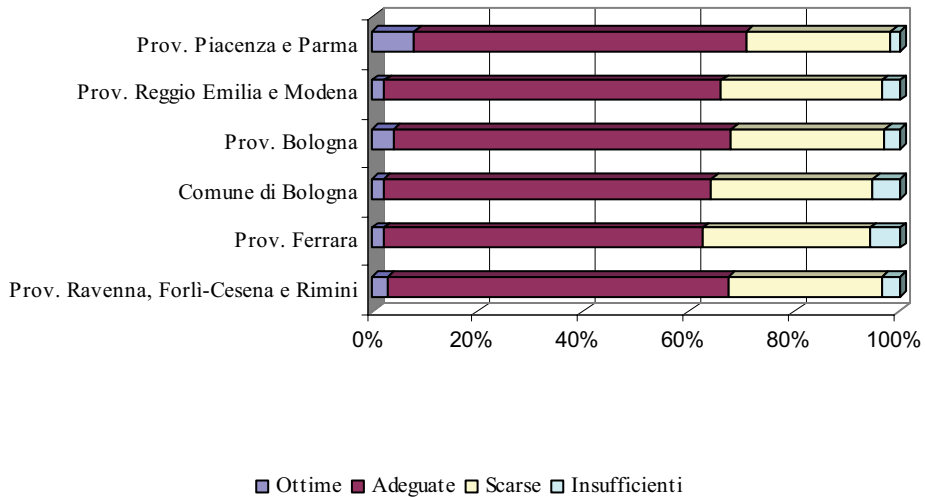
Figura 1-5. Famiglie residenti in Emilia-Romagna per tipologia familiare e autovalutazione delle risorse economiche. Anno 2005 (composizione percentuale)



Tra le madri con figli, l'area del mercato disagio economico presenta dimensioni decisamente superiori rispetto alle altre tipologie familiari: oltre il 6% delle madri con figli dichiarano risorse economiche assolutamente insufficienti, a fronte di una media regionale pari al 3,3%.

L'autovalutazione delle risorse economiche presenta anche una certa variabilità territoriale all'interno dei confini regionali (figura 1-6).

Figura 1-6. Famiglie residenti in Emilia-Romagna per area sub regionale e autovalutazione delle risorse economiche. Anno 2005 (composizione percentuale)



La percentuale di famiglie che dichiarano risorse economiche scarse o insufficienti varia da un massimo del 37,4% registrato nella Provincia di Ferrara a un minimo del 29,1% riscontrato nell'area di Piacenza e Parma, per la quale si segnala anche la più elevata quota di famiglie che ritengono ottime le proprie risorse economiche: l'8% a fronte di una media regionale pari al 3,7%.

2 LA SALUTE PERCEPITA

2.1 Lo stato di salute secondo la valutazione soggettiva degli individui

Per una valutazione globale delle condizioni di salute, la percezione dello stato di salute rappresenta un importante riferimento in quanto consente di cogliere la multidimensionalità del concetto di salute, inteso, secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, come stato di "completo benessere fisico, mentale e sociale". Nell'indagine Istat Multiscopo "Salute 2005" la salute percepita viene rilevata attraverso un quesito condiviso a livello internazionale che prevede cinque modalità di risposta ordinate su una scala che va da "Molto bene" a "Molto male". In Emilia-Romagna, al quesito "come va in generale la sua salute?" il 59,3% delle persone di 14 anni e più (pari a circa 2 milioni e 161 mila residenti) ha risposto con una valutazione positiva ("Bene" o "Molto bene"), a fronte di un 6,3% (pari a circa 229 mila residenti) che ha invece dichiarato di stare "Male" o "Molto male".

Disaggregando per età è stato possibile identificare alcune "fasce deboli" della popolazione. Tra gli anziani, la proporzione di soggetti che hanno espresso una valutazione positiva ammontava al 25,9%, a fronte di un 17,2% che dichiarava di stare "Male o Molto male"; nella popolazione di età maggiore o uguale di 80 anni, il 17,7% dei soggetti ha risposto con una valutazione positiva mentre il 28,4% dichiarava di stare "Male o Molto male".

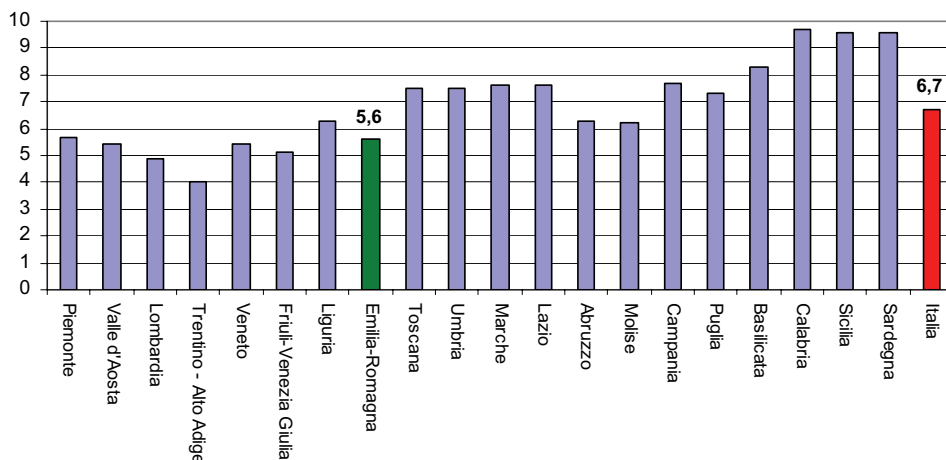
Tabella 2-1. Persone di 14 anni e più secondo lo stato di salute dichiarato per classe di età e sesso in Emilia-Romagna - Anno 2005 (per 100 persone della stessa età e dello stesso sesso)

| CLASSI DI ETA' | Molto male e male | | | Bene e molto bene | | |
|-------------------|-------------------|------------|---------------------|-------------------|-------------|---------------------|
| | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine |
| 14-34 | 0,9 | 0,6 | 0,7 | 88,1 | 85,1 | 86,6 |
| 35-44 | 1,1 | 1,3 | 1,2 | 80,1 | 68,5 | 74,5 |
| 45-54 | 2,4 | 3,6 | 3,0 | 67,9 | 57,0 | 62,6 |
| 55-64 | 7,3 | 7,9 | 7,6 | 51,7 | 37,9 | 44,3 |
| 65-74 | 7,7 | 11,6 | 9,8 | 37,2 | 27,5 | 32,0 |
| 75-84 | 15,8 | 28,4 | 23,4 | 26,8 | 15,5 | 20,0 |
| 85 e più | 24,7 | 33,5 | 30,8 | 25,5 | 14,2 | 17,6 |
| Totale | 4,5 | 8,0 | 6,3 | 66,0 | 53,1 | 59,3 |

Differenze di genere si riscontrano in tutte le classi di età. Appare evidente dalla tabella 2-1 che lo svantaggio femminile diventa sempre più marcato al crescere dell'età. Ciò è spiegato anche dal fatto che tra le donne sono più diffuse le patologie croniche di tipo invalidante.

In Figura 2-1 sono riportate le proporzioni standardizzate⁸ per età dei soggetti che hanno dichiarato di stare “Male” o “Molto male”, per regione. E’ stato presentato anche il valore nazionale, pari al 6,7%. Nel caso della regione Emilia-Romagna, il quoziente standardizzato risulta pari al 5,6%.

Figura 2-1. Persone di 14 anni e più che hanno dichiarato di stare “Molto male” o “Male” per regione - Anno 2005 (per 100 persone della stessa regione, quozienti standardizzati per età)



La possibilità di confrontare le regioni italiane costituisce un punto di forza dell’indagine. Le riforme del Sistema Sanitario Nazionale avviate sin dal 1992 e le successive modifiche costituzionali hanno progressivamente trasferito le responsabilità dal livello centrale a quello regionale e, come conseguenza, si sono accentuate le differenze tra i Servizi Sanitari Regionali.

Tabella 2-2. Persone di 14 anni e più secondo lo stato di salute dichiarato per area sub regionale - Anno 2005 (per 100 persone della stessa area sub regionale, quozienti osservati e standardizzati per età)

| AREA SUB REGIONALE | Molto male e male | | Bene e molto bene | |
|--------------------------------------|-------------------|------------|-------------------|-------------|
| | % | STD | % | STD |
| Prov. Piacenza e Parma | 6,5 | 5,7 | 59,5 | 61,9 |
| Prov. Reggio Emilia e Modena | 5,3 | 4,9 | 62,6 | 63,6 |
| Prov. Bologna | 5,8 | 5,3 | 59,6 | 61,5 |
| Comune di Bologna | 7,0 | 5,7 | 55,9 | 60,8 |
| Prov. Ferrara | 9,3 | 7,7 | 54,5 | 59,0 |
| Prov. Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini | 6,2 | 5,6 | 58,6 | 60,8 |
| Emilia-Romagna | 6,3 | 5,6 | 59,3 | 61,6 |

⁸ La standardizzazione consente di confrontare le aree geografiche rendendo statisticamente ininfluenza l’effetto delle diverse strutture per età. Per i dettagli su questa procedura si rimanda all’Appendice.

Al fine di indagare con maggiore precisione la percezione delle condizioni psicofisiche degli individui, sono stati progressivamente sviluppati in ambito internazionale strumenti finalizzati all'individuazione dei diversi aspetti che concorrono a definire la "salute percepita" e più in generale la qualità della vita. Uno strumento sintetico ampiamente utilizzato è la batteria di quesiti dell'SF12⁹, che consente di costruire due indici di salute percepita: uno sullo *stato fisico* e l'altro sullo *stato psicologico*.

I punteggi medi di tali indici sono da confrontare in termini relativi: all'aumentare del punteggio medio migliora la valutazione delle condizioni di salute e anche differenze di 0,5 punti sono da segnalarsi come significative. Nel campione emiliano - romagnolo dell'indagine, l'indice di stato fisico varia da un minimo di 13,8 a un massimo di 66,0 mentre l'indice di stato psicologico varia da un minimo di 8,8 a un massimo di 70,7.

Tabella 2-3. Descrizione dei livelli "molto alti" e "molto bassi" dei due indici sintetici

| | Molto basso | Molto alto |
|------------------------------------|--|---|
| Indice di stato fisico | Sostanziali limitazioni nella cura di se e nelle attività fisica, sociale e personali; importante dolore fisico; frequente stanchezza; la salute è giudicata scadente. | Nessuna limitazione fisica, disabilità o diminuzione del benessere generale; elevata vitalità; la salute è giudicata eccellente. |
| Indice di stato psicologico | Frequente disagio psicologico; importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi; la salute è giudicata scadente. | Frequente attitudine psicologica positiva; assenza di disagio psicologico e limitazioni nelle attività sociali e personali dovute a problemi emotivi; la salute è giudicata eccellente. |

Tabella 2-4. Indice di stato fisico nelle persone di 14 anni e più per classe di età e sesso in Emilia-Romagna. Anno 2005 – (punteggi medi)

| | Maschi | Femmine | Δ (M - F) | Maschi e Femmine |
|---------------|-------------|-------------|------------------|------------------|
| 14-24 | 55,1 | 55,0 | 0,1 | 55,1 |
| 25-34 | 54,0 | 53,8 | 0,2 | 53,9 |
| 35-44 | 53,7 | 52,6 | 1,1 | 53,2 |
| 45-54 | 52,8 | 50,8 | 2,0 | 51,8 |
| 55-64 | 50,1 | 48,8 | 1,3 | 49,4 |
| 65-74 | 47,7 | 44,8 | 2,9 | 46,1 |
| 75-84 | 43,7 | 38,2 | 5,5 | 40,4 |
| 85 e più | 37,4 | 33,6 | 3,8 | 34,8 |
| Totale | 51,4 | 48,9 | 2,5 | 50,1 |

⁹ Attraverso il questionario SF12 (Short Form Health Survey) sono stati studiati otto diversi aspetti relativi allo stato di salute: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, stato emotivo, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali e salute mentale. La sintesi dei punteggi consente di costruire due indici dello stato di salute, uno riguardante lo stato fisico (Physical Component Summary), l'altro quello psicologico (Mental Component Summary).

Tabella 2-5. Indice di stato psicologico nelle persone di 14 anni e più per classe di età e sesso in Emilia-Romagna. Anno 2005 – (punteggi medi)

| | Maschi | Femmine | Δ (M - F) | Maschi e Femmine |
|---------------|-------------|-------------|------------------|------------------|
| 14-24 | 52,5 | 49,9 | 2,6 | 51,2 |
| 25-34 | 51,9 | 49,6 | 2,3 | 50,8 |
| 35-44 | 51,4 | 48,7 | 2,7 | 50,1 |
| 45-54 | 49,7 | 47,9 | 1,8 | 48,8 |
| 55-64 | 50,8 | 47,7 | 3,1 | 49,2 |
| 65-74 | 50,1 | 46,9 | 3,2 | 48,4 |
| 75-84 | 48,1 | 44,7 | 3,4 | 46,1 |
| 85 e più | 49,0 | 43,4 | 5,6 | 45,1 |
| Totale | 50,8 | 47,8 | 3,0 | 49,3 |

Come evidenziato dalle tabelle 2-4 e 2-5, gli indici di stato fisico e di stato psicologico hanno un andamento decrescente con l'età, più accentuato per le donne. A partire dalla classe di età 55-64 anni, sia per gli uomini che per le donne, peggiora infatti la valutazione del proprio stato di salute, in modo più accentuato per l'indice di stato fisico. In ciascuna classe di età, gli indici di stato fisico e psicologico risultano sempre più bassi tra le donne. La differenza tra uomini e donne cresce, a svantaggio delle donne, al crescere dell'età.

Nelle figure 2-2 e 2-3 sono presentati i punteggi medi dei due indici nelle diverse regioni italiane. Considerando i punteggi medi standardizzati, emerge una sostanziale variabilità a livello geografico: con particolare riferimento all'indice di stato fisico, le regioni del Sud e le Isole presentano valori sistematicamente inferiori rispetto alla media nazionale, a indicare una peggiore percezione dello stato di salute.

