

10 luglio 2014

TUTELA DELLA SALUTE E ACCESSO ALLE CURE

Anno 2013

- Quella italiana è una popolazione che invecchia, in cui le patologie croniche sono sempre più diffuse. Rispetto al 2005, diminuiscono malattie respiratorie croniche e artrosi - la popolazione che invecchia proviene da esperienze di vita sempre più sane - mentre aumentano tumori maligni, Alzheimer e demenze senili anche perché c'è maggiore capacità di riconoscere le malattie.
- Migliora lo stato di salute fisico, peggiora quello mentale rispetto al 2005: quest'ultimo diminuisce in media di 1,6 punti (71,8 controllato per età), in particolare tra i giovani fino ai 34 anni (-2,7 punti), soprattutto maschi, e tra gli adulti di 45-54 anni (-2,6). Un calo ancora più rilevante si registra nell'indice di salute mentale delle persone straniere residenti in Italia; l'indice si riduce in media di 4,7 punti, ma tra le donne straniere la diminuzione è di 5,4 punti.
- La depressione è il problema di salute mentale più diffuso e il più sensibile all'impatto della crisi: riguarda circa 2,6 milioni di individui (4,3%), con prevalenze doppie tra le donne rispetto agli uomini in tutte le fasce di età.
- Continua a diminuire la quota di persone con limitazioni funzionali, dal 6,1% nel 2000 al 5,5% nel 2013. Si stima che siano oltre 3 milioni di persone, di cui oltre l'80% anziani e i due terzi donne. Nel Sud e nelle Isole la quota si mantiene significativamente più elevata rispetto alle altre aree territoriali.
- Le famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali sono l'11%; di queste, meno del 20% ricevono assistenza domiciliare pubblica. Considerando anche quelle che suppliscono a tale carenze ricorrendo a servizi privati a pagamento, rimane comunque più del 70% che non usufruisce di alcun tipo di assistenza domiciliare, né privata né pubblica.
- Diminuiscono i forti fumatori, ma aumenta la percentuale di adolescenti e giovani donne che iniziano a fumare prima dei 14 anni, passando da 7,6% a 10,5%. È obeso l'11,2% degli adulti, quota in aumento sia rispetto al 2000 (erano il 9,5%), che al 2005 (10%). Nel 2013 solo il 20,6% della popolazione di 5 anni e più pratica un'attività fisica ritenuta protettiva per la salute secondo la definizione dell'Oms: il 25,9% tra gli uomini ed il 15,6% tra le donne.
- Aumenta la prevenzione dei tumori femminili rispetto al 2005, grazie alla diffusione dei programmi pubblici di screening. La quota di donne di 25 anni e oltre che si è sottoposta a mammografia, passa dal 43,7% al 54,5% mentre il 73,6% ha effettuato un pap test, con un netto aumento rispetto al 2005 (+9 punti percentuali). Gli incrementi maggiori si registrano tra le donne ultrasessantacinquenni e interessano anche i segmenti di popolazione meno istruita e le residenti nel Mezzogiorno. La prevenzione femminile aumenta anche tra le straniere, che tuttavia non recuperano il gap rispetto alle donne italiane.
- Aumentano le persone che ricorrono a visite mediche specialistiche, escluse quelle odontoiatriche (11,9% nel 2005 e 14,8% nel 2013) e diminuiscono le visite dal dentista del 30%.
- Si dimezza il ricorso alle terapie non convenzionali rispetto al 2000, da 15,8% a 8,2%. L'uso di rimedi omeopatici scende dal 7% al 4,1% tra il 2005 e il 2013.
- Il livello di soddisfazione per i servizi sanitari pubblici è elevato tra chi ne ha fruito (circa 8 su una scala da 1 a 10).
- Rimangono invariate le disuguaglianze sociali nella salute, nei comportamenti non salutari, nelle limitazioni di accesso ai servizi sanitari. Permane lo svantaggio nel Mezzogiorno rispetto a tutte le dimensioni considerate.

I risultati dell'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta tra il 2012 e il 2013, offrono un contributo importante per comprendere se, a distanza di oltre sette anni dalla precedente edizione e in un periodo di congiuntura economica sfavorevole, siano peggiorate o migliorate le condizioni di salute, si siano modificate le modalità di accesso ai servizi sanitari, i comportamenti di tutela della salute e in che misura persistano i differenziali regionali o socio-economici già registrati in passato. L'indagine è stata realizzata con il sostegno del Ministero della Salute e delle Regioni, di cui la Regione Piemonte è capofila, per produrre stime a livello regionale e sub-regionale.

Aumentano tumori, Alzheimer e demenze senili, diminuiscono le bronchiti croniche

Il contrasto alla diffusione delle patologie croniche promosso dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) anche con il recente programma *Health 2020*, assume particolare rilevanza in paesi come l'Italia, che presenta uno dei più elevati tassi di invecchiamento in ambito europeo e internazionale. Nel 2013, circa una persona su due (46,9%) ha indicato almeno una patologia cronica in una lista di 23 patologie. Molte di queste malattie non sono suscettibili di guarigione e, una volta insorte, possono condizionare la qualità della vita degli individui, compromettendo nel tempo e in modo permanente il livello di autonomia, con conseguente necessità di assistenza e cura. Le patologie più frequenti nel totale della popolazione sono nell'ordine: l'ipertensione arteriosa (17,1%), l'artrosi/artrite (16,2%), le malattie allergiche (13,7%), cefalea/emicrania ricorrente (10,8%) (Prospetto 1).

PROSPETTO 1. POPOLAZIONE E PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER TIPO DI MALATTIA CRONICA DICHIARATA E SESSO. Anni 2005 e 2013, tassi standardizzati per 100 persone