Figura 2-2. Indice di stato fisico nelle persone di 14 anni e più, per regione (punteggi medi standardizzati per età)

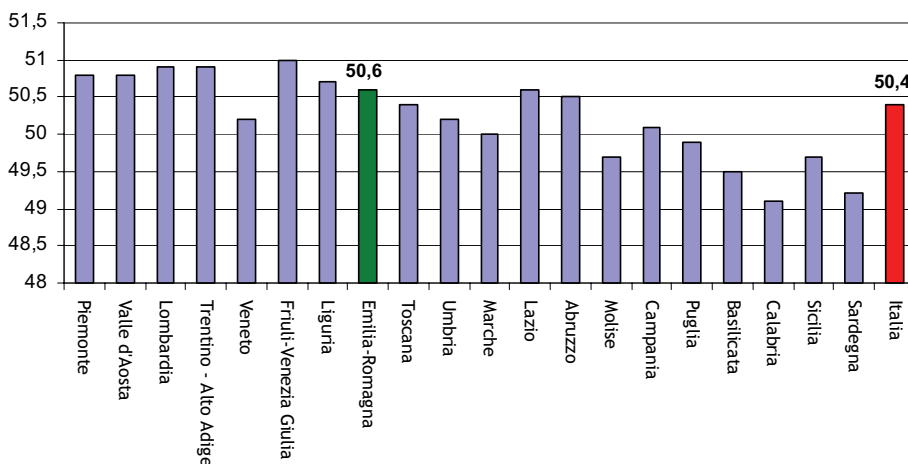
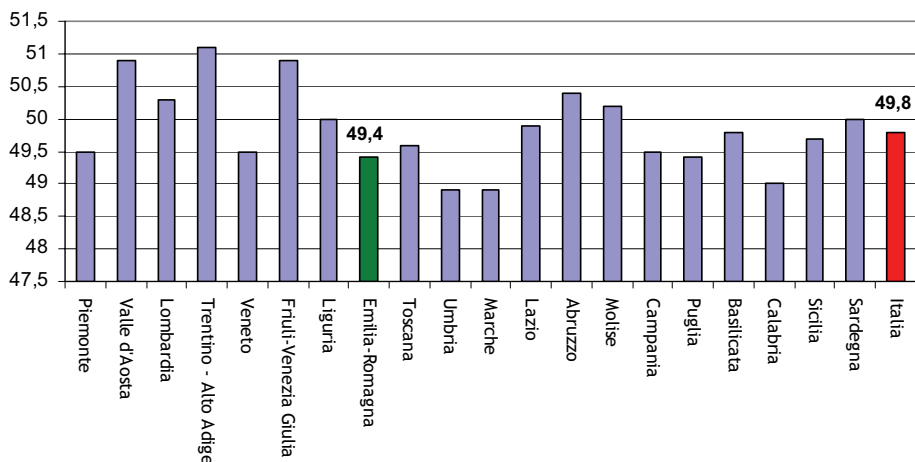


Figura 2-3. Indice di stato psicologico nelle persone di 14 anni e più, per regione (punteggi medi standardizzati per età)



Dall'analisi dei due indici sintetici emerge, per l'Emilia-Romagna, una percezione di salute fisica leggermente superiore alla media italiana (+0,2 punti) e una percezione di salute psicologica sotto la media nazionale (-0,4 punti). Queste differenze, tuttavia, non sono significative poiché inferiori alla soglia dei 0,5 punti. Il valore relativamente basso dell'indice di stato psicologico potrebbe riflettere una sensazione soggettiva di sentirsi all'altezza dei compiti e dei ruoli sociali che, come è noto, sono più complessi nelle società sviluppate e soprattutto nelle aree urbane. Sembra, quindi, logico che le regioni a più alto benessere psicologico siano la Valle d'Aosta, il Trentino-Alto Adige e il Friuli-Venezia Giulia, in gran parte rurali, seguite da Abruzzo e Molise, nelle quali l'organizzazione sociale è meno esigente che nel Nord-Italia.

In tabella 2-6 sono presentati i punteggi medi dei due indici, sia osservati che standardizzati per età, nelle sei aree sub-regionali dell'Emilia-Romagna. Dall'analisi dei punteggi emerge una significativa variabilità geografica all'interno della Regione.

Tabella 2-6. Indici di stato fisico e psicologico nelle persone di 14 anni e più, per area sub regionale (punteggi medi osservati e punteggi medi standardizzati per età)

| AREA SUB REGIONALE | Punteggi medi | | Punteggi medi standardizzati | |
|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| | Indice di stato fisico | Indice di stato psicologico | Indice di stato fisico | Indice di stato psicologico |
| Prov. Piacenza e Parma | 49,4 | 49,0 | 50,0 | 49,3 |
| Prov. Reggio Emilia e Modena | 50,6 | 49,6 | 50,9 | 49,7 |
| Prov. Bologna | 50,4 | 49,8 | 50,7 | 49,9 |
| Comune di Bologna | 50,0 | 48,9 | 50,9 | 49,2 |
| Prov. Ferrara | 49,1 | 48,6 | 50,0 | 49,0 |
| Prov. Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini | 50,3 | 49,1 | 50,6 | 49,2 |
| Emilia-Romagna | 50,1 | 49,3 | 50,6 | 49,4 |

Con riferimento ai punteggi medi standardizzati, nel complesso, la Provincia di Ferrara e le Province di Piacenza e Parma presentano valori medi sostanzialmente inferiori rispetto alla media regionale.

Nelle tabelle 2-7 e 2-8 vengono presentati i punteggi medi dell'indice di stato fisico e dell'indice di stato psicologico rilevati in Emilia-Romagna nelle indagini 1999/2000 e 2005. Le tavole consentono di cogliere la variazione nel tempo dei punteggi medi all'interno di strati omogenei, individuati sulla base dell'età e del sesso.

Tabella 2-7. Evoluzione dell'indice di stato fisico nelle persone di 14 anni e più in Emilia-Romagna: confronto anni 1999/2000 e anno 2005 (punteggi medi)

| CLASSI DI ETA' | 1999/2000 | | | 2005 | | |
|-------------------|-------------|-------------|---------------------|-------------|-------------|---------------------|
| | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine |
| 14-34 | 54,1 | 54,0 | 54,1 | 54,4 | 54,3 | 54,3 |
| 35-49 | 53,2 | 51,7 | 52,5 | 53,4 | 52,0 | 52,7 |
| 50-64 | 50,7 | 48,8 | 49,8 | 51,2 | 49,6 | 50,4 |
| 65 e più | 45,2 | 40,7 | 42,5 | 45,5 | 40,8 | 42,7 |
| Totale | 51,2 | 48,7 | 49,9 | 51,4 | 48,9 | 50,1 |

Tabella 2-8. Evoluzione dell'indice di stato psicologico nelle persone di 14 anni e più in Emilia-Romagna: confronto anni 1999/2000 e anno 2005 (punteggi medi)

| CLASSI DI ETA' | 1999/2000 | | | 2005 | | |
|-------------------|-------------|-------------|---------------------|-------------|-------------|---------------------|
| | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine |
| 14-34 | 53,1 | 50,3 | 51,8 | 52,1 | 49,7 | 50,9 |
| 35-49 | 51,6 | 49,7 | 50,7 | 50,8 | 48,4 | 49,6 |
| 50-64 | 51,7 | 48,8 | 50,2 | 50,5 | 47,8 | 49,1 |
| 65 e più | 48,5 | 44,7 | 46,3 | 49,3 | 45,6 | 47,2 |
| Totale | 51,5 | 48,3 | 49,8 | 50,8 | 47,8 | 49,3 |

In relazione all'indice di stato fisico (tabella 2-7), si nota un marcato miglioramento nella salute percepita degli emiliano-romagnoli. Passando dal 1999/2000 al 2005, i punteggi medi aumentano in tutte le classi di età poste a confronto, sia nei maschi che nelle femmine. Nella classe di età 50-64 sono state riscontrate le variazioni più significative: da 50,7 a 51,2 per i maschi; da 48,8 a 49,6 per le femmine.

In relazione all'indice di stato psicologico (tabella 2-8), la situazione appare profondamente diversa. In Emilia-Romagna, la percezione del proprio stato di salute è peggiorata in quasi tutte le fasce di residenti poste a confronto. L'unica eccezione è costituita dalla popolazione anziana, in cui l'indice di stato psicologico è aumentato nel tempo passando da 48,5 a 49,3 nei maschi e da 44,7 a 45,6 nelle femmine. Tenendo sempre in considerazione che l'indice di stato psicologico esprime percezioni soggettive, in parte legate al ruolo sociale, sembra confermata l'osservazione di una maggiore complessità delle sfide che l'individuo deve affrontare da giovane e adulto, a

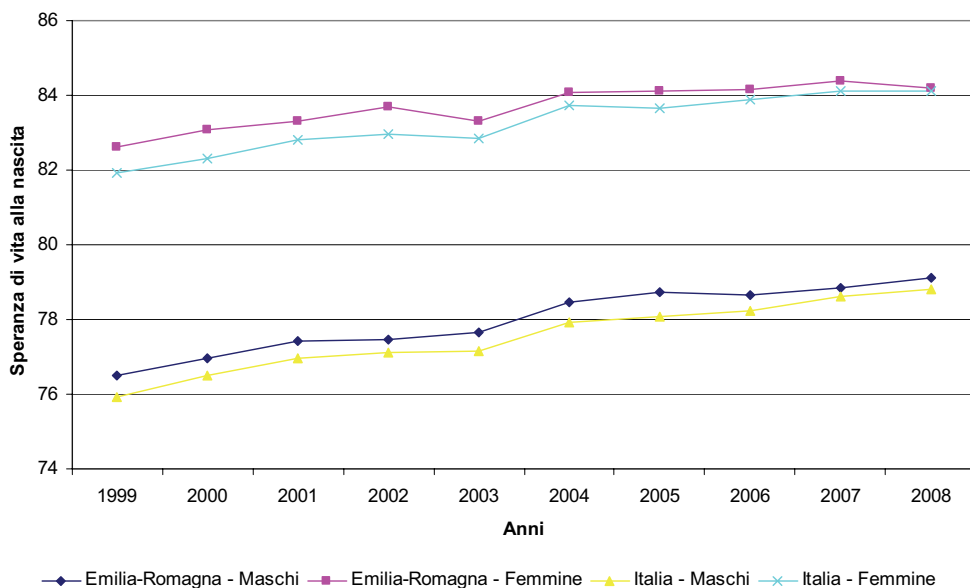
fronte di un notevole miglioramento delle condizioni di vita della popolazione anziana, fortemente sostenuta da molteplici aspetti del *welfare* regionale.

2.2 Le disuguaglianze nella percezione dello stato di salute

In Emilia-Romagna, complessivamente, la salute della popolazione sta migliorando. Ciò è dovuto al cambiamento delle condizioni di vita, ai progressi della medicina, all'attuazione di politiche sanitarie pubbliche.

Come mostrato in figura 2-4, la speranza di vita alla nascita, nel periodo 1999 – 2008, è aumentata da 76,5 a 79,1 anni per i soggetti di sesso maschile, da 82,6 a 84,2 anni per i soggetti di sesso femminile. Tuttavia, questo miglioramento “medio” si distribuisce nella popolazione in modo estremamente eterogeneo, a svantaggio di alcuni gruppi sociali o di alcune aree meno favorite.

Figura 2-4. Speranza di vita alla nascita per sesso in Emilia-Romagna e in Italia. Anni 1999-2008



Fonte: Istat, Health for All – Italia, 2008; Istat, Indicatori socio-sanitari regionali, 2009.

In questo contributo le disuguaglianze nella percezione dello stato di salute, misurata attraverso gli indici di stato fisico e psicologico, sono state valutate considerando la popolazione come un sistema gerarchicamente organizzato in cui i singoli *individui* (primo livello della gerarchia) risultano annidati all'interno delle *famiglie* (secondo livello).

In particolare, sono stati perseguiti i seguenti obiettivi:

- misurare quanta parte della variabilità totale nella percezione dello stato di salute sia attribuibile ai due livelli del sistema: variabilità tra individui che appartengono alla stessa famiglia (varianza di primo livello), variabilità tra famiglie (varianza di secondo livello);
- valutare l'associazione tra lo stato di salute percepito e alcune caratteristiche socio-economiche misurate sia sul livello individuale che sul livello familiare.

A tal fine, sono stati utilizzati modelli di regressione multilivello. La caratteristica principale delle analisi multilivello è costituita dal fatto che, trattandosi di dati gerarchicamente organizzati, in genere le osservazioni individuali non sono del tutto indipendenti. Nel contesto dell'indagine Istat Multiscopo "Salute 2005", gli individui che appartengono alla stessa famiglia tenderanno ad essere tra loro simili a causa dei processi di selezione e della "storia comune" che condividono. I test statistici tradizionali sono fortemente basati sull'assunto di indipendenza tra le osservazioni. Se questa ipotesi risulta violata, le stime degli errori standard prodotte dai test statistici convenzionali sono troppo piccole e, di conseguenza, i risultati che si ottengono appaiono "impropriamente" significativi.

Tra le variabili esplicative dei modelli multilivello è stata considerata la *condizione abitativa*, valutata attraverso la costruzione di un indice sintetico basato su sei indicatori di inadeguate condizioni abitative: assenza di bagno, assenza di riscaldamento, abitazione troppo piccola, presenza di macchie di umidità, abitazione in cattive condizioni, meno di una stanza per componente. L'indice assume valori che vanno da 1 a 7 (1 = condizioni pessime: presenza di tutte le caratteristiche negative sopra elencate; 2 = presenza di 5 delle 6 caratteristiche negative sopra elencate; 7 = condizioni ottime: nessuna delle sei condizioni è presente).

Nelle tabelle 2-9 e 2-10 sono mostrate le componenti della varianza σ^2 e le quote di variabilità ρ attribuibili ai due livelli della gerarchia. Le analisi sono state realizzate nei soggetti di 14 anni e più. Queste tabelle contengono, inoltre, le componenti della varianza e le quote di variabilità condizionate ($\sigma^2 | \mathbf{x}$ e $\rho | \mathbf{x}$, rispettivamente), ottenute controllando per età e sesso. Ciò consente di "rileggere" le componenti eliminando l'effetto delle diverse strutture per età e sesso delle famiglie campionate.

Tabella 2-9. Indice di stato fisico: proporzioni di variabilità

| Livello della gerarchia | σ^2 | ρ | $\sigma^2 \mathbf{x}$ | $\rho \mathbf{x}$ |
|-------------------------|------------|--------|-------------------------|---------------------|
| Individuo | 71,94 | 76,94% | 57,17 | 86,19% |
| Famiglia | 21,56 | 23,06% | 9,16 | 13,81% |

L'analisi è stata realizzata nei soggetti di 14 anni e più.

σ^2 : componente della varianza; ρ : proporzione di variabilità.

\mathbf{x} : vettore di covariate di livello individuale, età (in classi quinquennali) e sesso.

Tabella 2-10. Indice di stato psicologico: proporzioni di variabilità

| Livello della gerarchia | σ^2 | ρ | $\sigma^2 \mathbf{x}$ | $\rho \mathbf{x}$ |
|-------------------------|------------|--------|-------------------------|---------------------|
| Individuo | 67,37 | 69,37% | 63,62 | 68,97% |
| Famiglia | 29,75 | 30,63% | 28,62 | 31,03% |

L'analisi è stata realizzata nei soggetti di 14 anni e più.

σ^2 : componente della varianza; ρ : proporzione di variabilità.

\mathbf{x} : vettore di covariate di livello individuale, età (in classi quinquennali) e sesso.

Le analisi hanno evidenziato come la maggior parte della variabilità nella salute percepita sia attribuibile al livello individuale: come era lecito attendersi, sono le caratteristiche degli individui (come l'età, il sesso o la presenza di disabilità) che generano la maggior parte delle differenze nello stato di salute. Tuttavia, i modelli hanno individuato una componente molto rilevante anche a livello di famiglia, soprattutto in relazione all'indice di stato psicologico: lo stato di salute del singolo individuo, pertanto, è fortemente condizionato dal contesto familiare in cui vive. Si pone in evidenza che, in relazione allo stato di salute psicologico, dopo aver eliminato l'effetto composizione per età e sesso, il 31% della variabilità totale è attribuibile alle caratteristiche della famiglia in cui si vive.

Nelle tabelle 2-11 e 2-12 sono presentate le caratteristiche socio-economiche associate a bassi livelli di salute percepita.

I risultati suggeriscono l'esistenza di marcate disuguaglianze nello stato di salute della popolazione emiliano-romagnola, legate a caratteristiche sia dell'individuo che della famiglia. Gli indici di stato fisico e psicologico, infatti, risultano significativamente inferiori nei soggetti di genere femminile, con basso titolo di studio (solo nel caso dell'indice di stato fisico), che vivono in famiglie caratterizzate da una bassa coesione sociale (solo nel caso dell'indice di stato psicologico), cattive condizioni abitative (la relazione, tuttavia, si pone al limite della significatività statistica) e risorse economiche inadeguate. La società emiliano-romagnola risulta, pertanto, segnata da squilibri strutturali, sia di carattere territoriale (tabella 2-6) sia di carattere socio-economico, che concorrono a generare gruppi di popolazione svantaggiata maggiormente esposta ai rischi di salute. Pertanto, al fine di programmare un sistema organico di politiche volte a contrastare le disuguaglianze sociali e territoriali, è necessario diffondere questi risultati su molteplici livelli dell'amministrazione regionale e non soltanto presso l'Assessorato alla Sanità. Infatti, le evidenze desunte dall'indagine dovrebbero indirizzare le politiche sanitarie ma anche quelle non sanitarie poiché la salute dei cittadini è responsabilità dell'amministrazione regionale nel suo complesso con tutte le sue politiche di settore come le politiche del lavoro, previdenziali, redistributive, assistenziali e ambientali.

Tabella 2-11. Modello di regressione lineare multilivello: caratteristiche socio-economiche associate all'indice di stato fisico

| | | Variazione | P-value | |
|------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------|--------|
| Individuo | Sesso | | | |
| | | Maschi | <i>Reference</i> | |
| | | Femmine | -1,90 | <0,001 |
| | Titolo di studio | | | |
| | | Laurea o diploma | <i>Reference</i> | |
| | | Licenza media | -0,86 | 0,001 |
| | Licenza elementare o nessun titolo | -1,24 | <0,001 | |
| Famiglia | Reti di aiuto | | | |
| | | Nessun aiuto | <i>Reference</i> | |
| | | Solo parenti | -0,15 | 0,716 |
| | | Solo altre persone | 0,02 | 0,973 |
| | | Parenti e altre persone | 0,43 | 0,256 |
| | | Condizione abitativa* | 0,27 | 0,094 |
| | Risorse economiche | | | |
| | | Ottime o adeguate | <i>Reference</i> | |
| | | Scarse o insufficienti | -2,11 | <0,001 |

L'analisi è stata realizzata nei soggetti di 25 anni e più.

Tutte le variazioni sono aggiustate per la variabile individuale età (classi quinquennali).

* Punteggio da 1 (condizioni pessime) a 7 (condizioni ottime).

Tabella 2-12. Modello di regressione lineare multilivello: caratteristiche socio-economiche associate all'indice di stato psicologico

| | | Variazione | P-value | |
|------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------|--------|
| Individuo | Sesso | | | |
| | | Maschi | <i>Reference</i> | |
| | | Femmine | -2,52 | <0,001 |
| | Titolo di studio | | | |
| | | Laurea o diploma | <i>Reference</i> | |
| | | Licenza media | 0,32 | 0,264 |
| | Licenza elementare o nessun titolo | -0,17 | 0,633 | |
| Famiglia | Reti di aiuto | | | |
| | | Nessun aiuto | <i>Reference</i> | |
| | | Solo parenti | 0,44 | 0,392 |
| | | Solo altre persone | 0,81 | 0,182 |
| | | Parenti e altre persone | 1,88 | <0,001 |
| | | Condizione abitativa* | 0,32 | 0,098 |
| | Risorse economiche | | | |
| | | Ottime o adeguate | <i>Reference</i> | |
| | | Scarse o insufficienti | -3,00 | <0,001 |

L'analisi è stata realizzata nei soggetti di 25 anni e più.

Tutte le variazioni sono aggiustate per la variabile individuale età (classi quinquennali).

* Punteggio da 1 (condizioni pessime) a 7 (condizioni ottime).

3 LE MALATTIE CRONICHE PREVALENTI

3.1 *La diffusione delle patologie croniche*

La presenza di patologie croniche è uno dei principali indicatori per valutare lo stato di salute di una popolazione, sia per quanto riguarda il rischio di mortalità che per quanto riguarda il peggioramento della qualità della vita. L'analisi delle malattie croniche assume ancora più rilevanza nei contesti, come quello emiliano-romagnolo, in cui la struttura della popolazione è caratterizzata da una significativa quota di anziani.

Le persone anziane, infatti, ne sono colpite in larga misura e frequentemente ne subiscono le conseguenze in termini di riduzione o, nei casi più gravi, perdita di autonomia nelle abituali attività della vita quotidiana.

I trattamenti terapeutici, pur non ripristinando completamente lo stato di salute originario, possono stabilizzare la malattia e ridurre le sintomatologie dolorose o limitanti. Tuttavia, questi trattamenti sono spesso onerosi sia in termini di qualità della vita degli individui che in termini di spesa sanitaria.

La conoscenza della diffusione del fenomeno ha, dunque, grande rilevanza, non solo per valutare le condizioni di salute della popolazione ma anche per fornire un adeguato supporto informativo per la programmazione e l'attuazione delle politiche sociali e sanitarie.

Per studiare la morbilità cronica, è stata sottoposta agli intervistati una lista precodificata di ventitre malattie, chiedendo loro di indicare quelle da cui erano affetti. Nel questionario è stato inserito anche un quesito aperto per rilevare patologie croniche non precodificate.

Per individuare il segmento di popolazione in peggiori condizioni di salute ed analizzarne le caratteristiche socio-demografiche sono stati costruiti due indicatori: **'persone affette da almeno una malattia cronica grave'** e **'persone con tre o più malattie croniche'**.

Il primo è stato definito aggregando nella categoria 'gravi' dieci gruppi di patologie, presupponendo che la presenza di queste malattie implichi cattive condizioni di salute ed un elevato livello di limitazioni. Le patologie croniche gravi individuate sono: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili.

Il secondo, invece, si riferisce indistintamente a tutte le patologie ed è costruito nell'ipotesi che evidenzii condizioni di salute difficili e limitanti, associate ad un peggioramento della qualità della vita.

Nelle tabelle 3-1 e 3-2 sono riportate le prevalenze distinte per sesso delle patologie croniche rilevate. La tabella 3-1 fa riferimento all'intera popolazione emiliano-romagnola mentre la tabella 3-2 è riferita alla popolazione di 65 anni e più.

Tabella 3-1. Popolazione secondo il sesso e le malattie croniche dichiarate in Emilia-Romagna - Anno 2005 (per 100 persone dello stesso sesso)

| MALATTIE CRONICHE | Popolazione | | |
|------------------------------------|-------------|---------|------------------|
| | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine |
| Malattie allergiche | 12,4 | 12,7 | 12,6 |
| Diabete | 4,4 | 3,6 | 4,0 |
| Cataratta | 2,4 | 4,5 | 3,5 |
| Ipertensione arteriosa | 13,1 | 16,4 | 14,8 |
| Infarto del miocardio | 2,6 | 1,3 | 1,9 |
| Angina pectoris | 0,8 | 0,9 | 0,9 |
| Altre malattie del cuore | 3,3 | 4,1 | 3,7 |
| Ictus, emorragia cerebrale | 1,0 | 1,5 | 1,2 |
| Bronchite cronica, enfisema | 5,1 | 3,9 | 4,4 |
| Asma bronchiale | 3,9 | 3,4 | 3,7 |
| Gravi malattie della pelle | 1,7 | 1,5 | 1,6 |
| Malattie della tiroide | 1,3 | 6,6 | 4,0 |
| Artrosi, artrite | 16,2 | 25,6 | 21,0 |
| Osteoporosi | 1,0 | 9,2 | 5,2 |
| Ulcera gastrica o duodenale | 2,6 | 2,8 | 2,7 |
| Calcolosi del fegato o renale | 2,4 | 2,7 | 2,5 |
| Cirrosi epatica | 0,4 | 0,1 | 0,3 |
| Tumore maligno | 0,9 | 1,3 | 1,1 |
| Cefalea o emicrania ricorrente | 5,1 | 11,8 | 8,6 |
| Parkinsonismo | 0,4 | 0,5 | 0,4 |
| Alzheimer, demenze senili | 0,3 | 0,8 | 0,6 |
| Depressione e ansietà cronica | 3,5 | 9,2 | 6,4 |
| Altre malattie del sistema nervoso | 1,1 | 0,9 | 1,0 |
| Altro | 4,9 | 5,1 | 5,0 |

Tra le patologie croniche dichiarate, quelle più diffuse sono l'artrosi e l'artrite (21,0 per cento) e l'ipertensione arteriosa (14,8 per cento). Anche fra gli anziani (tabella 3-2) queste sono le malattie più frequenti con prevalenze, come prevedibile, molto più elevate (rispettivamente 57,9 per cento e 40,7 per cento). All'aumentare dell'età corrisponde un progressivo incremento della diffusione di quasi tutte le malattie. Una chiara eccezione è costituita dalle malattie allergiche che colpiscono maggiormente i più giovani: nell'intera popolazione la prevalenza di questa patologia è pari al 12,6 per cento e scende al 9,6 per cento tra gli anziani.

Tabella 3-2. Persone di 65 anni e più secondo il sesso e le malattie croniche dichiarate in Emilia-Romagna - Anno 2005 (per 100 persone dello stesso sesso)

| MALATTIE CRONICHE | Persone di 65 anni e più | | |
|------------------------------------|--------------------------|---------|------------------|
| | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine |
| Malattie allergiche | 8,6 | 10,4 | 9,6 |
| Diabete | 13,6 | 9,6 | 11,3 |
| Cataratta | 10,4 | 16,6 | 14,0 |
| Ipertensione arteriosa | 37,1 | 43,4 | 40,7 |
| Infarto del miocardio | 9,2 | 4,2 | 6,3 |
| Angina pectoris | 2,8 | 3,2 | 3,0 |
| Altre malattie del cuore | 11,1 | 12,2 | 11,8 |
| Ictus, emorragia cerebrale | 4,0 | 5,6 | 4,9 |
| Bronchite cronica, enfisema | 16,5 | 9,1 | 12,2 |
| Asma bronchiale | 6,6 | 5,0 | 5,7 |
| Gravi malattie della pelle | 2,5 | 2,2 | 2,3 |
| Malattie della tiroide | 1,9 | 10,2 | 6,7 |
| Artrosi, artrite | 49,3 | 64,2 | 57,9 |
| Osteoporosi | 3,1 | 26,3 | 16,5 |
| Ulcera gastrica o duodenale | 6,5 | 5,3 | 5,8 |
| Calcolosi del fegato o renale | 4,5 | 5,9 | 5,3 |
| Cirrosi epatica | 0,6 | 0,4 | 0,5 |
| Tumore maligno | 2,8 | 2,2 | 2,4 |
| Cefalea o emicrania ricorrente | 5,5 | 11,9 | 9,2 |
| Parkinsonismo | 1,9 | 1,8 | 1,8 |
| Alzheimer, demenze senili | 1,8 | 3,0 | 2,5 |
| Depressione e ansietà cronica | 8,5 | 18,2 | 14,1 |
| Altre malattie del sistema nervoso | 1,9 | 1,5 | 1,7 |
| Altro | 8,9 | 7,1 | 7,9 |

Considerando la popolazione anziana (tabella 3-2) emerge come le patologie croniche - degenerative che colpiscono i due sessi non sono le stesse. Gli uomini sono più colpiti da malattie respiratorie (bronchite, enfisema), tra le donne è invece maggiore l'incidenza delle patologie osteoarticolari; l'osteoporosi, in particolare, affligge il 26,3 per cento delle donne di 65 anni e più a fronte di una quota del 3,1 per cento negli uomini della stessa età. Tra le malattie più gravi, si osserva per l'infarto del miocardio un netto svantaggio degli uomini: nei soggetti anziani di sesso maschile la prevalenza di questa patologia ammonta al 9,2 per cento, contro un 4,2 per cento riscontrato nei soggetti di sesso femminile.

Nelle tabelle 3-3, 3-4 e 3-5 sono presentate le percentuali, distinte per sesso e per età, di soggetti con nessuna malattia cronica, dei soggetti con almeno una malattia cronica grave e dei soggetti con tre o più malattie croniche.

Tabella 3-3. Persone con nessuna malattia cronica per sesso e classe di età in Emilia-Romagna - Anno 2005 (per 100 persone dello stesso sesso e della stessa età)

| CLASSI DI ETÀ' | Persone con nessuna malattia cronica | | |
|----------------|--------------------------------------|-------------|------------------|
| | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine |
| 0-24 | 79,6 | 81,4 | 80,5 |
| 25-44 | 68,2 | 58,6 | 63,5 |
| 45-64 | 47,5 | 36,9 | 42,1 |
| 65-74 | 21,9 | 16,9 | 19,2 |
| 75 e più | 14,6 | 8,7 | 10,9 |
| Totale | 55,7 | 45,9 | 50,7 |

Tabella 3-4. Persone con almeno una malattia cronica grave per sesso e classe di età in Emilia-Romagna - Anno 2005 (per 100 persone dello stesso sesso e della stessa età)

| CLASSI DI ETÀ' | Persone con almeno una malattia cronica grave (a) | | |
|----------------|---|-------------|------------------|
| | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine |
| 0-24 | 1,9 | 1,0 | 1,5 |
| 25-44 | 2,7 | 3,6 | 3,2 |
| 45-64 | 17,3 | 11,6 | 14,4 |
| 65-74 | 40,9 | 25,9 | 32,9 |
| 75 e più | 49,3 | 46,4 | 47,5 |
| Totale | 14,5 | 13,5 | 14,0 |

(a) diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili.