TIPO DI MALATTIA CRONICA	Popolazione		Persone di 65 anni e più					
	2005	2013	2005			2013		
			Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Iperensione arteriosa	14,5	17,1	36,4	44,0	40,3	45,8	50,9	48,4
Artrosi, artrite	19,8	16,2	52,8	61,1	57,1	38,9	59,4	49,4
Malattie allergiche	10,6	13,7	6,5	9,4	8,0	8,9	11,8	10,4
Cefalea o emicrania ricorrente	7,8	10,8	4,9	11,5	8,3	7,1	14,6	11,0
Osteoporosi	5,4	6,8	5,0	29,4	17,5	8,1	39,5	24,2
Diabete	4,9	5,6	14,7	14,9	14,8	18,3	16,8	17,6
Ansia o Depressione	5,5	5,5	7,8	16,5	12,2	9,0	16,7	13,0
- Ansietà cronica	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	4,5	9,0	7,3
- Depressione	0,0	4,3	0,0	0,0	0,0	7,0	13,0	10,1
Asma bronchiale	3,7	4,3	7,9	6,0	6,9	6,9	6,2	6,5
Bronchite cronica, enfisema	5,1	3,9	19,1	12,2	15,5	14,3	9,7	11,9
Celiachia	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,2
Infarto del miocardio	2,0	2,0	9,8	4,1	6,9	10,0	3,9	6,9
Angina pectoris	0,8	0,7	2,8	2,5	2,6	2,9	1,9	2,4
Altre malattie del cuore	3,5	4,0	11,9	11,9	11,9	13,6	12,6	13,1
Ictus, emorragia cerebrale	1,3	1,4	5,8	4,2	5,0	5,8	4,9	5,3
Insufficienza renale cronica	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	5,2	4,0	4,6
Malattie della tiroide	3,3	5,0	1,7	7,3	4,6	2,8	13,0	8,1
Disturbi comportamento alimentare	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,7	0,6
Cirrosi epatica	0,3	0,3	0,6	0,7	0,6	0,9	0,6	0,8
Tumore maligno	1,0	1,6	3,1	2,3	2,7	5,3	4,0	4,6
Parkinsonismo	0,4	0,4	1,9	1,5	1,7	1,6	1,8	1,7
Alzheimer, demenze senili	0,6	0,9	2,1	2,9	2,5	3,1	5,1	4,1
Altra malattia cronica	3,7	2,9	6,1	5,3	5,7	4,6	3,6	4,1

Ad eccezione delle malattie allergiche, più diffuse tra bambini e giovani, la maggior parte delle patologie, soprattutto quelle molto severe, presentano prevalenze che aumentano con l'età. Di conseguenza, nella popolazione anziana (65 anni e più), circa una persona su due soffre di artrosi/artrite o ipertensione (rispettivamente 49,4% e 48,4%), il 24,2% di osteoporosi e il 17,6% di diabete; il 13% delle persone anziane dichiara di soffrire di depressione o ansietà cronica. La graduatoria delle prevalenze delle varie patologie croniche si differenzia per genere.

Tra le donne anziane, le patologie più frequentemente riferite sono artrosi/artrite (59,4%) e ipertensione (50,9%), seguono osteoporosi (39,5%), diabete (16,8%) e ansia/depressione (16,7%). A parità di età, tra gli uomini di 65 anni e più le patologie più frequenti sono l'ipertensione (45,8%) e l'artrosi/artrite (38,9%); seguono, con prevalenze più basse, diabete (18,3%), bronchite cronica/enfisema (14,3%), infarto (10%) e altre malattie del cuore (13,6%).

Rispetto al 2005, a parità di età aumentano i tumori maligni (+60%), le malattie della tiroide (+52%), l'Alzheimer e le demenze senili (+50%), l'emicrania ricorrente (+39%), l'allergia (+29%) e l'osteoporosi (+26%), mentre diminuiscono le prevalenze di bronchite cronica/enfisema (-24%) e dell'artrosi/artrite (-18%). Queste variazioni nel tempo riflettono l'impatto di molti fattori, tra cui i progressi della medicina e il miglioramento delle capacità diagnostiche, la migliore consapevolezza e informazione dell'intervistato sulle principali patologie rispetto al passato, i cambiamenti epidemiologici in atto in una popolazione che invecchia e progredisce in termini di istruzione.

Con riferimento alla presenza di patologie croniche gravi, nel 2013 il 14,7% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da almeno una malattia cronica grave (diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno, inclusi linfoma/leucemia; insufficienza renale, parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili). Tale quota è in aumento solo per effetto dell'invecchiamento della popolazione. Rispetto al 2005, facendo riferimento allo stesso insieme di patologie, aumenta invece di quasi un punto percentuale, anche tenendo sotto controllo l'effetto dell'età, la percentuale di quanti riferiscono di avere almeno tre patologie croniche, indipendentemente dalla gravità (13,6%).

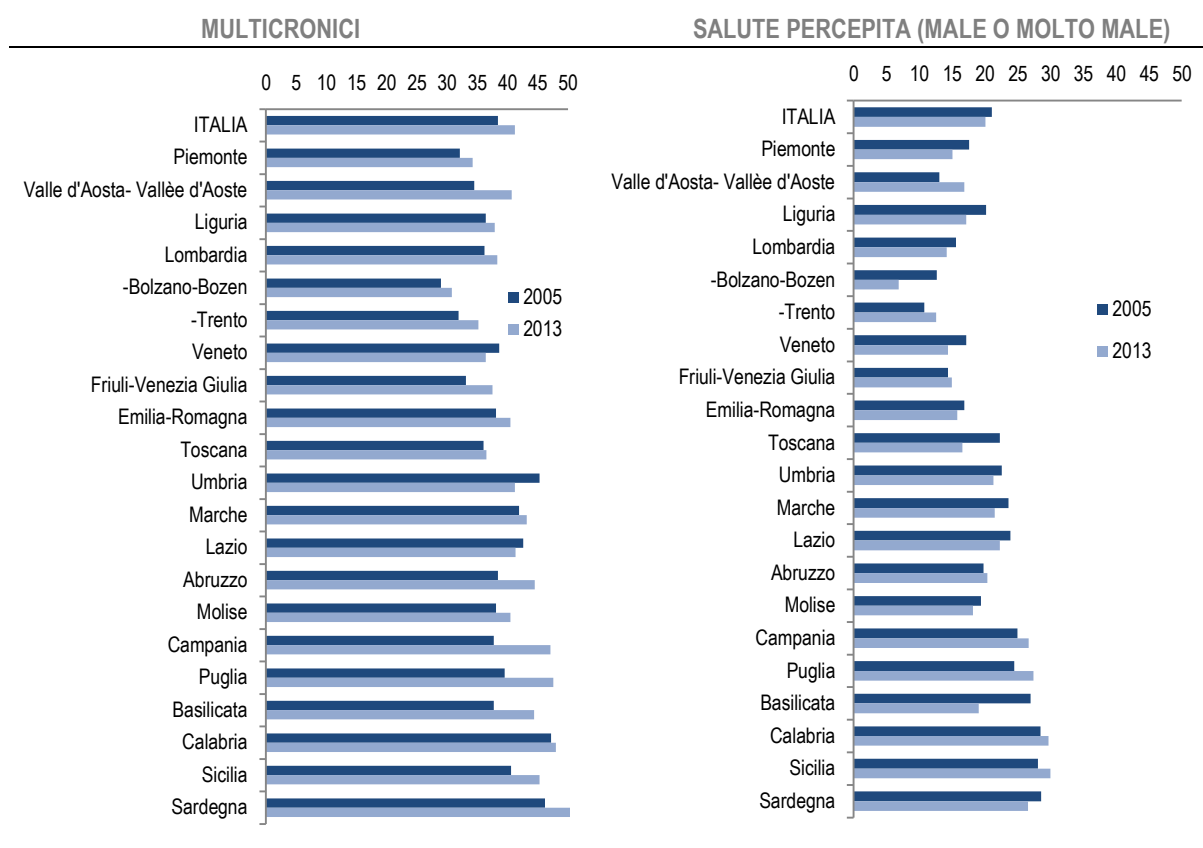
Migliora la salute fisica e peggiora quella psicologica