Tabella 3-5. Persone con tre o più malattie croniche per sesso e classe di età in Emilia-Romagna - Anno 2005 (per 100 persone dello stesso sesso e della stessa età)

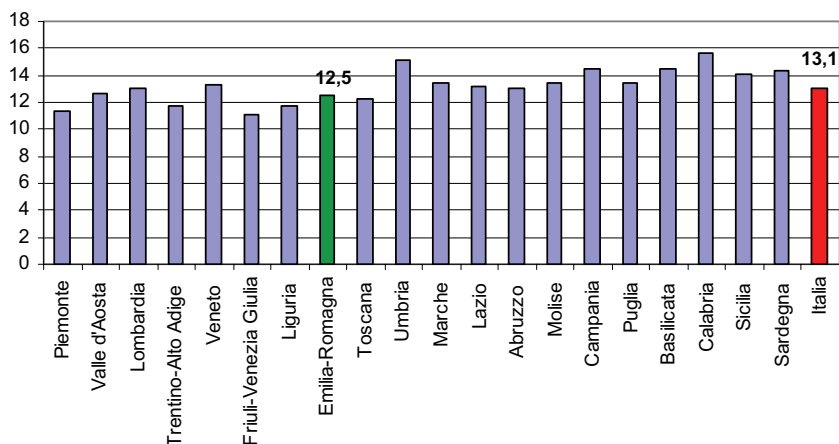
| CLASSI DI ETÀ' | Persone con tre o più malattie croniche | | |
|----------------|---|-------------|------------------|
| | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine |
| 0-24 | 0,6 | 0,5 | 0,5 |
| 25-44 | 3,0 | 5,9 | 4,5 |
| 45-64 | 14,0 | 19,7 | 16,9 |
| 65-74 | 35,4 | 44,7 | 40,4 |
| 75 e più | 37,6 | 57,4 | 49,9 |
| Totale | 11,8 | 19,8 | 15,9 |

Complessivamente, il 50,7% della popolazione emiliano-romagnola dichiara di non essere affetto da alcuna patologia cronica, il 14,0% (circa 570 mila abitanti) di soffrire

di almeno una malattia cronica grave e il 15,9% (oltre 650 mila abitanti) dichiara di essere affetto da tre o più patologie croniche. Le femmine presentano, a partire dai 25 anni, tassi di multicronicità significativamente più elevati rispetto ai maschi ma, a partire dai 45 anni, sono meno colpite da patologie croniche gravi.

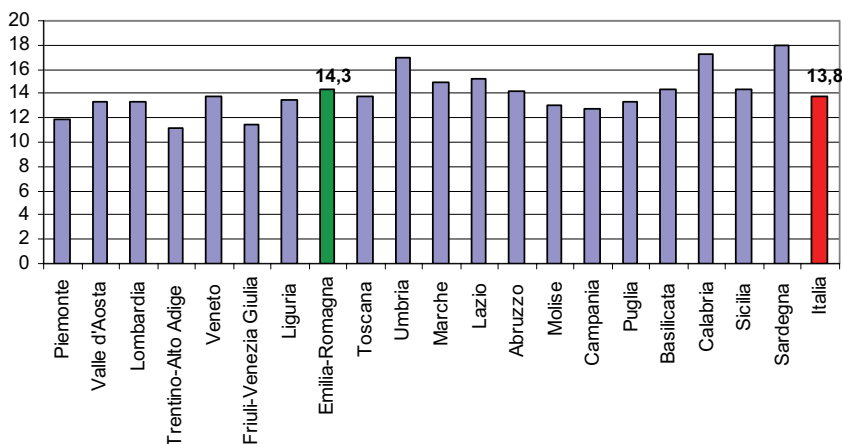
Nelle figure 3-1 e 3-2 sono mostrate, per regione, le percentuali standardizzate di soggetti che presentano almeno una malattia cronica grave e dei soggetti che presentano tre o più malattie croniche.

Figura 3-1. Popolazione italiana per regione e presenza di almeno una malattia cronica grave – Anno 2005 (per 100 persone della stessa regione – quozienti standardizzati per età)



Malattie croniche gravi: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma e leucemia); parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili.

Figura 3-2. Popolazione italiana per regione e presenza di tre o più malattie croniche – Anno 2005 (per 100 persone della stessa regione – quozienti standardizzati per età)



Anche dopo aver rimosso l'effetto delle diverse strutture per età attraverso la procedura di standardizzazione, il territorio nazionale rimane caratterizzato da una notevole variabilità tra le regioni.

In relazione alla presenza di almeno una malattia cronica grave (figura 3-1), presentano una situazione particolarmente sfavorevole l'Umbria (15,1%), la Campania (14,5%), la Basilicata (14,5%) e la Calabria (15,7%).

Per quel che riguarda la presenza di persone con tre o più malattie croniche (figura 3-2), le più elevate prevalenze sono state riscontrate in Umbria (17,0%), in Calabria (17,3%) e in Sardegna (18,0%). L'Emilia-Romagna si distingue rispetto alle altre regioni del Nord per una forte presenza di multicronici (14,3%).

Dopo aver constatato l'elevata variabilità nella diffusione delle patologie croniche tra le diverse regioni italiane, è interessante, nell'ottica della programmazione locale delle politiche socio-sanitarie, descrivere ciò che accade all'interno dei confini della Regione Emilia-Romagna.

Tabella 3-6. Popolazione per presenza e numero di malattie croniche dichiarate e area sub regionale - Anno 2005 (per 100 persone della stessa area sub regionale, quozienti grezzi e standardizzati per età)

| AREA SUB REGIONALE | Persone con nessuna malattia cronica | | Persone con una malattia cronica grave (a) | | Persone con tre o più malattie croniche | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------|--|-------------|---|-------------|
| | % | STD | % | STD | % | STD |
| Prov. Piacenza e Parma | 51,8 | 54,3 | 15,9 | 14,4 | 16,8 | 14,9 |
| Prov. Reggio Emilia e Modena | 53,6 | 54,6 | 12,6 | 12,0 | 15,6 | 14,8 |
| Prov. Bologna | 44,4 | 46,5 | 14,1 | 13,0 | 16,6 | 15,5 |
| Comune di Bologna | 43,2 | 48,6 | 15,9 | 12,6 | 19,9 | 15,9 |
| Prov. Ferrara | 48,0 | 52,7 | 14,6 | 12,0 | 19,3 | 16,0 |
| Prov. Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini | 53,7 | 56,2 | 13,1 | 11,8 | 12,8 | 11,5 |
| Emilia-Romagna | 50,7 | 53,0 | 14,0 | 12,5 | 15,9 | 14,3 |

(a) diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili.

La tabella 3-6 evidenzia come, anche all'interno della Regione Emilia-Romagna, esista una certa variabilità legata alla diffusione delle malattie croniche. Con riferimento ai quozienti standardizzati, la percentuale di soggetti con almeno una malattia cronica grave varia da un minimo dell'11,8% riscontrato nell'area di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini a un massimo del 14,4% riscontrato nell'area di Piacenza e Parma. La percentuale standardizzata di soggetti con tre o più patologie croniche, invece, varia da un minimo dell'11,5% nell'area di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini a un massimo del 16,0% nella Provincia di Ferrara.

Tabella 3-7. Popolazione e persone di 65 anni e più per tipo di malattia cronica dichiarata. Emilia-Romagna, confronto Anni 1999-2000 e Anno 2005 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

| MALATTIE CRONICHE | Popolazione | | Persone di 65 anni e più | |
|--------------------------------|-------------|------|--------------------------|------|
| | 1999-2000 | 2005 | 1999-2000 | 2005 |
| Diabete | 3,7 | 4,0 | 10,1 | 11,3 |
| Cataratta | 4,5 | 3,5 | 18,1 | 14,0 |
| Ipertensione arteriosa | 14,5 | 14,8 | 40,1 | 40,7 |
| Infarto del miocardio | 1,7 | 1,9 | 5,6 | 6,3 |
| Angina pectoris | 1,2 | 0,9 | 3,9 | 3,0 |
| Altre malattie del cuore | 3,7 | 3,7 | 12,2 | 11,8 |
| Asma bronchiale | 3,8 | 3,7 | 7,1 | 5,7 |
| Malattie della tiroide | 3,7 | 4,0 | 5,9 | 6,7 |
| Artrosi, artrite | 23,9 | 21,0 | 54,2 | 57,9 |
| Osteoporosi | 5,3 | 5,2 | 15,2 | 16,5 |
| Ulcera gastrica o duodenale | 4,1 | 2,7 | 8,8 | 5,8 |
| Cirrosi epatica | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,5 |
| Tumore maligno | 1,0 | 1,1 | 2,7 | 2,4 |
| Cefalea o emicrania ricorrente | 10,9 | 8,6 | 11,7 | 9,2 |

Rispetto a quanto rilevato nell'indagine del 1999-2000, si osserva, soprattutto per la popolazione ultra sessantacinquenne, un incremento per alcune malattie croniche (tabella 3-7). Tra gli anziani, la percentuale passa dal 10,1% all'11,3% per il diabete, dal 5,6% al 6,3% per l'infarto del miocardio, dal 54,2% al 57,9% per l'artrosi-artrite e dal 15,2% al 16,5% per l'osteoporosi. Sempre tra gli ultra sessantacinquenni risulta, invece, in flessione la percentuale di chi dichiara angina pectoris (3,9% contro 3,0%). Per tutta la popolazione, rimane piuttosto stabile la quota colpita da tumore maligno (intorno all'1%). Diminuisce, infine, la prevalenza dell'ulcera (dal 4,1% al 2,7%), soprattutto nella popolazione anziana (dall'8,8% al 5,8%).

3.2 L'impatto delle patologie croniche sulla salute percepita

L'impatto delle malattie croniche sull'equilibrio psicofisico degli individui emerge nettamente confrontando le differenze nei due indici sintetici di stato fisico e psicologico tra le persone affette da malattie croniche gravi o in condizioni di multicronicità e la popolazione non affetta da malattie croniche.

Nelle tabelle 3-8 e 3-9 sono stati calcolati i punteggi medi dell'indice di stato fisico e dell'indice di stato psicologico nei soggetti senza malattie croniche, nei soggetti con almeno una patologia cronica grave e nei soggetti con tre o più malattie croniche.

I confronti sono stati realizzati all'interno delle singole classi di età, per evitare che la diversa composizione per età dei gruppi in studio potesse introdurre delle distorsioni nei risultati.

Tabella 3-8. Indice di stato fisico nelle persone di 14 anni e più secondo il numero di malattie croniche dichiarate e la classe di età – Emilia-Romagna, Anno 2005 (punteggi medi)

| | Persone con nessuna malattia cronica | Persone con una malattia cronica grave (a) | Persone con tre o più malattie croniche |
|---------------|--------------------------------------|--|---|
| 14-24 | 55,5 | 54,0 | 49,7 |
| 25-44 | 54,4 | 47,4 | 47,8 |
| 45-64 | 53,6 | 44,7 | 43,6 |
| 65-74 | 52,6 | 42,3 | 41,0 |
| 75 e più | 47,2 | 35,2 | 34,2 |
| Totale | 54,0 | 40,8 | 40,0 |

(a) diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili.

Tabella 3-9. Indice di stato psicologico nelle persone di 14 anni e più secondo il numero di malattie croniche dichiarate e la classe di età – Emilia-Romagna, Anno 2005 (punteggi medi)

| | Persone con nessuna malattia cronica | Persone con una malattia cronica grave (a) | Persone con tre o più malattie croniche |
|---------------|--------------------------------------|--|---|
| 14-24 | 52,0 | 46,7 | 45,6 |
| 25-44 | 51,9 | 45,8 | 43,8 |
| 45-64 | 50,9 | 47,3 | 44,2 |
| 65-74 | 52,7 | 46,1 | 44,5 |
| 75 e più | 49,8 | 43,9 | 42,8 |
| Totale | 51,6 | 45,6 | 43,8 |

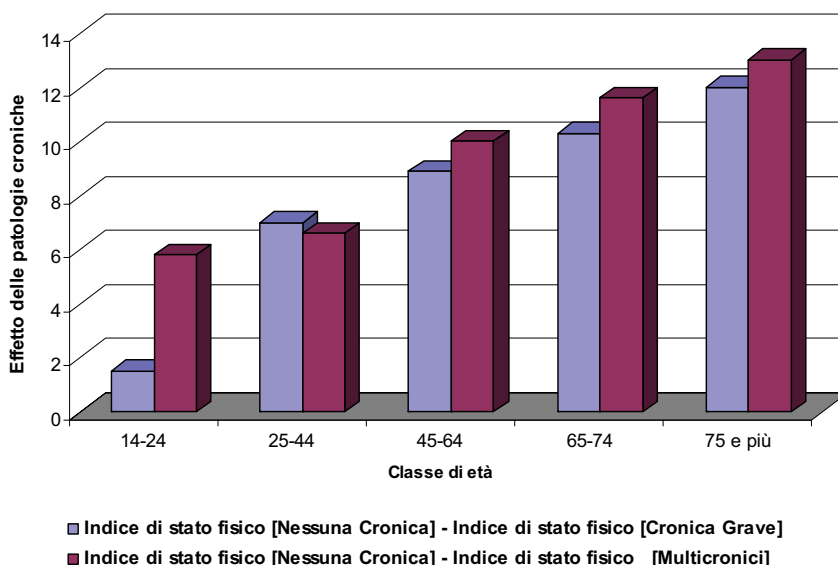
(a) diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili.

Come era lecito attendersi, la presenza di patologie croniche peggiora in modo rilevante la percezione del proprio stato di salute, sia sotto il punto di vista fisico che

sotto il punto di vista psicologico. Per una adeguata interpretazione di questi risultati si sottolinea che, come già evidenziato nel paragrafo 2.1, sono ritenute significative anche differenze di 0,5 punti nei due indici sintetici. Per quel che concerne l'indice di stato psicologico (tabella 3-9), emerge come i multicronici, oltre a presentare valori decisamente più bassi rispetto ai soggetti senza patologie, hanno una peggiore percezione del proprio stato di salute anche se confrontati con i soggetti affetti da almeno una malattia cronica grave.

Analizzando, invece, la tabella 3-8, che descrive l'impatto delle patologie croniche sull'indice di stato fisico, emerge un aspetto interessante. L'effetto negativo della malattia sulla percezione del proprio stato di salute non è costante nelle diverse classi di età considerate. I risultati evidenziano, infatti, una chiara *modificazione di effetto*: la differenza tra sani e malati aumenta in modo progressivo all'aumentare dell'età (figura 3-3).

Figura 3-3. Effetto delle malattie croniche sull'indice di stato fisico: analisi per classe di età – Emilia-Romagna, Anno 2005



Pertanto, la popolazione affetta da malattie croniche gravi o in condizione di multicronicità, all'aumentare dell'età, valuta le proprie condizioni fisiche in modo sempre più negativo rispetto alle persone sane.

4 LA DISABILITA' IN EMILIA-ROMAGNA

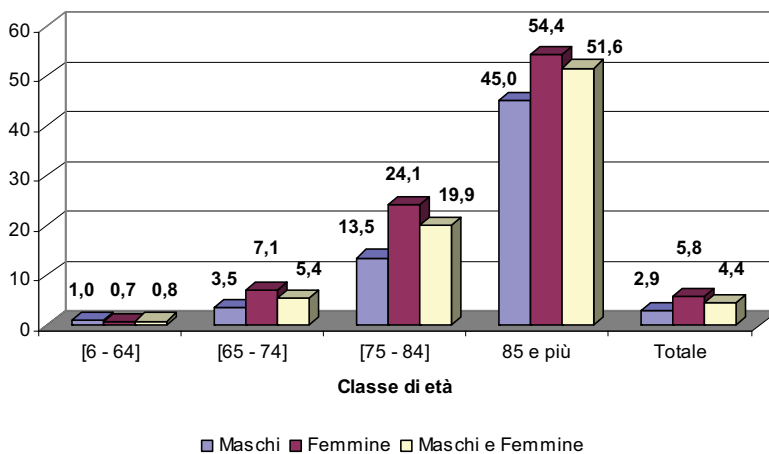
4.1 La presenza di disabilità nella popolazione emiliano romagnola

Gli eventi traumatici e le malattie, siano esse congenite, di tipo cronico-degenerativo o acute, possono comportare, nelle situazioni più critiche, la riduzione o la perdita permanente della capacità di svolgere le principali attività quotidiane e limitare, quindi, in modo continuativo il grado di autonomia personale.

Si genera in tal modo la condizione di disabilità che, secondo la definizione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), consiste nella "riduzione o perdita di capacità funzionale conseguente ad una menomazione", sia quest'ultima di tipo anatomico, psicologico o fisiologico.

Il fenomeno della disabilità, oltre a condizionare in modo rilevante la qualità della vita degli individui, ha un **impatto economico e sociale elevatissimo**. Da una stima a livello nazionale emerge che le persone con disabilità effettuano un numero di visite mediche specialistiche due volte superiore a quello delle persone senza disabilità e presentano un tasso di ricovero quattro volte superiore.

Figura 4-1. Presenza di disabilità nelle persone di 6 anni e più, per classe di età e sesso in Emilia-Romagna - Anno 2005 (per 100 persone della stessa classe di età e dello stesso sesso)



Come mostrato in figura 4-1, il fenomeno della disabilità è prevalentemente diffuso tra i molto anziani, età in cui le patologie cronico-degenerative di tipo invalidante si cumulano al normale processo di invecchiamento dell'individuo.

Dai risultati dell'indagine, che rappresenta una delle principali fonti per stimare il fenomeno della disabilità nella Regione Emilia-Romagna, si calcola siano oltre 171

mila le persone con disabilità (*intervallo di confidenza al 95%: 153 mila – 190 mila*), di cui circa 146 mila tra gli anziani (*130 mila – 163 mila*). Restrungendo il campo di osservazione agli anziani con età maggiore o uguale di 80 anni, la stima dei soggetti disabili ammonta a 97 mila individui (*83 mila – 111 mila*), pari al 38,4% della popolazione appartenente a questa fascia di età. La stima dei soggetti disabili in età attiva (15-64 anni) ammonta a circa 22 mila unità (*15 mila – 29 mila*).

In relazione a quest'ultimo dato, si pone in evidenza come anche il settore delle politiche del lavoro costituisca un importante ambito di utilizzo dei dati raccolti attraverso l'indagine, con particolare riferimento al tema del collocamento mirato dei soggetti disabili. Per collocamento mirato si intende una serie di strumenti e di azioni che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso l'analisi dei posti di lavoro e attraverso forme di sostegno che risolvano i problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro. In Emilia-Romagna, la legge regionale sul lavoro n. 17/2005 "Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, sicurezza e regolarità del lavoro" (dall'art. 17 all'art. 22) prevede che la Regione e le Province promuovano e sostengano l'inserimento e la stabilizzazione nel lavoro dipendente delle persone con disabilità e, al tempo stesso, l'avviamento e il consolidamento di attività autonome. Pertanto, ai fini di una corretta programmazione delle politiche, risulta essenziale conoscere la popolazione regionale di riferimento per questo tipo di interventi orientati al lavoro.

E' opportuno precisare che le stime sulla disabilità fin ora presentate non includono le persone istituzionalizzate, in quanto l'universo di riferimento dell'indagine campionaria è costituito dalle persone residenti in famiglia nella Regione. Non sono, inoltre, incluse le persone disabili minori di 6 anni e occorre evidenziare che lo strumento di rilevazione utilizzato, essendo stato costruito per studiare le limitazioni fisiche sul funzionamento della persona, ha il limite di sottostimare le persone con disabilità di tipo mentale. Si pone, infine, in risalto come le stime presentate in questo rapporto si basino su una definizione molto restrittiva di disabilità, secondo la quale 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.

Per quel che riguarda le differenze di genere, la figura 4-1 evidenzia un accentuato svantaggio per le donne che presentano un tasso del 5,8% contro quello del 2,9% degli uomini. Tale svantaggio non si può giustificare unicamente con la maggiore longevità delle donne: infatti, a partire dai 65 anni, età in cui cominciano a registrarsi percentuali di una certa consistenza, lo scarto tra i due sessi emerge in tutte le fasce d'età messe a confronto.

Quattro tipologie di disabilità

Nel rilevare il fenomeno della disabilità l'Istat fa riferimento ad una batteria di quesiti predisposti da un gruppo di lavoro dell'Ocse (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) sulla base della classificazione ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che consente di studiare specifiche dimensioni della disabilità.

In particolare, a seconda della sfera di autonomia funzionale compromessa, sono state costruite quattro tipologie di disabilità: confinamento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà nel movimento, difficoltà nella comunicazione. Per *confinamento* si intende una costrizione permanente a letto, su una sedia (non a rotelle) o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici. Le *difficoltà nelle funzioni* della vita quotidiana

riguardano la completa assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane e di cura della persona, quali mettersi a letto, sedersi da soli, vestirsi, lavarsi, mangiare. Le persone con *difficoltà nel movimento* hanno problemi nel camminare, non sono in grado di salire o scendere da soli una rampa di scale, non riescono a chinarsi per raccogliere oggetti da terra. Le *difficoltà nella comunicazione* comprendono, invece, le limitazioni nel sentire (nonostante l'uso di apparecchi acustici), le limitazioni nel vedere, le difficoltà nella parola.

Nelle tabelle 4-1 e 4-2 sono presentate le prevalenze distinte per sesso delle diverse tipologie di disabilità nella popolazione emiliano-romagnola. La prima fa riferimento ai soggetti di 6 anni e più, la seconda fa riferimento alle persone anziane. Si sottolinea che uno stesso individuo può presentare più di una tipologia di disabilità.

Tabella 4-1. Persone di 6 anni e più secondo il sesso, la presenza ed il tipo di disabilità (per 100 persone dello stesso sesso)

| PRESENZA E TIPO DI DISABILITA' | Persone di 6 anni e più | | |
|---|-------------------------|---------|------------------|
| | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine |
| Disabili | 2,9 | 5,8 | 4,4 |
| <i>Confinamento individuale</i> | 1,0 | 2,7 | 1,9 |
| <i>Disabilità nelle funzioni</i> | 1,9 | 3,5 | 2,7 |
| <i>Difficoltà nel movimento</i> | 1,3 | 3,0 | 2,2 |
| <i>Difficoltà vista, udito e parola</i> | 0,6 | 1,2 | 0,9 |

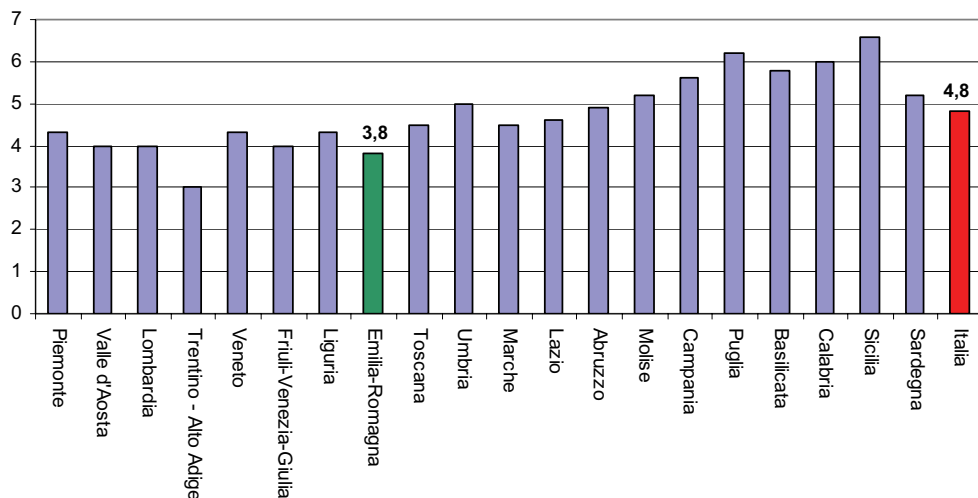
Tabella 4-2. Persone di 65 anni e più secondo il sesso, la presenza ed il tipo di disabilità (per 100 persone dello stesso sesso)

| PRESENZA E TIPO DI DISABILITA' | Persone di 65 anni e più | | |
|---|--------------------------|---------|------------------|
| | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine |
| Disabili | 10,3 | 20,0 | 15,9 |
| <i>Confinamento individuale</i> | 4,0 | 9,2 | 7,0 |
| <i>Disabilità nelle funzioni</i> | 6,9 | 12,1 | 9,9 |
| <i>Difficoltà nel movimento</i> | 4,8 | 10,6 | 8,2 |
| <i>Difficoltà vista, udito e parola</i> | 2,2 | 4,0 | 3,3 |

Tra le diverse tipologie di disabilità quella più grave è certamente rappresentata dal confinamento, che implica livelli di autonomia nel movimento pressoché nulli. In Emilia-Romagna, tra le persone di 65 anni e più, 7 soggetti su 100 risultano confinati a letto, su una sedia e nella propria abitazione. Anche in questo caso, sono rilevanti le differenze tra i due sessi: 4,0% nei maschi, 9,2% nelle femmine.

A livello territoriale emerge la consueta dicotomia Nord-Sud (figura 4-2). Analizzando i tassi standardizzati che annullano l'effetto dell'età, emerge come nelle regioni meridionali i tassi di disabilità siano distintamente più elevati. Le regioni per le quali si registra la maggiore presenza di disabili sono la Sicilia (6,6%), la Puglia (6,2%) e la Calabria (6,0%), a fronte di una media nazionale del 4,8%. L'Emilia-Romagna presenta un tasso standardizzato di disabilità pari al 3,8%.

Figura 4-2. Presenza di disabilità nelle persone di 6 anni e più, per regione (per 100 persone della stessa regione, quozienti standardizzati per età)



In tabella 4-3 sono presentate le prevalenze di disabilità, sia grezze che standardizzate per età, nelle sei aree sub-regionali dell'Emilia-Romagna.

Tabella 4-3. Presenza di disabilità nelle persone di 6 anni e più, per area sub regionale (per 100 persone della stessa area sub regionale, valori assoluti, quozienti osservati e standardizzati)

| AREA SUB REGIONALE | Disabili | | |
|--------------------------------------|-----------------|------------|------------|
| | Valori Assoluti | % | STD |
| Prov. Piacenza e Parma | 31.759 | 4,9 | 4,0 |
| Prov. Reggio Emilia e Modena | 41.304 | 3,9 | 3,4 |
| Prov. Bologna | 26.449 | 4,9 | 4,4 |
| Comune di Bologna | 18.017 | 5,1 | 3,7 |
| Prov. Ferrara | 19.399 | 5,8 | 4,5 |
| Prov. Ravenna, Forli-Cesena e Rimini | 34.538 | 3,6 | 3,2 |
| Emilia-Romagna | 171.465 | 4,4 | 3,8 |

L'analisi sub-regionale ha evidenziato una certa variabilità territoriale all'interno della Regione. Con riferimento alle percentuali standardizzate, la prevalenza di disabilità varia da un minimo del 3,2% riscontrato nell'area di Ravenna, Forli-Cesena e Rimini a un massimo del 4,5% riscontrato nella Provincia di Ferrara.

Il fenomeno della disabilità, oltre alle differenze territoriali, presenta una notevole variabilità in relazione alle caratteristiche socio-economiche degli individui. Attraverso due modelli di regressione logistica (per i dettagli metodologici si rimanda all'Appendice) sono state analizzate l'associazione tra disabilità e titolo di studio e l'associazione tra disabilità e risorse economiche della famiglia. La tecnica statistica

utilizzata ha consentito di rendere ininfluente la diversa composizione per età e sesso dei gruppi sociali in studio. I risultati sono presentati nelle tabelle 4-4 e 4-5.

Tabella 4-4. Associazione, aggiustata per età e sesso, tra disabilità e titolo di studio. Regione Emilia-Romagna, Anno 2005

| | Odds Ratio | P-value | IC 95% |
|------------------------------------|------------|---------|-------------|
| Titolo di studio | - | - | - |
| Dottorato, laurea o diploma | 1,00 | - | - |
| Licenza media inferiore | 1,25 | 0,354 | 0,78 - 1,99 |
| Licenza elementare o nessun titolo | 1,33 | 0,160 | 0,89 - 1,98 |

Analisi ristrette ai soggetti di 25 anni e più.
IC: intervallo di confidenza.

Tabella 4-5. Associazione, aggiustata per età e sesso, tra disabilità e risorse economiche. Regione Emilia-Romagna, Anno 2005

| | Odds Ratio | P-value | IC 95% |
|---------------------------|------------|---------|-------------|
| Risorse economiche | - | - | - |
| Ottime o adeguate | 1,00 | - | - |
| Scarse o insufficienti | 1,37 | 0,013 | 1,07 - 1,76 |

Analisi ristrette ai soggetti di 6 anni e più.
IC: intervallo di confidenza.

Il fenomeno della disabilità appare fortemente correlato allo status e alle risorse economiche della famiglia. La probabilità di essere disabile risulta, infatti, più elevata tra i soggetti con titolo di studio inferiore (le differenze osservate, tuttavia, non raggiungono la significatività statistica) e tra i soggetti che dichiarano risorse economiche scarse o insufficienti. Rispetto ai soggetti con dottorato, laurea o diploma (tabella 4-4), la frequenza di disabilità è più alta tra i soggetti con licenza media inferiore (25% in più) e tra i soggetti con licenza elementare o nessun titolo (33% in più). Inoltre, la frequenza di disabilità risulta significativamente ($p\text{-value} < 0,05$) più elevata nei soggetti con risorse economiche scarse o insufficienti: il 37% in più rispetto ai soggetti con risorse economiche ottime o adeguate (tabella 4-5). Questi risultati evidenziano, pertanto, l'esistenza di fasce deboli di popolazione in cui ai problemi di salute che derivano dalla disabilità, si sommano altre forme di svantaggio di tipo sociale ed economico.

L'analisi congiunta tra disabilità e contesto socio-economico può essere ulteriormente approfondita attraverso un cambio di prospettiva che consente di passare dall'analisi "per individuo" all'analisi "per famiglia". In Italia è sulla famiglia che grava il maggior carico dell'assistenza del disabile ed è il nucleo familiare che subisce il disagio di fronteggiare quotidianamente le necessità e i bisogni che derivano dalle condizioni di non autosufficienza di un suo componente.