La salute percepita (uno dei principali indicatori di salute soggettiva riconosciuto a livello internazionale per la sua capacità di riflettere condizioni fortemente correlate con la sopravvivenza e la domanda di prestazioni sanitarie) non evidenzia variazioni significative nel tempo. Nel 2013, la prevalenza, standardizzata¹ per età, di chi dichiara di stare male o molto male, rimane, infatti, stabile al 7,3% nella popolazione di 14 anni e più (era il 7,4% nel 2005). Si accentuano le differenze di genere a svantaggio delle donne, già marcate nel 2005. Fa eccezione la provincia autonoma di Trento, dove sono gli uomini che dichiarano più frequentemente di stare peggio delle donne.

Il 20,1% delle persone anziane esprime un giudizio negativo delle proprie condizioni di salute, complessivamente stabile rispetto al 2005. Nel tempo, per le dinamiche territoriali si osservano andamenti opposti, con miglioramenti nel Centro-nord e peggioramenti nel Mezzogiorno e un ulteriore incremento delle disuguaglianze territoriali (Figura 1). In regioni come Sicilia, Calabria, Puglia e Campania, con prevalenze di cattiva salute già elevate nel 2005 rispetto alla media nazionale, continua nel 2013 il trend di crescita e si raggiungono quote rispettivamente del 30%, 29,7%, 27,4% e 26,7%. In Sardegna, pur con una prevalenza in calo, si registra una quota elevata (26,6%). Le quote più basse si osservano nella provincia di Bolzano (6,9%), dove continua a diminuire la prevalenza malgrado fosse già fra le più basse nel 2005; seguono la provincia di Trento (12,6%), Lombardia (14,2%) e Veneto (14,4%). Le variazioni territoriali osservate per la valutazione soggettiva delle condizioni di salute della popolazione anziana trovano conferma nel trend di un altro indicatore di salute. Si rileva, infatti, un ulteriore incremento nelle percentuali di anziani multi cronici nelle regioni del Mezzogiorno, tra le quali la posizione di maggiore svantaggio si registra in Sardegna, con una quota pari a 51,5%, che tra le donne raggiunge il 61,4%.

¹ Al fine di tenere sotto controllo l'effetto della diversa distribuzione per età delle popolazioni a confronto, si è utilizzata come popolazione standard quella del censimento del 2011.

FIGURA 1. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER PRESENZA DI MULTICRONICITÀ E SALUTE PERCEPITA PER REGIONE. Anni 2005 e 2013, tassi standardizzati per 100 persone

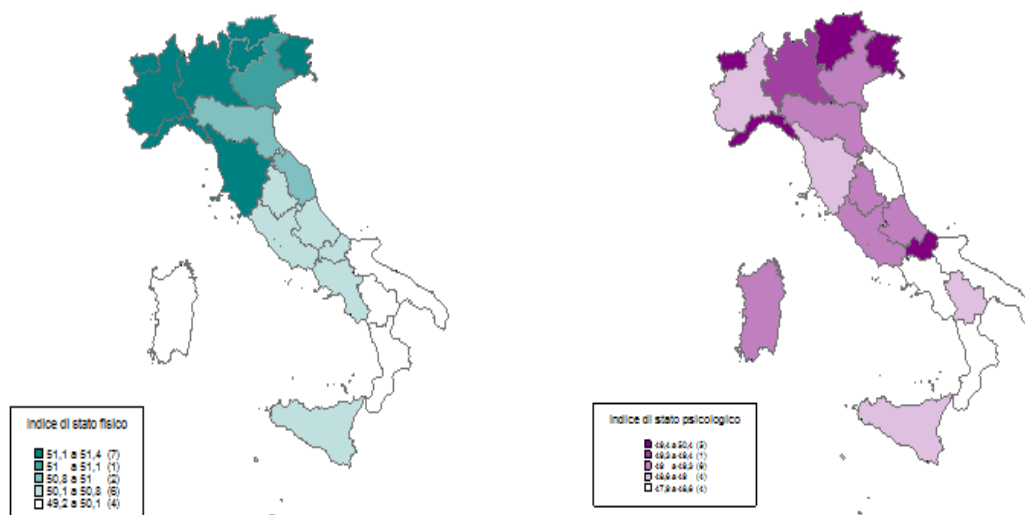


Un'ulteriore possibilità di esplorare le diseguaglianze territoriali è offerta dagli indici sintetici sullo stato di salute fisico (PCS) e sullo stato di salute psicologico (MCS), derivanti dalla batteria di quesiti dell'SF12.² Si evidenzia, infatti, il netto gradiente territoriale Nord-Centro-Mezzogiorno per la media dell'indice dello stato di salute fisico, che vede svantaggiate le regioni del Mezzogiorno, soprattutto Calabria (49,2) e Sardegna (49,6). Quasi tutte le regioni del Nord sono nel primo quintile della distribuzione (Figura 2). Anche la Toscana è nel primo quintile (51,4), con valori dell'indice più alti della media nazionale (50,7). Per il Nord fa eccezione l'Emilia-Romagna (50,9), che è nel secondo quintile, insieme alle altre regioni del Centro e all'Abruzzo (50,7).

Per l'indice di stato di salute psicologico, la geografia è meno netta. I valori più elevati dell'indice si rilevano nel Nord-est (Friuli-Venezia Giulia 49,6; Trento 49,8; Bolzano 51,0). Nel Nord-ovest le regioni con l'indice più alto sono Liguria (49,9) e Valle d'Aosta (49,4). Segue la Lombardia con un punteggio di 49,3 (Figura 2).