In Emilia-Romagna le famiglie con almeno un disabile sono oltre 157 mila (circa il 9% delle famiglie emiliano-romagnole) e il 31,5% di queste è composto da una persona

sola. Nella tabella che segue l'unità di osservazione è la famiglia, la situazione socio-economica è stata analizzata in relazione alla presenza di persone disabili.

Tabella 4-6. Famiglie per presenza di persone disabili e situazione socio-economica in Emilia-Romagna e nelle ripartizioni geografiche – Anno 2005 (per 100 famiglie con le stesse caratteristiche)

| SITUAZIONE SOCIO-ECONOMICA | Senza disabili | Con disabili di 65 anni e più | Con disabili di 6-64 anni |
|---|----------------|-------------------------------|---------------------------|
| Emilia-Romagna | | | |
| Risorse economiche scarse o insufficienti | 31,6 | 47,2 | 42,3 |
| Abitazione in affitto | 19,0 | 20,5 | 24,0 |
| Abitazione senza riscaldamento | 1,2 | 1,1 | 2,7 |
| Abitazione in cattive condizioni | 3,5 | 3,2 | 10,5 |
| Italia Nord | | | |
| Risorse economiche scarse o insufficienti | 27,8 | 43,7 | 44,1 |
| Abitazione in affitto | 20,1 | 17,5 | 23,3 |
| Abitazione senza riscaldamento | 1,6 | 4,9 | 2,7 |
| Abitazione in cattive condizioni | 3,0 | 3,4 | 8,2 |
| Italia Centro | | | |
| Risorse economiche scarse o insufficienti | 30,5 | 48,5 | 49,3 |
| Abitazione in affitto | 18,5 | 13,0 | 23,9 |
| Abitazione senza riscaldamento | 3,0 | 5,4 | 5,4 |
| Abitazione in cattive condizioni | 3,8 | 4,5 | 10,9 |
| Italia Meridionale | | | |
| Risorse economiche scarse o insufficienti | 37,2 | 48,2 | 50,8 |
| Abitazione in affitto | 20,1 | 13,5 | 20,1 |
| Abitazione senza riscaldamento | 26,2 | 39,9 | 30,6 |
| Abitazione in cattive condizioni | 5,8 | 9,1 | 9,7 |
| Italia | | | |
| Risorse economiche scarse o insufficienti | 31,3 | 46,4 | 48,2 |
| Abitazione in affitto | 19,8 | 15,1 | 21,9 |
| Abitazione senza riscaldamento | 9,7 | 18,3 | 16,2 |
| Abitazione in cattive condizioni | 4,0 | 5,8 | 9,4 |

Con riferimento alla tabella 4-6, si nota come le famiglie con almeno un disabile dichiarino risorse economiche scarse o insufficienti in misura decisamente maggiore rispetto alle famiglie senza disabili: in Emilia-Romagna, dichiara risorse scarse o insufficienti il 47,2% delle famiglie con disabili anziani, il 42,3% delle famiglie con disabili di età compresa tra i 6 e i 64 anni, il 31,6% delle famiglie senza disabili. Il 10,5% delle famiglie con disabili di età compresa tra i 6 e i 64 anni vive in un'abitazione in cattive condizioni.

Dopo aver evidenziato l'associazione tra disabilità e svantaggio socio-economico, è utile, al fine di ottenere una "visione d'insieme" del fenomeno, analizzare la relazione tra disabilità e presenza di patologie croniche.

La malattia può essere sia la causa dell'insorgenza della disabilità sia l'inevitabile conseguenza dei *deficit* funzionali determinati da altri eventi; i disabili presentano, pertanto, condizioni di salute nettamente peggiori rispetto alla popolazione non disabile in quanto, soprattutto per la popolazione anziana, è molto forte l'associazione tra presenza di disabilità e morbidità cronica. Molte delle malattie croniche possono infatti condurre alla disabilità: la riduzione funzionale può derivare da gravi eventi clinici come l'infarto miocardico acuto o l'ictus; anche patologie come l'osteoporosi o l'artrosi possono causare processi degenerativi altamente invalidanti e, una volta insorte, comportano una progressiva limitazione dell'autonomia nello svolgere le fondamentali attività della vita quotidiana.

Non è inconsueto, inoltre, che l'insorgenza di patologie croniche derivi dalla presenza di disabilità. Si pensi, ad esempio, ad una persona disabile costretta su una sedia a rotelle, per la quale l'immobilismo può determinare l'insorgere di complicanze come le patologie dell'apparato circolatorio, dell'apparato digerente o dell'apparato urologico.

Analizzando complessivamente l'associazione tra presenza di disabilità e malattie croniche (tabelle 4-7 e 4-8), a prescindere dalla loro eziologia, si rileva che la gran parte dei disabili soffre di patologie di tipo cronico, con quote importanti di persone in condizioni di multicronicità o affette da malattie gravi.

Il 67,0% dei disabili è colpito da tre o più patologie croniche, il 61,9% ha almeno una malattia cronica grave e solo il 5,6% dei disabili non dichiara patologie croniche associate. Tra i non disabili le quote di multicronici e di soggetti con patologie gravi sono decisamente più contenute: il 14,5% presenta tre o più malattie croniche ed il 12,5% dichiara di soffrire di almeno una patologia grave.

Tabella 4-7. Persone di 6 anni e più secondo il sesso, la presenza di malattie croniche e di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

| PRESENZA DI MALATTIE CRONICHE E DI DISABILITA' | Persone di 6 anni e più | | |
|---|-------------------------|---------|------------------|
| | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine |
| Non disabili | | | |
| Persone con nessuna malattia cronica | 54,9 | 45,9 | 50,4 |
| Persone con almeno una malattia cronica grave (a) | 13,8 | 11,2 | 12,5 |
| Persone con tre o più malattie croniche | 11,2 | 17,7 | 14,5 |
| Disabili | | | |
| Persone con nessuna malattia cronica | 11,2 | 2,9 | 5,6 |
| Persone con almeno una malattia cronica grave (a) | 63,0 | 61,5 | 61,9 |
| Persone con tre o più malattie croniche | 57,5 | 71,4 | 67,0 |
| Totale | | | |
| Persone con nessuna malattia cronica | 53,7 | 43,4 | 48,4 |
| Persone con almeno una malattia cronica grave (a) | 15,2 | 14,1 | 14,6 |
| Persone con tre o più malattie croniche | 12,5 | 20,9 | 16,8 |

(a) diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili.

Tabella 4-8. Persone di 65 anni e più secondo il sesso, la presenza di malattie croniche e di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

| PRESENZA DI MALATTIE CRONICHE E DI DISABILITA' | Persone di 65 anni e più | | |
|---|--------------------------|---------|------------------|
| | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine |
| Non disabili | | | |
| Persone con nessuna malattia cronica | 20,1 | 15,2 | 17,4 |
| Persone con almeno una malattia cronica grave (a) | 41,2 | 29,6 | 34,8 |
| Persone con tre o più malattie croniche | 32,9 | 45,6 | 39,9 |
| Disabili | | | |
| Persone con nessuna malattia cronica | 6,7 | 2,1 | 3,4 |
| Persone con almeno una malattia cronica grave (a) | 74,0 | 64,4 | 67,0 |
| Persone con tre o più malattie croniche | 66,0 | 74,4 | 72,1 |
| Totale | | | |
| Persone con nessuna malattia cronica | 18,8 | 12,6 | 15,2 |
| Persone con almeno una malattia cronica grave (a) | 44,6 | 36,6 | 40,0 |
| Persone con tre o più malattie croniche | 36,3 | 51,3 | 45,0 |

(a) diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili.

Nella tabella 4-9 viene analizzato l'andamento temporale della disabilità, confrontando la rilevazione del 1999/2000 con la rilevazione del 2005. Appare subito evidente che la prevalenza del fenomeno è andata diminuendo, passando dal 5,1% al 4,4%.

Questa diminuzione è ancora più significativa se si considera che, nel periodo considerato, in Emilia-Romagna la percentuale di anziani sul totale della popolazione residente è aumentata dal 21,8% al 22,6% così come la proporzione di grandi anziani (soggetti con età maggiore o uguale di 75 anni) che è passata dal 10,1% all'11,1%.

Tabella 4-9. Andamento temporale della disabilità nelle persone di 6 anni e più in Emilia-Romagna: confronto Anni 1999-2000 e Anno 2005 (per 100 persone della stessa età e dello stesso sesso)

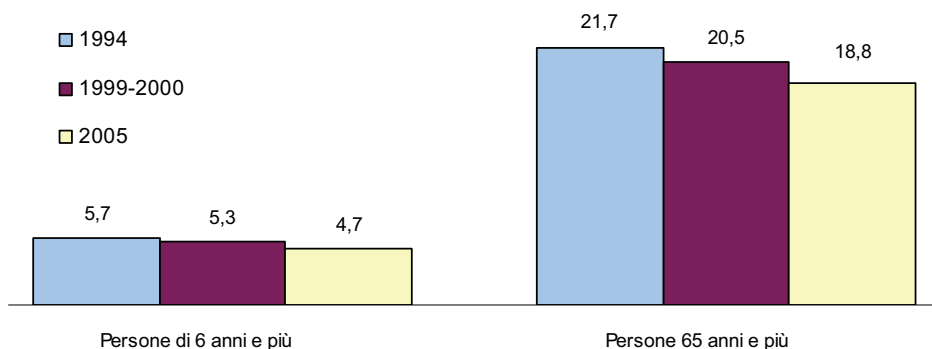
| CLASSI DI ETA' | 1999/2000 | | | 2005 | | |
|----------------|------------|------------|------------------|------------|------------|------------------|
| | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine | Maschi | Femmine | Maschi e Femmine |
| 6-64 | 1,5 | 1,2 | 1,3 | 1,0 | 0,7 | 0,8 |
| 65-74 | 8,1 | 7,8 | 7,9 | 3,5 | 7,1 | 5,4 |
| 75 e più | 19,7 | 34,9 | 29,3 | 19,3 | 31,8 | 27,1 |
| Totale | 3,7 | 6,4 | 5,1 | 2,9 | 5,8 | 4,4 |

La tabella 4-9 consente di operare confronti "like to like", ovvero, all'interno delle specifiche fasce di popolazione individuate sulla base di età e sesso. Questo tipo di analisi risulta particolarmente utile nei casi in cui la struttura della popolazione è andata modificandosi nel tempo. In Emilia-Romagna la prevalenza del fenomeno è diminuita in tutte le classi di età e sesso. Appare particolarmente evidente la riduzione osservata

nei maschi di età compresa tra i 65 e i 74 anni: la prevalenza di disabilità si è dimezzata, passando dall'8,1% nel 1999/2000 al 3,5% nel 2005.

Anche a livello nazionale (figura 4-3) il fenomeno della disabilità presenta un *trend* in netta diminuzione: in Italia, il tasso standardizzato per età, nelle persone di 6 anni e più, è passato dal 5,3% nel 1999/2000 al 4,7% nel 2005.

Figura 4-3. Persone di 6 anni e più e persone di 65 anni e più con disabilità – Italia, Confronto Anni 1994, 1999-2000 e 2005 (per 100 persone, tassi standardizzati per età con i dati del censimento 2001)



Per ulteriori approfondimenti sulla situazione nazionale si rimanda alla pubblicazione Istat "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005" del 02 marzo 2007.

4.2 L'impatto della disabilità sulla salute percepita

La presenza di disabilità incide in modo significativo sulla percezione dello stato di salute, determinando valutazioni peggiori rispetto alle persone non disabili.

In tabella 4-10 sono presentati, per disabili e non disabili, i punteggi medi dei due indici che esprimono quantitativamente la percezione dello stato di salute: l'indice di stato fisico e l'indice di stato psicologico. Come evidenziato nel paragrafo 2.1, a punteggi medi più elevati corrisponde una migliore percezione dello stato di salute; anche differenze di 0,5 punti sono ritenute significative.

I confronti sono stati realizzati all'interno delle singole classi di età, per evitare che la diversa struttura per età dei gruppi in studio potesse introdurre delle distorsioni nei risultati.

Lo stato fisico risulta decisamente più compromesso nella popolazione disabile: le differenze rispetto ai non disabili sono molto marcate in tutte le classi di età e vanno da un minimo di 9,6 punti riscontrato nella fascia di età 14-24 anni, a un massimo di 21,4 punti, riscontrato nella fascia di età 25-44 anni.

Osservando la valutazione del disagio psicologico dei disabili, si rileva che le distanze sono inferiori rispetto all'indice di stato fisico: le differenze vanno da un minimo di 1 punto, riscontrato nella classe di età 14-24 anni, a un massimo di 10,8 punti, riscontrato nella classe di età 45-64 anni.

Tabella 4-10. Indici di stato fisico e psicologico nelle persone di 14 anni e più secondo la presenza di disabilità e la classe di età – Emilia-Romagna, Anno 2005 (punteggi medi)

| CLASSI DI ETA' | Indice di stato fisico | | Indice di stato psicologico | |
|----------------|------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|
| | Non disabili | Disabili | Non disabili | Disabili |
| 14-24 | 55,1 | 45,5 | 51,2 | 50,2 |
| 25-44 | 53,6 | 32,2 | 50,4 | 49,3 |
| 45-64 | 50,9 | 32,0 | 49,1 | 38,3 |
| 65-74 | 47,0 | 30,5 | 48,8 | 41,5 |
| 75 e più | 43,0 | 28,8 | 47,9 | 40,4 |
| Totale | 51,1 | 29,6 | 49,7 | 40,8 |

Attraverso la tabella 4-11 è, invece, possibile analizzare l'impatto delle diverse tipologie di disabilità sulla percezione del proprio stato di salute.

Sia nelle persone di 14 anni e più che nella popolazione anziana, la percezione più negativa è riferita dalle persone confinate che presentano, per entrambi gli indici, i valori più bassi. Il confinamento indica, infatti, una condizione di elevata o totale perdita di autosufficienza ed è spesso associato ad altre forme di disabilità.

In relazione al solo indice di stato fisico, presentano punteggi medi sensibilmente più bassi quelle tipologie di disabilità che implicano una limitazione delle attività quotidiane e delle capacità motorie; per le disabilità che coinvolgono la sfera della comunicazione i punteggi medi sono più elevati.