²Il questionario SF12 (Short Form Health Survey), tratto da una versione più estesa (SF-36) e già utilizzato in numerosi studi condotti su popolazioni europee e a livello internazionale, si è rivelato appropriato non solo per studi di epidemiologia, ma anche per indagini sulla popolazione. Con l'SF12 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). Includendo specifici quesiti della batteria SF36 è stato possibile derivare l'indice di salute mentale (MHI- Mental Health Index). Al decrescere del valore medio degli indici PCS (Indice di stato fisico), e MCS (indice di stato psicologico) e MHI (Indice di salute mentale) peggiorano le condizioni di salute. Per approfondimenti si veda <http://crc.marionegri.it/qdv/index.php?page=sf12>

FIGURA 2. INDICE DI STATO FISICO E INDICE DI STATO PSICOLOGICO DELLE PERSONE DI 14 ANNI E PIU' PER REGIONE. Anno 2013, punteggi medi standardizzati



Complessivamente, rispetto al 2005, migliora lo stato di salute fisica nella popolazione di 14 anni e più - l'Indice PCS aumenta in media di 0,8 punti - ma peggiora il benessere psicologico - l'Indice MCS si riduce della stessa entità, -0,7. Il decremento dell'indice di stato psicologico si rileva soprattutto tra i giovani fino a 34 anni (in particolare fra i maschi, -1,2) e negli adulti di 44-54 anni (-1,3). Tra gli anziani, lo stato di salute fisica migliora complessivamente di più (in media +1,2 punti) mentre l'indice di stato psicologico non mostra flessioni. Le regioni in cui migliora lo stato di salute fisico, rispetto al 2005, sono Toscana (+1,4), Marche e Molise (+1,3) e Veneto (+1,2). La variazione più negativa dell'indice di stato psicologico si rileva, invece, in Campania (-1,3), che si posiziona quasi in fondo alla graduatoria delle regioni, ma valori di poco superiori si registrano anche in Valle d'Aosta (-1,3), Friuli-Venezia Giulia e Abruzzo, in particolare tra gli uomini (-1,5). Per gli stranieri non migliora lo stato fisico, quasi annullandosi il vantaggio del capitale di salute registrato in passato, e lo stato psicologico peggiora di più (-1,7), se si tiene sotto controllo l'effetto dell'età.

Depressione: il problema di salute mentale più diffuso e più sensibile alla crisi

I problemi legati alla salute mentale sono da almeno un decennio argomento di attenzione ai vari livelli decisionali (Oms, Ue, a livello nazionale e locale) con l'attivazione di specifici programmi di sanità pubblica. Pur tenendo conto della difficoltà di rilevare con indagini sulla popolazione aspetti così complessi, dalle informazioni raccolte nell'indagine su questo tema emerge che l'invalidità per malattie mentali colpisce circa 700 mila individui (2,8% tra gli anziani) e le persone con Alzheimer o demenze senili sono circa 600 mila (4,3% tra gli anziani di 65 anni e più). Le persone con disturbi del comportamento alimentare, perché bulimici o anoressici (per la prima volta rilevati in questa edizione dell'indagine) presentano prevalenze più esigue, complessivamente pari a 0,5%. La quota tra le donne è circa il triplo rispetto agli uomini.

Tra i problemi di salute mentale, quelli più diffusi sono le sindromi depressive. Nella popolazione si stima siano circa 2,6 milioni le persone (4,4%), con prevalenze doppie tra le donne rispetto agli uomini in tutte le fasce di età; nella popolazione anziana ne soffre almeno una persona su 10 e tra le donne ultraottantenni la quota supera il 15%. Se a queste prevalenze si aggiunge la quota di quanti sono potenzialmente a rischio perché dichiarano di aver avuto episodi depressivi in passato la prevalenza aumenta al 7,8%.

Mediante strumenti di tipo psicometrico costruiti sulla base del questionario SF36 (cfr. nota 1), sono state rilevate informazioni per studiare la dimensione della salute mentale attraverso l'Indice sintetico Mental Health (MHI) che indaga aspetti legati alla depressione (*Psychological distress*).

Nella popolazione di 14 anni e più l'Indice MHI è pari a 70,2, più basso in media di 5 punti tra le donne (68,3 contro 72,3 tra gli uomini, tassi standardizzati) a indicare peggiori condizioni di salute mentale. Essendo correlato alla presenza di disturbi depressivi e di cattive condizioni di salute, il valore dell'indice si riduce con l'età, raggiungendo tra gli ultraottantenni il punteggio di 57,7. Tra chi soffre di depressione l'MHI è pari a 50,1.

Nel 2005, il valore dell'indice di salute mentale era più alto mediamente di 1,6 punti (71,8 controllato per età). Si è ridotto soprattutto tra i giovani fino ai 34 anni (-2,7), in misura maggiore tra i maschi, e tra gli adulti di 45-54 anni (-2,6). Un calo ancora maggiore si rileva per le persone straniere residenti in Italia: l'indice si riduce di -4,7 e tra le donne straniere la diminuzione è in media di 5,4 punti.

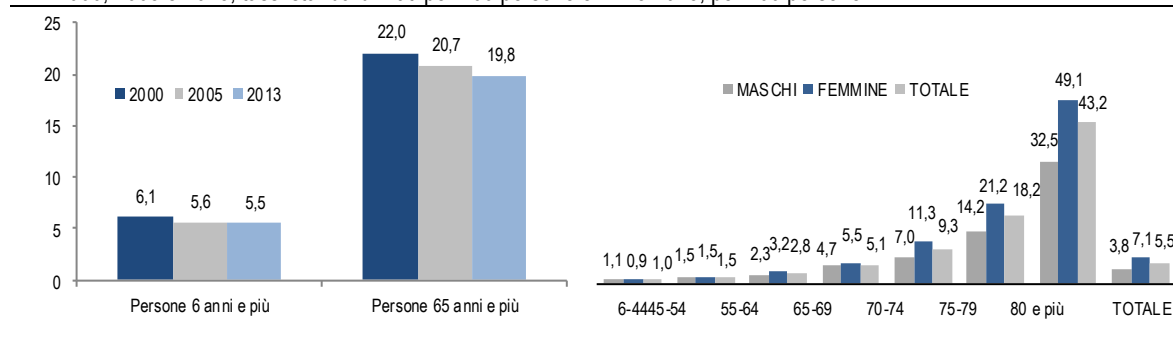
Gli eventi dolorosi hanno un impatto importante sulla salute mentale. Tra quanti dichiarano eventi dolorosi nei tre anni precedenti l'intervista, l'indice MHI è pari a 66,7 ed è invece 74,6 tra chi non li ha subiti. La situazione con un impatto più pesante sulla salute mentale è quella in cui si acquisisce consapevolezza di avere una grave malattia; in questi casi l'indice si riduce in media di oltre 20 punti (53,8). Subito dopo influisce in misura maggiore la condizione di chi si trova ad affrontare gravi problemi economici (54,1), seguono le difficoltà con i figli o altri familiari (58,0), la perdita del lavoro proprio o di altro familiare (62,1), la rottura del rapporto di coppia (62,2) e il decesso di un familiare (66,7) che, tra tutti, è l'evento più frequentemente riportato (16,2%). Nel confronto con il 2005, tenuto conto del periodo di congiuntura economica sfavorevole, quasi raddoppia la quota di chi riporta tra i problemi dolorosi da affrontare quello della perdita del lavoro, che passa da 4,3% a 7,4% e raggiunge una percentuale dell'11,7% tra chi ha risorse scarse o insufficienti.