Tabella 4-11. Indici di stato fisico e psicologico nelle persone di 14 anni e più e nelle persone di 65 anni e più secondo la presenza ed il tipo di disabilità – Emilia-Romagna, Anno 2005 (punteggi medi)

| PRESENZA E TIPO DI DISABILITA' | Persone di 14 anni e più | | Persone di 65 anni e più | |
|---|---------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| | Indice di stato fisico | Indice di stato psicologico | Indice di stato fisico | Indice di stato psicologico |
| Non disabili | 51,1 | 49,7 | 45,3 | 48,4 |
| Disabili | 29,6 | 40,8 | 29,1 | 40,6 |
| <i>Confinamento individuale</i> | 27,9 | 37,7 | 27,5 | 37,4 |
| <i>Disabilità nelle funzioni</i> | 28,1 | 38,7 | 27,8 | 38,3 |
| <i>Difficoltà nel movimento</i> | 28,1 | 41,8 | 27,9 | 41,2 |
| <i>Difficoltà vista, udito e parola</i> | 32,8 | 38,7 | 31,3 | 38,6 |

4.3 La non autosufficienza in Emilia-Romagna

Nell'ambito della disabilità, è stata effettuata una sottoanalisi volta a individuare, nell'insieme dei soggetti definiti disabili, un sottoinsieme di individui classificabili come non autosufficienti.

Il Testo Unificato presentato alla Camera (XII Commissione Affari sociali, 2004) 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".

Nell'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", la capacità di vivere in maniera indipendente è stata misurata attraverso la raccolta di informazioni riferite dal soggetto sulla sua capacità di compiere le attività di base della vita quotidiana (ADL – *Activities of Daily Living*) come lavarsi, vestirsi, mangiare, muoversi in casa.

In questo lavoro, sono stati definiti "non autosufficienti" i soggetti 1) costretti a rimanere sempre a letto anche potendo disporre dell'aiuto di qualcuno per alzarsi, 2) costretti a rimanere sempre seduti su una sedia o una poltrona (non su una sedia a rotelle) anche potendo disporre dell'aiuto di qualcuno per camminare, 3) costretti a rimanere sempre nella propria abitazione senza poter uscire per motivi fisici o psichici, 4) che possono mettersi a letto o alzarsi dal letto solo con l'aiuto di qualcuno, 5) che possono sedersi o alzarsi da una sedia solo con l'aiuto di qualcuno, 6) che possono vestirsi e spogliarsi solo con l'aiuto di qualcuno, 7) che possono farsi il bagno o la doccia solo con l'aiuto di qualcuno, 8) che possono lavarsi le mani o il viso solo con l'aiuto di qualcuno, 9) che possono mangiare e tagliare il cibo solo con l'aiuto di qualcuno.

Secondo questo criterio classificatorio, in Emilia-Romagna, vengono individuati circa 128 mila soggetti non autosufficienti (*intervallo di confidenza al 95%: 112 mila – 143 mila*), pari al 3,3% della popolazione di 6 anni e più. Tra gli anziani, la stima dei soggetti non autosufficienti ammonta a 109 mila unità (*95 mila – 124 mila*) mentre, nella popolazione in età attiva (15-64 anni), sono 16 mila le persone non autosufficienti (*10 mila – 21 mila*).

E', tuttavia, doveroso precisare che non esiste ancora un criterio univoco per individuare i soggetti non autosufficienti e che la metodologia proposta in questo paragrafo non riveste carattere di ufficialità¹⁰.

¹⁰ Per ulteriori approfondimenti si rimanda a: Battisti A, Hanau C. I disabili non autosufficienti. Pubblicato sul sito www.terzaet.com; gennaio 2004.

4.4 La predisabilità

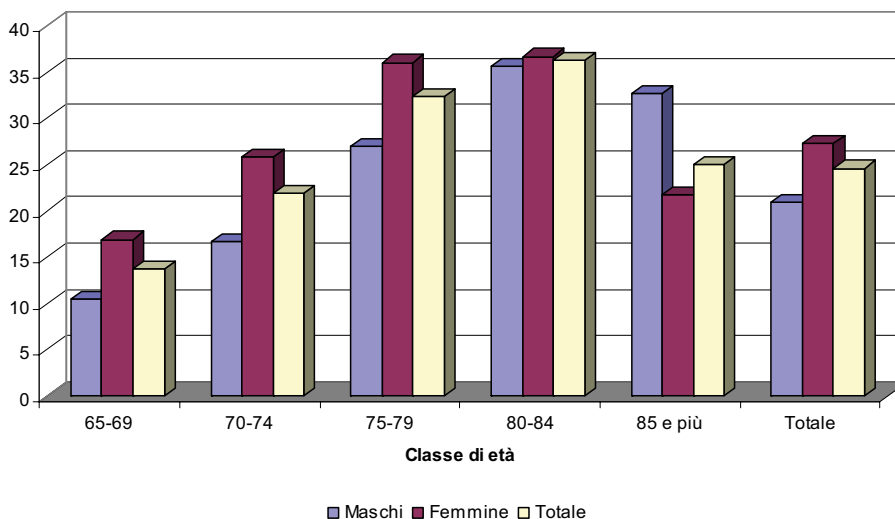
L'ipotesi di una categoria di predisabili poggia sulla dimostrazione di un più elevato rischio di disabilità negli anziani autonomi con peggiore *performance* alle prove di equilibrio, di marcia, di *up & go*¹¹. Nella popolazione in studio sono state classificate come predisabili le persone che, pur non essendo disabili, presentano alcune o molte difficoltà nel camminare, nel salire e scendere da sole le scale, nel chinarsi per raccogliere qualcosa, o ancora, quelle che con qualche difficoltà riescono a sedersi o alzarsi da una sedia oppure a mettersi e alzarsi dal letto da sole.

In base a questa definizione, le persone anziane non istituzionalizzate che nel 2005 risultano essere predisabili in Emilia-Romagna sono circa 226 mila (*intervallo di confidenza al 95%: 205 mila – 247 mila*), pari al 24,6% della popolazione di 65 anni e più.

Come per la disabilità, anche la predisabilità si configura come un fenomeno prevalentemente femminile: considerando l'intera popolazione anziana, il 27,3% delle donne è in condizione di predisabilità, contro il 20,9% degli uomini (figura 3-4). Lo svantaggio femminile si conferma in tutte le classi di età, ad eccezione della fascia "85 e più", in cui il rapporto si inverte: 32,7% nei maschi, 21,7% nelle femmine.

La figura 4-4 evidenzia un ulteriore aspetto di interesse: mentre la disabilità aumenta al crescere dell'età (figura 4-1), la predisabilità decresce dopo gli 85 anni, verosimilmente come conseguenza della transizione dalla condizione di predisabile a quella di disabile fra le persone molto anziane.

Figura 4-4. Persone di 65 anni e più con predisabilità per classe di età e sesso in Emilia-Romagna – Anno 2005 (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)



¹¹ Guralnik J. M., Ferrucci L., Simonsick E. M., Salive M. E., Wallace R. B., Lower Extremity Function in Persons over the Age of 70 Years as a Predictor of Subsequent Disability, in *New England Journal of Medicine*, 1995: Mar 2; 332 (9): 556-61.

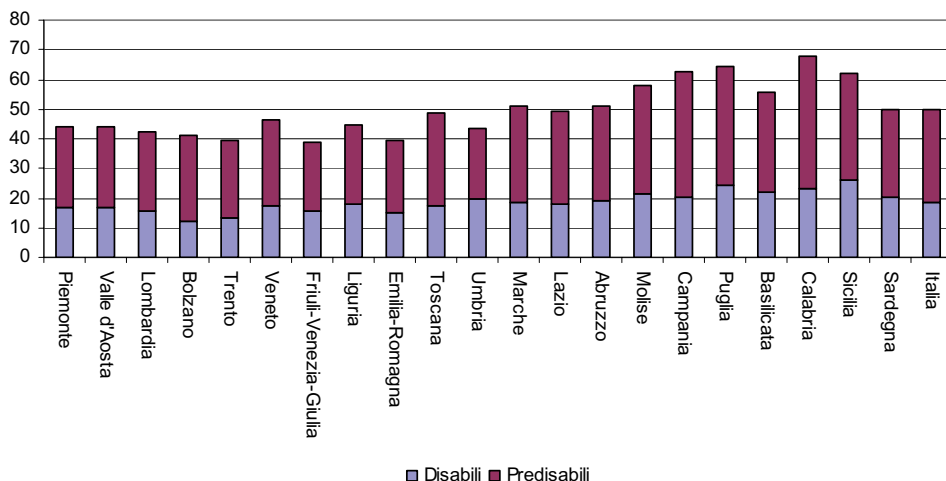
La tabella 4-12 riporta le percentuali di predisabilità, osservate e standardizzate per età, nelle aree sub regionali dell'Emilia-Romagna. Ancora una volta, la situazione appare molto differenziata sul territorio: le prevalenze standardizzate vanno da un minimo del 20,7% riscontrato nel Comune di Bologna ad un massimo del 28,5% riscontrato nell'area delle Province di Piacenza e Parma.

Tabella 4-12. Presenza di predisabilità nelle persone di 65 anni e più, per area sub regionale (per 100 persone della stessa area sub regionale, quozienti osservati e standardizzati per età)

| AREA SUB REGIONALE | % | STD |
|--------------------------------------|-------------|-------------|
| Prov. Piacenza e Parma | 29,0 | 28,5 |
| Prov. Reggio Emilia e Modena | 21,8 | 21,2 |
| Prov. Bologna | 26,3 | 26,2 |
| Comune di Bologna | 21,3 | 20,7 |
| Prov. Ferrara | 26,9 | 26,7 |
| Prov. Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini | 24,0 | 23,7 |
| Emilia-Romagna | 24,6 | 24,1 |

La figura 4-5 consente l'analisi congiunta del fenomeno della disabilità e della predisabilità. L'analisi, ristretta alla popolazione anziana, evidenzia una marcata variabilità territoriale.

Figura 4-5. Presenza di disabilità e predisabilità nelle persone di 65 anni e più, secondo la regione di residenza - Anno 2005 (per 100 persone della stessa regione, quozienti standardizzati per età)



Standardizzando il dato per età ed eliminando, quindi, l'effetto delle diverse strutture per età della popolazione residente nelle regioni italiane, Sicilia (26,2%), Puglia (24,4%) e Calabria (23,0%) sono le Regioni in cui si osservano le quote più elevate di anziani con disabilità, mentre il tasso è al di sotto del 16% in Emilia Romagna, Friuli, Lombardia e nelle Province di Bolzano e Trento.

Anche per la predisabilità si osservano prevalenze più elevate nelle regioni meridionali (rispettivamente Calabria, Campania, Puglia, Molise e Sicilia). Considerando disabilità e predisabilità, in Calabria, tra le persone anziane, si raggiunge quasi il 70% e la quota supera il 60% in Puglia (64,6%), Campania (62,4%) e Sicilia (61,9%).

In parte la maggiore presenza di persone disabili nelle famiglie del Sud è spiegabile con una minore istituzionalizzazione dei non autosufficienti in queste aree del Paese.

Del resto la carenza assistenziale è evidente: nel Sud i posti letto nei presidi socio-assistenziali sono 3,1 per mille abitanti, contro l'87,2 per mille nel Nord.

Tuttavia, osservando le prevalenze regionali non standardizzate di persone anziane disabili derivanti dall'indagine sulla salute, congiuntamente ai dati relativi agli anziani non autosufficienti residenti nei presidi socio-assistenziali, la geografia della disabilità non si modifica in modo sostanziale (figura 4-6 e tabella 4-13).

Figura 4-6. Disabili residenti in famiglia e anziani non autosufficienti ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali, nelle persone di 65 anni e più (tassi per 100 persone residenti nella stessa regione)

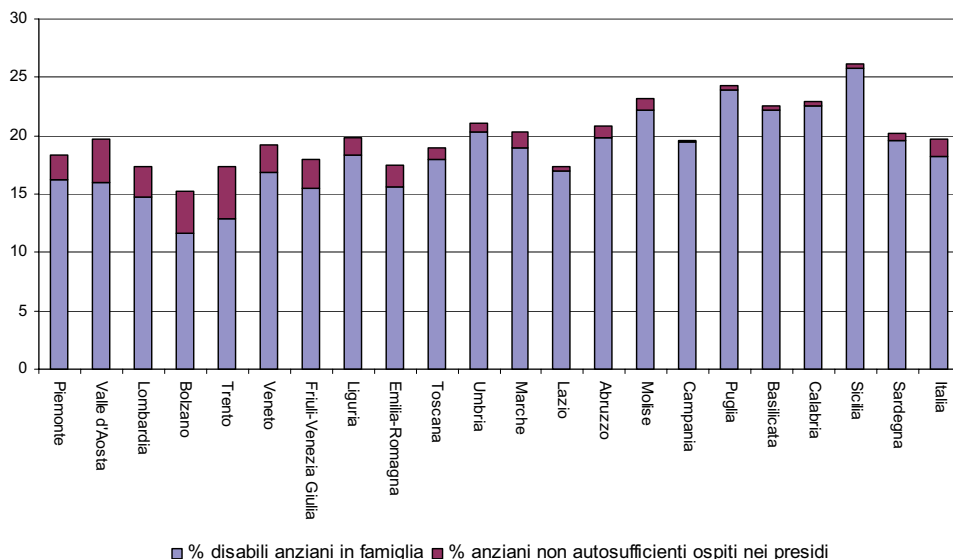


Tabella 4-13. Disabili residenti in famiglia e anziani non autosufficienti ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali, nelle persone di 65 anni e più (tassi per 100 persone residenti nella stessa regione)

| | Disabili anziani (*) | Anziani non autosufficienti ospiti nei presidi (**) | Popolazione di 65 anni e più (***) | % disabili anziani in famiglia | % anziani non autosufficienti ospiti nei presidi |
|-----------------------|----------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|--|
| Piemonte | 156.591 | 19.732 | 961.488 | 16,3 | 2,1 |
| Valle d'Aosta | 3.923 | 914 | 24.469 | 16,0 | 3,7 |
| Lombardia | 265.929 | 45.173 | 1.795.416 | 14,8 | 2,5 |
| Bolzano | 9.064 | 2.800 | 77.936 | 11,6 | 3,6 |
| Trento | 11.874 | 4.132 | 91.918 | 12,9 | 4,5 |
| Veneto | 149.415 | 21.716 | 888.836 | 16,8 | 2,4 |
| Friuli-Venezia Giulia | 41.332 | 6.843 | 267.419 | 15,5 | 2,6 |
| Liguria | 77.316 | 6.332 | 422.458 | 18,3 | 1,5 |
| Emilia-Romagna | 146.362 | 17.352 | 939.860 | 15,6 | 1,8 |
| Toscana | 148.881 | 8.745 | 828.982 | 18,0 | 1,1 |
| Umbria | 40.505 | 1.555 | 199.780 | 20,3 | 0,8 |
| Marche | 64.587 | 4.497 | 339.832 | 19,0 | 1,3 |
| Lazio | 167.429 | 3.934 | 989.271 | 16,9 | 0,4 |
| Abruzzo | 54.401 | 2.454 | 273.787 | 19,9 | 0,9 |
| Molise | 15.521 | 723 | 70.023 | 22,2 | 1,0 |
| Campania | 170.032 | 954 | 871.370 | 19,5 | 0,1 |
| Puglia | 164.791 | 2.984 | 688.805 | 23,9 | 0,4 |
| Basilicata | 26.031 | 310 | 117.020 | 22,2 | 0,3 |
| Calabria | 81.663 | 985 | 361.072 | 22,6 | 0,3 |
| Sicilia | 228.845 | 3.285 | 886.753 | 25,8 | 0,4 |
| Sardegna | 55.392 | 1.688 | 282.846 | 19,6 | 0,6 |
| Italia | 2.079.887 | 157.108 | 11.379.341 | 18,3 | 1,4 |

(*) Fonte: indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2005.

(**) Fonte: indagine Istat sui presidi residenziali e socio-assistenziali. Dati al 31 dicembre 2004.

(***) Popolazione anagrafica, dati al 31 dicembre 2004.

Per una corretta comprensione della tabella 4-13, si precisa che i valori percentuali sono stati calcolati rispetto ad un'unica popolazione, quella anagrafica al 31 dicembre 2004. Al numeratore sono stati considerati, rispettivamente, la stima dei disabili che vivono in famiglia (dall'indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anno 2005) ed il numero di anziani non autosufficienti ospiti nei presidi (dall'indagine sui presidi residenziali e socio-assistenziali).

APPENDICE

Il sistema di indagini multiscopo

L'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari fa parte di un sistema integrato di indagini sociali, le Indagini Multiscopo sulle famiglie.

Il Sistema di indagini multiscopo nasce nel 1993 con l'obiettivo di far fronte a due esigenze: quella di sistematizzare le precedenti esperienze di analisi delle problematiche sociali e quella di soddisfare la crescente domanda di informazione statistica nel campo sociale. Il Sistema è infatti pensato per arricchire le informazioni disponibili per quanto concerne la situazione sociale del Paese attraverso la produzione di informazioni dettagliate sulla struttura delle famiglie, sulle caratteristiche degli individui, sul concreto svolgersi della vita quotidiana, sui bisogni e problemi della popolazione.

Questo sistema si articola su sette indagini sociali: l'indagine annuale Aspetti della vita quotidiana, un'indagine trimestrale su Viaggi e vacanze e cinque indagini tematiche, che vengono effettuate a rotazione in un arco di tempo di cinque anni e che costituiscono un sistema integrato che copre i più importanti temi di rilevanza sociale. Quelle tematiche sono: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, I cittadini e il tempo libero, Sicurezza dei cittadini, Famiglia e soggetti sociali ed Uso del tempo.

In particolare, l'indagine annuale Aspetti della vita quotidiana fornisce ogni anno un set di indicatori sociali di base sulle principali aree tematiche, aree che vengono poi sviluppate e approfondite nelle indagini *ad hoc* a cadenza quinquennale, in considerazione del fatto che i fenomeni sociali sono caratterizzati da cambiamenti rintracciabili solo nel medio o lungo periodo. Così è possibile disporre del quadro delle informazioni di base ogni anno e degli approfondimenti qualitativi ogni cinque anni, riuscendo a tenere il polso delle principali trasformazioni in atto nella società italiana.

Il sistema di indagini sociali Multiscopo

| Indagine | Ultimo anno disponibile | Periodicità |
|--|-------------------------|--------------|
| Aspetti della vita quotidiana | 2007 | annuale |
| Viaggi e vacanze | 2007 | trimestrale |
| Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari | 2005 | quinquennale |
| I cittadini e il tempo libero | 2006 | quinquennale |
| Sicurezza dei cittadini | 2002 | quinquennale |
| Famiglia e soggetti sociali | 2003 | quinquennale |
| Uso del tempo | 2003 | quinquennale |

L'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"

Con l'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari l'Istat raccoglie informazioni dettagliate sullo stato di salute della popolazione che permettono di fornire strumenti utili a migliorare la programmazione sanitaria, sia a livello nazionale che a livello locale. I principali temi indagati sono le malattie acute e croniche, l'invalidità e la disabilità, gli stili di vita (sovrappeso e obesità, inattività fisica, abitudine al fumo), la prevenzione, la valutazione generale del proprio stato di salute ed il rapporto del cittadino con i servizi sanitari.

A livello nazionale, l'indagine è stata eseguita su un campione di 50.474 famiglie (per un totale di 128.040 individui) distribuite in 1.465 Comuni italiani di diversa ampiezza demografica. Nella regione Emilia-Romagna, l'indagine è stata effettuata su un campione di 3.587 famiglie (per un totale di 8.457 individui) distribuite in 46 Comuni.

La *popolazione di interesse dell'indagine* – ossia l'insieme delle unità statistiche oggetto di investigazione – è costituita sia dalle famiglie residenti in Italia, sia dagli individui che le compongono, al netto dei membri permanenti delle convivenze. L'unità di rilevazione è la famiglia, intendendo per famiglia la famiglia di fatto, ossia un insieme di persone coabitanti e legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela, affettivi. Pertanto, chi ha dimora abituale nell'abitazione ma è temporaneamente assente viene considerato un membro della famiglia, così come è considerato membro della famiglia colui che vi dimora abitualmente ma non risulta sulla scheda di famiglia depositata in anagrafe. Infatti, per l'individuazione di una famiglia di fatto, sono determinanti i concetti di "abitazione" e di "dimora abituale" ed è trascurabile l'effettiva registrazione anagrafica degli individui conviventi.

Il *periodo di riferimento* dell'indagine è costituito dai dodici mesi che vanno da ottobre 2004 a settembre 2005, mentre il periodo di riferimento dei fenomeni indagati varia da quesito a quesito.

Le informazioni sono raccolte con tecnica PAPI (*Paper and Pencil Interview*), mediante interviste dirette a tutti i componenti della famiglia di fatto (per i bambini risponde un genitore, preferibilmente la madre) somministrate da rilevatori comunali (questionario arancione). Le interviste sono effettuate presso l'abitazione della famiglia. Altre informazioni sono inoltre raccolte mediante l'auto compilazione di un questionario individuale (questionario verde).

Il *disegno campionario* è stato definito alla luce della necessità che i domini di stima di principale interesse per la programmazione sanitaria regionale, le ASL, venissero tenuti in considerazione nella definizione degli obiettivi dell'indagine. A tal fine, il campione dell'indagine è stato ampliato grazie al contributo del Fondo Sanitario Nazionale, su mandato della Conferenza Stato-Regioni. In Emilia-Romagna, le stime dei fenomeni di interesse possono essere prodotte con buoni livelli di precisione suddividendo il territorio in sei aree sub-regionali: Province di Piacenza e Parma; Province di Reggio Emilia e Modena; Provincia di Bologna (escluso il Comune di Bologna); Comune di Bologna; Provincia di Ferrara; Province di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini.

Come viene rilevata la disabilità

Il fenomeno della disabilità viene rilevato dall'Istat con riferimento ad una batteria di quesiti, predisposti da un gruppo di lavoro dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) sulla base della classificazione ICIDH dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

La classificazione distingue tra menomazione, disabilità e handicap e stabilisce una relazione tra questi tre concetti:

- per menomazione si intende qualsiasi perturbazione mentale o fisica del funzionamento del corpo. Essa è caratterizzata da perdite o anomalie di tipo anatomico, psicologico o fisiologico (a livello di un tessuto, di un organo, di un sistema funzionale o di una singola funzione del corpo);
- per disabilità si intende la riduzione o la perdita di capacità funzionali conseguente ad una menomazione;
- l'*handicap* è lo svantaggio vissuto a causa della presenza di menomazioni o di disabilità. Esso esprime, dunque, le conseguenze sociali o ambientali della menomazione o della disabilità.

A seconda della sfera di autonomia funzionale compromessa, sono state costruite quattro tipologie di disabilità:

- *confinamento*: costrizione permanente a letto, su una sedia (non a rotelle), o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici;
- *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;
- *difficoltà nel movimento*: rientrano in questa categoria le persone che 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;
- *difficoltà della comunicazione*: sono 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).

Ad ogni tipo di disabilità corrisponde una batteria di quesiti che prevedono, nelle modalità di risposta, diversi gradi di difficoltà (da una parziale autonomia ad una difficoltà maggiore fino ad arrivare all'incapacità di adempiere la funzione senza l'aiuto di altre persone). E' definita disabile la persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate.

Nel set di quesiti per rilevare la disabilità è inclusa la scala ADL (*Activities of daily living*) costruita per valutare il grado di autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane, tale strumento non è adatto alla somministrazione ai bambini di età

inferiore ai 6 anni. Pertanto la consistenza numerica dei disabili non include questo segmento di popolazione.

La scala inoltre consente solo in modo parziale di cogliere le disabilità connesse a patologie psichiatriche e ad insufficienze mentali. A ciò occorre aggiungere che le stime derivanti dall'indagine si riferiscono agli individui che vivono in famiglia e, di conseguenza, non includono le persone istituzionalizzate (si pensi agli anziani non autosufficienti ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali). In Italia, tuttavia, i disabili vivono molto frequentemente in famiglia e la sottostima del fenomeno risulta piuttosto contenuta.

Tecniche di risk adjustment

La procedura di standardizzazione

La maggior parte degli aspetti rilevati in questa indagine sono influenzati dalla struttura per età della popolazione. Per rendere possibile il confronto di fenomeni epidemiologici tra popolazioni con diversa composizione per età risulta, quindi, necessario calcolare dei tassi che rimuovano gli effetti della struttura demografica sul verificarsi degli eventi oggetto di studio. Il metodo maggiormente utilizzato è quello della standardizzazione diretta dei tassi, utilizzando una popolazione arbitraria di riferimento definita "standard".

In questa pubblicazione, se non diversamente indicato, come popolazione standard è stata adottata la popolazione italiana stimata a partire dalla stessa indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Dalla procedura di standardizzazione deriva, per ciascuna regione o area sub-regionale, un tasso che riflette il numero di eventi attesi nel caso in cui tutte le aree da confrontare avessero avuto la stessa distribuzione per età, quella della popolazione di riferimento.

Regressione lineare e regressione logistica

I modelli di regressione sono equazioni matematiche che permettono di produrre misure di associazione tra due variabili di interesse rendendo statisticamente ininfluenza l'effetto di fattori esterni (fattori confondenti) che potrebbero sovrastimare o sottostimare la misura di associazione ricercata. La regressione lineare trova applicazione nei casi in cui la variabile dipendente sia di natura quantitativa, la regressione logistica nei casi in cui la variabile dipendente sia di natura dicotomica e presenti, pertanto, due sole modalità che esprimono la presenza o l'assenza di una determinata caratteristica.

Utilizzo e valorizzazione dell'indagine Istat Multiscopo Salute

La Regione Emilia-Romagna ha appositamente costituito un gruppo di lavoro per elaborare e diffondere le informazioni raccolte con l'indagine Istat Multiscopo "Salute 2005", con l'obiettivo di supportare i processi di programmazione delle politiche regionali. Hanno partecipato alle attività il Servizio Controllo Strategico e Statistica, il Servizio Sanità Pubblica, il Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, l'Agenzia Sanitaria e Sociale.

I dati sulla disabilità e non autosufficienza sono stati ampiamente utilizzati nel "Rapporto Sociale Ambito Anziani" della Regione Emilia-Romagna, un primo tentativo di rendicontazione sociale sul tema del Piano di Azione Regionale per la popolazione anziana¹².

Le stime sulla disabilità hanno trovato larga applicazione anche nel settore delle politiche del lavoro, con particolare riferimento al collocamento mirato dei soggetti disabili¹³.

I risultati dell'indagine hanno, inoltre, costituito la base informativa del Piano Regionale di intervento per la lotta al tabagismo¹⁴ e sono stati frequentemente utilizzati dalle Aziende Unità sanitarie locali dell'Emilia-Romagna per la redazione dei Bilanci di missione¹⁵.

Nel sito statistico della Regione Emilia-Romagna è possibile consultare il testo integrale¹⁶ della pubblicazione "*Le condizioni di salute della popolazione: un'analisi multilivello delle disuguaglianze sociali*". Nel sito dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali¹⁷ è, invece, disponibile la pubblicazione "*Approfondimenti sull'indagine multiscopo ISTAT salute 2005*" che, tra i numerosi contributi, contiene il lavoro "*L'indagine ISTAT come strumento di valutazione - L'esperienza dell'Emilia Romagna*".

¹² Tra gli obiettivi del Piano di Azione Regionale, approvato dalla Giunta della Regione Emilia-Romagna nel 2004, vi è la definizione delle politiche di settore volte a migliorare la qualità della vita della popolazione anziana. Con questo strumento, l'amministrazione pubblica può rendere conto ai propri interlocutori sociali delle scelte effettuate, delle attività realizzate e dei risultati conseguiti, in modo da far comprendere gli effetti dell'azione amministrativa e programmare gli interventi futuri.

¹³ Per collocamento mirato dei disabili si intende una serie di strumenti e di azioni che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso l'analisi dei posti di lavoro e attraverso forme di sostegno che risolvano i problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro.

¹⁴ Il Piano (Delibera di Giunta - N.ro 2008/844) prevede una strategia di approccio globale al tabagismo, che comprende l'adozione di stili di vita corretti, azioni di sostegno alla dissuefazione e azioni di tipo normativo per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti pubblici e di lavoro.

¹⁵ Il bilancio di missione è lo strumento con cui le Aziende sanitarie rendono conto dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi assegnati dalla Regione e dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

¹⁶ Link: <http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/statistica/pubblicazioni/pubblicazioni/sanita.htm>

¹⁷ Link: http://www.assr.it/monitor_supplementi.html

BIBLIOGRAFIA

Battisti A., Hanau C. (2004). I disabili non autosufficienti. Pubblicato sul sito www.terzaet@com.

Di Martino M., Mattivi A., Caranci N. (2008). L'indagine Istat come strumento di valutazione: l'esperienza dell'Emilia-Romagna. I quaderni di Monitor, Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, 3° Supplemento al numero 22, 178-187.

Gandek B., Ware J. E. Jr., Aaronson N.K., Apolone G., Bjorner J.B., Brazier J.E., Bullinger M., Kaasa S., Lepage A., Prieto L., Sullivan M. (1998). Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of clinical epidemiology*, 51, 1171-1178.

Gargiulo L., Iannucci L., Quattrociochi L., Sebastiani G., Tinto A. (2008). Innovazioni di processo nell'indagine Istat sulla salute. I quaderni di Monitor, Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, 3° Supplemento al numero 22, 16-27.

Guralnik J. M., Ferrucci L., Simonsick E. M., Salive M. E., Wallace R. B. (1995). Lower Extremity Function in Persons over the Age of 70 Years as a Predictor of Subsequent Disability, in *New England Journal of Medicine*, 332 (9), 556-61.

ISTAT (2002). Le condizioni di salute della popolazione. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000. Collana Informazioni n. 12, Roma.

ISTAT (2007). Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 2004-2005. *Statistiche in breve*, Roma.

ISTAT (2008). "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – 2004-2005". *Tavole di dati*, Roma.