In lieve calo la quota di persone con limitazioni funzionali, due terzi sono donne

Nel 2013, le persone con limitazioni funzionali sono circa 3,2 milioni, di cui 2 milioni e 500 mila sono anziani. Nel corso degli anni Duemila, sebbene in Italia sia aumentato l'invecchiamento della popolazione, il tasso standardizzato per età passa da 6,1% nel 2000 a 5,5% nel 2013. Un analogo andamento si osserva per la popolazione anziana, dal 22% del 2000 al 19,8% (Figura 3).

FIGURA 3. PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ CON LIMITAZIONI FUNZIONALI E PER CLASSE DI ETÀ E SESSO.

Anni 2000, 2005 e 2013, tassi standardizzati per 100 persone e Anno 2013, per 100 persone



Si evidenzia un netto svantaggio tra le donne, con un tasso pari al 7,1% contro il 3,8% tra gli uomini, che non è ascrivibile solo alla maggiore longevità delle donne. Infatti, già a partire dai 55 anni, lo scarto tra uomini e donne emerge in tutte le fasce d'età. Come noto, la perdita di autonomia funzionale aumenta significativamente con l'avanzare dell'età: tra le persone di 70-74 anni la quota è pari al 9,3% e raggiunge il 43,2% tra le persone di 80 anni e più (32,5% per gli uomini e 49,1% per le donne) (Figura 3).

Quasi 2 milioni le persone con limitazioni nelle attività quotidiane

Il 3,4% della popolazione di 6 anni e più riferisce limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane, vale a dire, ha difficoltà ad espletare le principali attività di cura della persona (come vestirsi o spogliarsi, lavarsi mani, viso, o il corpo, tagliare e mangiare il cibo, ecc.). (Prospetto 2). Complessivamente, sono quasi 2 milioni le persone con questo tipo di limitazioni, oltre la metà è ultraottantenne.

Hanno limitazioni di tipo motorio 1 milione 500 mila persone, pari al 2,6% della popolazione di 6 anni e più, con quote molto più alte dopo i 75 anni: nella fascia d'età 75-79 anni la quota si attesta al 9,7% mentre fra gli ultraottantenni raggiunge il 22,5%, con forti differenze di genere (25,4% per le donne contro 17,1% per gli uomini).

Le difficoltà nella sfera della comunicazione, quali le difficoltà nel vedere, sentire o parlare, coinvolgono circa 900 mila persone di 6 anni e più, pari all'1,5% della popolazione della stessa età.

La situazione di maggiore riduzione dell'autonomia riguarda il 2,5% della popolazione di 6 anni e più (1,4 milioni di persone) che riferisce di essere costretta a stare a letto, su una sedia o rimanere nella

propria abitazione per impedimenti di tipo fisico o psichico. Tra le persone anziane la percentuale raggiunge il 9,7%, con una quota tra le donne che è oltre il doppio di quella che si osserva per gli uomini (12,5% contro il 5,9%). Tra gli ultraottantenni la quota sale al 22,7% ed è sempre molto più elevata tra le donne (27% contro 14,8%).

Nella maggioranza dei casi (55,5%) le persone cumulano più tipi di limitazioni funzionali (1 milione 800 mila persone). In particolare, sono circa 900 mila (pari al 29,3%) le persone che riferiscono sia limitazioni motorie che difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane.

PROSPETTO 2. PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ E PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CON LIMITAZIONI FUNZIONALI PER SESSO E TIPO DI LIMITAZIONI. Anno 2013, per 100 persone

TIPO DI LIMITAZIONI FUNZIONALI	Persone di 6 anni e più			Persone di 65 anni e più		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Confinamento	1,5	3,4	2,5	5,9	12,5	9,7
Limitazioni movimento	1,7	3,5	2,6	7,0	12,8	10,3
Limitazioni funzioni essenziali vita quotidiana	2,3	4,5	3,4	8,7	16,1	13,0
Limitazioni vista, udito, parola	1,2	1,8	1,5	4,3	5,8	5,1
Persone con limitazioni funzionali	3,8	7,1	5,5	14	24,4	20,0

Oltre ad individuare la consistenza e le diverse tipologie di limitazioni, con l'indagine si rileva, attraverso le dichiarazioni degli intervistati, la presenza di alcuni tipi di invalidità: cecità, sordomutismo, sordità, invalidità motoria, invalidità da insufficienza mentale, invalidità per malattia mentale o disturbi del comportamento. I due segmenti di popolazione (con limitazioni ed invalidi) sono solo parzialmente sovrapponibili, in quanto la popolazione che presenta invalidità può essere colpita anche solo parzialmente dalle corrispondenti limitazioni e viceversa non tutte le persone con limitazioni hanno avuto il riconoscimento di invalidità.

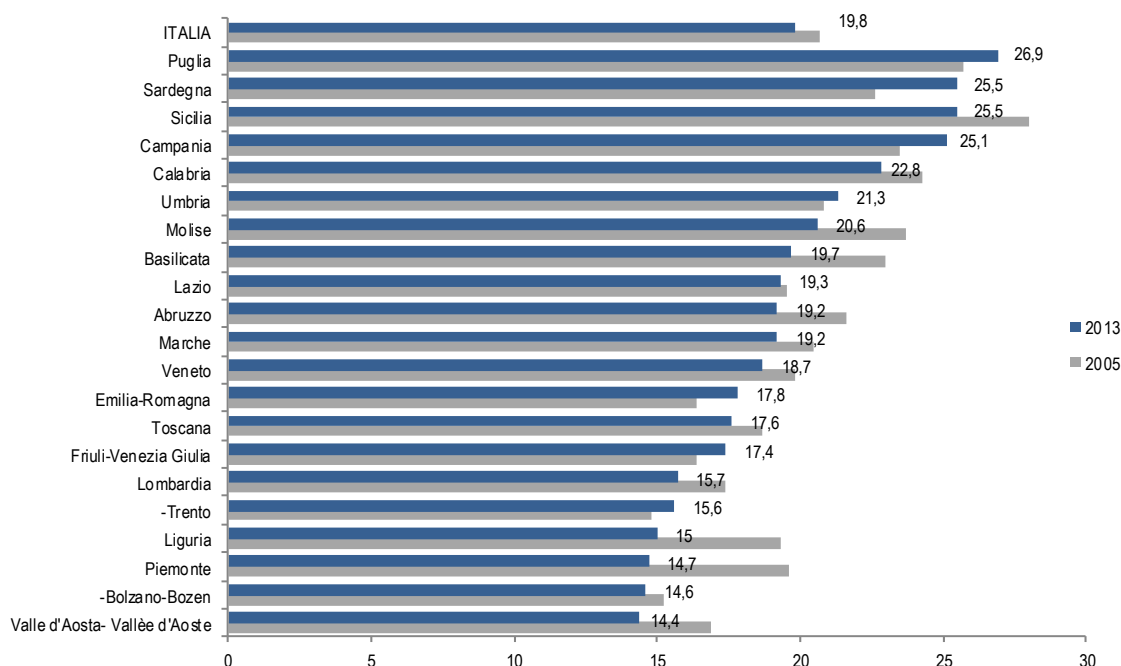
Il 6,1% della popolazione ha riferito di avere almeno una tra le invalidità rilevate (circa 3 milioni 700 mila persone). Il 3,5% della popolazione (oltre 2 milioni 100 mila persone) ha una invalidità motoria, l'1,7% un'invalidità per sordità, l'1,1% per malattia e insufficienza mentale, lo 0,5% per cecità e lo 0,1% per sordomutismo.

Resta elevata nel Mezzogiorno la quota di persone con limitazioni funzionali

Nel Sud e nelle Isole, analogamente a quanto accade per gli altri indicatori, la quota di persone con limitazioni funzionali si mantiene, come nel 2005, significativamente più elevata rispetto alle altre aree territoriali (Figura 4).

Osservando l'andamento del fenomeno a livello regionale per la popolazione anziana, si osserva che nel 2013, con variazioni di lieve entità rispetto al 2005, Puglia, Sicilia, Sardegna e Campania presentano quote di persone over65 con limitazioni funzionali pari a oltre il 25%. Per alcune regioni si osservano cali rilevanti, in particolare Piemonte e Liguria passano da oltre il 19% nel 2005 a circa il 15% nel 2013.

FIGURA 4 . PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CON LIMITAZIONI FUNZIONALI PER REGIONE.
Anni 2005 e 2013, tassi standardizzati per 100 persone



Più di una famiglia su dieci ha almeno un componente con limitazioni funzionali

Generalmente la famiglia è la principale se non l'unica risorsa sulla quale possono contare le persone con limitazioni funzionali.

È pari all'11,4% la quota di famiglie che hanno almeno una persona con limitazioni funzionali. Nella maggioranza dei casi (53,8%) c'è almeno un componente della famiglia che può farsi carico delle persone con difficoltà funzionali. Il 46,2% di queste famiglie è invece composto esclusivamente da persone con limitazioni funzionali, che vivono sole (40%) o con altre persone con limitazioni funzionali (6,2%) (Prospetto 3).

Rispetto al potenziale bacino di utenza, appare rilevante che meno del 20% delle famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali abbia usufruito di servizi pubblici a domicilio. La carenza assistenziale non è colmata neppure dai servizi domiciliari a pagamento: sono comunque oltre il 70% le famiglie che non usufruiscono di alcun tipo di assistenza domiciliare, né privata né pubblica. Il 13,5% delle persone con limitazioni funzionali che sono sole e il 20,2% delle famiglie in cui tutti i componenti hanno difficoltà funzionali dichiarano di aver dovuto rinunciare all'assistenza domiciliare non sanitaria per motivi economici o perché i servizi pubblici non l'hanno ancora concessa.

PROSPETTO 3. FAMIGLIE CON PERSONE CON LIMITAZIONI FUNZIONALI CHE SI AVVALGONO DI ASSISTENZA DI SERVIZI PUBBLICI O DI PERSONALE A PAGAMENTO PER TIPOLOGIA FAMILIARE. Anno 2013, per 100 famiglie

TIPOLOGIA FAMILIARE	Famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali (a)	Famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali che riceve assistenza (b)						Famiglie con persone con limitazioni funzionali che hanno rinunciato ad assistenza non sanitaria a domicilio (b)
		Assistenza domiciliare erogata da servizi pubblici			Assistenza domiciliare sanitaria a pagamento	Assistenza domiciliare non sanitaria a pagamento	Assistenza domiciliare sanitaria o non sanitaria pubblica o a pagamento	
		Sanitaria	Non sanitaria	Sanitaria o non sanitaria				
Persone con limitazioni funzionali che vivono sole	40,0	14,9	12,1	22,0	6,0	18,0	34,0	13,5
Famiglie con tutti i componenti con limitazioni funzionali	6,2	13,6	9,9	19,5	7,2	11,7	28,2	20,2
Altre famiglie (c)	53,8	10,0	10,1	16,4	3,7	7,9	21,3	8,9
Totale	100	12,2	10,9	18,8	4,8	12,2	26,8	11,4

(a) su 100 famiglie con persone con limitazioni funzionali

(b) su 100 famiglie con persone con limitazioni funzionali della stessa tipologia familiare

(c) Famiglie con componenti che hanno limitazioni funzionali e componenti senza limitazioni funzionali

Nel Sud e nelle Isole la quota di famiglie con persone affette da limitazioni funzionali è più elevata, rispettivamente 14,2% e 14,4% contro il 9,1% del Nord-ovest e il 10,3% del Nord-est. Si osserva una diminuzione significativa per l'assistenza pubblica nel Nord-ovest, che passa dal 21,5% delle famiglie che ne fruiscono nel 2005 al 16,9% nel 2013. La quota diminuisce anche nell'Italia insulare, dal 19,2% del 2005 al 14,7%.

Il Nord-est è l'area territoriale nella quale le famiglie con persone che hanno limitazioni funzionali accedono in misura maggiore a servizi pubblici e si avvalgono di prestazioni a loro carico, con una sostanziale stabilità rispetto a quanto rilevato nel 2005. La quota di famiglie che non possono accedere a servizi di assistenza domiciliare è molto più elevata nelle Isole e nel Sud rispetto alle altre aree territoriali (rispettivamente 16,8% e 15,4%) (Prospetto 4).

PROSPETTO 4. FAMIGLIE CON PERSONE CON LIMITAZIONI FUNZIONALI CHE SI AVVALGONO DI ASSISTENZA DI SERVIZI PUBBLICI O DI PERSONALE A PAGAMENTO PER RIPARTIZIONE. Anno 2013, per 100 famiglie

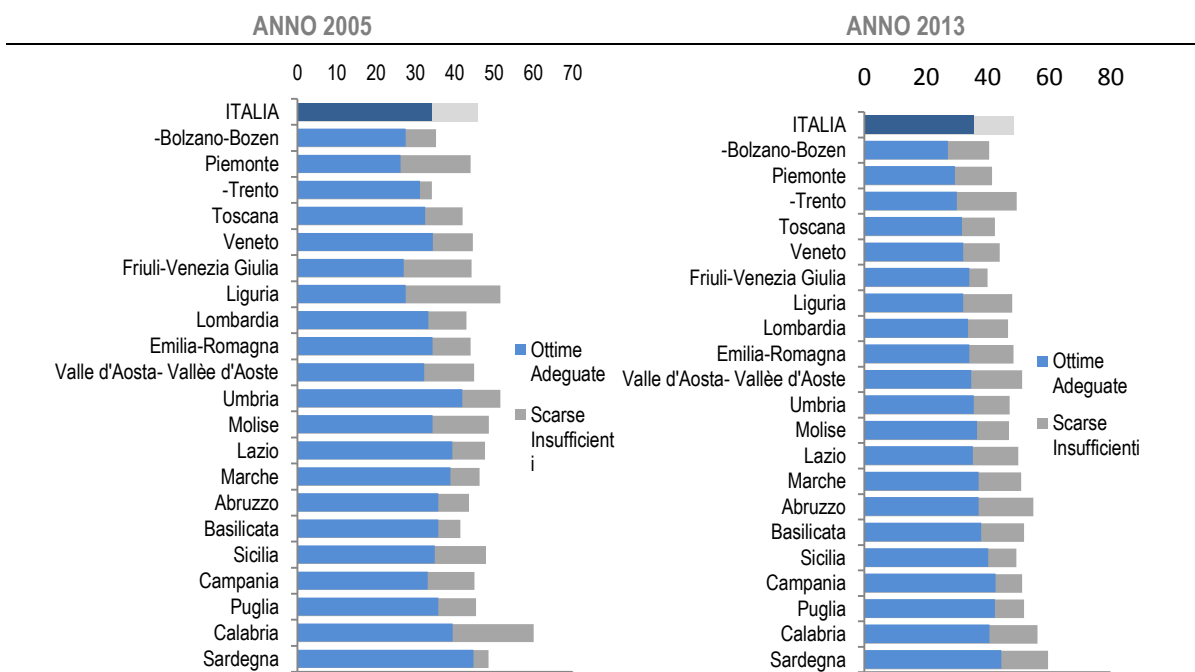
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali	Famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali che riceve assistenza						Famiglie con persone con limitazioni funzionali che hanno rinunciato ad assistenza non sanitaria a domicilio
		Assistenza domiciliare erogata da servizi pubblici			Assistenza domiciliare sanitaria a pagamento	Assistenza domiciliare non sanitaria a pagamento	Assistenza domiciliare sanitaria o non sanitaria pubblica o a pagamento	
		Sanitaria	Non sanitaria	Sanitaria o non sanitaria				
Nord-Ovest	9,1	11,9	9,1	16,9	5,5	11,7	24,8	6,4
Nord-Est	10,3	16,8	12,2	23,7	3,4	13,8	30,3	6,8
Centro	11,1	13,3	12	20,8	4,2	13,0	28,8	12,4
Sud	14,2	10,8	10,7	17,8	6,4	11,7	27,3	15,4
Isole	14,4	7,5	10,7	14,7	3,2	10,5	21,7	16,8
Italia	11,4	12,2	10,9	18,8	4,8	12,2	26,8	11,4

Permangono le disuguaglianze sociali nella salute, soprattutto tra gli anziani

La relazione tra bassi livelli di status (misurati attraverso il grado di istruzione raggiunto) e le peggiori condizioni di salute (sintetizzate dai principali indicatori di percezione della salute e dalla presenza di malattie o limitazioni funzionali) si rafforza nel 2013 (Prospetto 5). La quota di persone anziane che dichiarano almeno tre malattie croniche aumenta in misura maggiore tra chi valuta le risorse economiche della famiglia scarse o insufficienti, raggiungendo complessivamente nel 2013 il 48,6% (45,8% nel 2005). Le dinamiche delle disuguaglianze differiscono però sul territorio: in alcune regioni del Nord - Liguria, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia - si riducono le differenze nella prevalenza di multicronici tra i meno abbienti e le persone in migliori condizioni economiche. In altre regioni tali differenze si riducono perché la prevalenza degli anziani multi cronici aumenta anche tra quanti dichiarano risorse economiche ottime o adeguate (è l'esempio della Campania) (Figura 5).

Rispetto all'indicatore relativo alla presenza di patologie croniche gravi, le disuguaglianze sono meno accentuate e fra gli anziani di 65-74 anni non aumentano rispetto al 2005.

FIGURA 5. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CHE DICHIARANO TRE O PIÙ MALATTIE CRONICHE PER VALUTAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE PER REGIONE. Anni 2005 e 2013, Tassi standardizzati per 100 persone



PROSPETTO 5. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER CONDIZIONI DI SALUTE, TITOLO DI STUDIO E CLASSE DI ETÀ.
Anni 2005 e 2013, per 100 persone

TITOLO DI STUDIO	Salute percepita Male/Molto male		Indice di stato fisico*		Indice di stato psicologico*		Indice di stato mentale*		Persone con almeno una cronica grave (a)		Persone con almeno tre malattie croniche		Persone con limitazioni funzionali	
	2005	2013	2005	2013	2005	2013	2005	2013	2005	2013	2005	2013	2005	2013
65-74														
Laurea e diploma	7,4	8,7	48,1	49,0	50,1	49,7	72,0	70,6	28,7	30,2	28,7	25,9	4,1	3,7
Licenza scuola media inferiore	11,9	10,9	46,1	47,4	48,4	48,8	67,6	68,4	34,3	34,1	31,5	30,3	5,5	5,6
Licenza elementare, nessun titolo	16,7	16,7	44,0	44,8	47,0	47,0	64,2	63,7	36,5	38,1	34,5	38,7	8,9	9,6
Totale	14,2	13,1	45,1	46,5	47,8	48,2	66,1	66,7	34,8	35,0	33,0	33,2	7,5	7,1
75 e più														
Laurea e diploma	17,9	16,6	42,2	42,9	48,1	48,1	66,0	65,4	45,7	45,1	35,4	39,7	20,6	19,0
Licenza scuola media inferiore	25,3	25,2	38,8	40,2	45,5	46,0	59,7	61,5	50,2	49,6	45,6	45,6	29,3	25,5
Licenza elementare, nessun titolo	29,7	29,6	37,5	37,6	44,7	44,8	57,7	57,9	50,4	54,7	45,1	53,4	34,2	36,9
Totale	27,7	27,2	38,2	38,7	45,2	45,4	58,9	59,4	49,9	52,6	44,1	50,4	32,0	32,9
Totale														
Laurea e diploma	11,2	11,4	46,0	46,9	49,4	49,1	69,8	68,8	34,8	35,3	31,1	30,6	10,3	9,4
Licenza scuola media inferiore	17,2	16,1	43,1	44,8	47,2	47,8	64,4	65,8	40,7	39,8	37,2	35,9	15,3	13,0
Licenza elementare, nessun titolo	23,0	24,4	40,8	40,5	45,9	45,7	61,0	60,3	43,3	48,0	39,7	47,5	21,2	25,8
Totale	20,3	20,1	42	42,6	46,6	46,8	62,8	63,1	41,7	43,8	38	41,8	18,7	20

*punteggi medi

(a) 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/leucemia); parkinsonismo; Alzheimer, demenze

L'attenzione per la prevenzione

Prevenzione generale

Il ricorso a controlli diagnostici specifici (colesterolo, glicemia nel sangue o pressione arteriosa) è uno strumento molto efficace nella diagnosi precoce di diabete, ipertensione e ipercolesterolemia, a loro volta legati ad un aumento del rischio di insorgenza di molte gravi patologie, soprattutto di tipo cardiovascolare, prima causa di morte in Italia. Negli ultimi anni, per prevenire i tumori del colon, che si stanno diffondendo rapidamente nella popolazione, sono stati attivati vari programmi di screening.

Tra gli adulti uno su sei non controlla colesterolo, glicemia o pressione

Tra le persone di 18 anni e più, la quota di chi ha dichiarato di essersi sottoposto almeno una volta nel corso della vita a controlli per misurare il livello del colesterolo è dell'85,2%, in aumento rispetto al 2005 (81,9%), come del resto è avvenuto per gli altri controlli preventivi. Prevalenze simili si riscontrano, infatti, per il controllo della glicemia (84,8%) e della pressione arteriosa (86,6%).

Le prevalenze aumentano con l'età e la maggior parte di chi si sottopone a tali controlli lo fa con una periodicità almeno annuale: circa il 50% degli adulti e oltre l'80% delle persone anziane esegue con questa frequenza esami per colesterolo e glicemia e solo il 10% degli anziani non si sottopone a controllo della pressione arteriosa almeno ogni anno (Prospetto 6). Le donne si controllano di più dei loro coetanei mentre la propensione ai controlli aumenta al crescere del livello di istruzione raggiunto: il 65,1% dei laureati ha controllato annualmente la pressione contro il 60,9% dei diplomati. Tra gli adulti fino ai 44 anni, nel 39% dei casi i controlli sono svolti di propria iniziativa, mentre tra gli anziani la quota scende intorno al 16% e nell'80% dei casi è il medico che consiglia di fare i controlli.

Maggiore prevenzione del tumore del colon se ci sono gli screening del SSN

Per la prevenzione del tumore del colon il primo semplice screening poco invasivo è l'esame della ricerca di sangue occulto nelle feci, la cui promozione è stata ormai avviata in molte regioni d'Italia dal Servizio sanitario pubblico. Dai risultati, disponibili per la prima volta per questa edizione dell'indagine, si rileva che tale esame è stato eseguito almeno una volta nella vita dal 28% delle persone di 45 anni e più. Nella fascia di età raccomandata per tale screening, tra i 50 e i 70 anni, la quota è del 26,9% mentre la copertura negli ultimi due anni è pari al 17,4%.

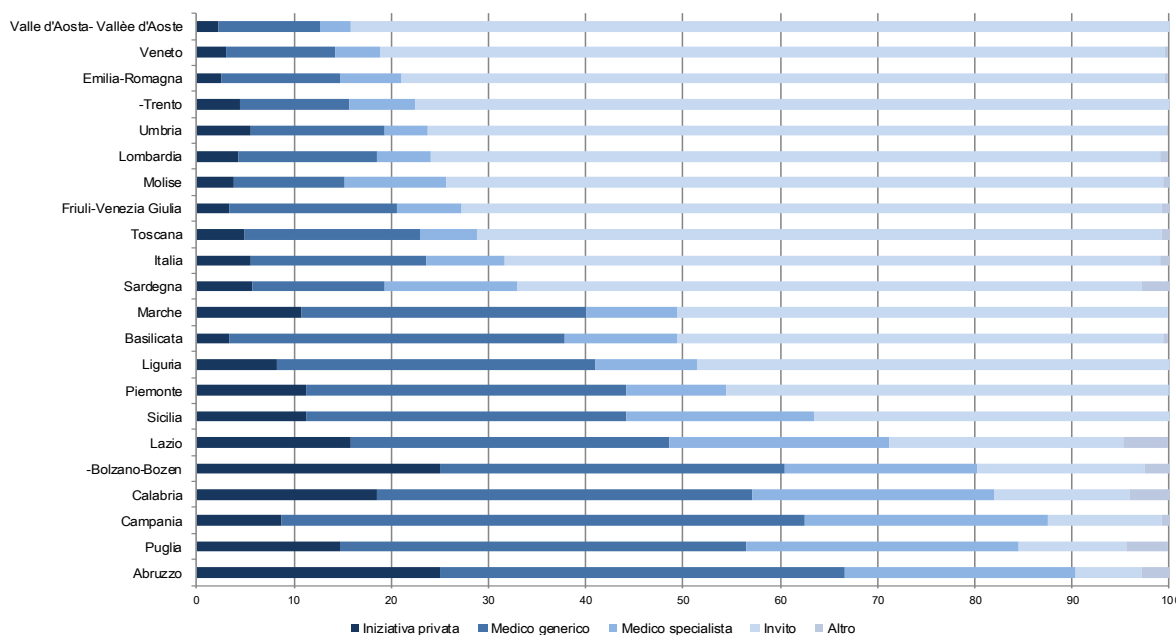
Il Mezzogiorno (11,6%) ha una prevalenza quattro volte più bassa di quella osservata nel Nord-ovest (45,1%). Nella maggior parte delle regioni del Centro Nord l'accesso ai controlli è avvenuto per oltre il 50% dei casi attraverso l'invito ai programmi di screening attivati da molte ASL (Figura 6). Le quote più elevate di adesione ai programmi si rilevano in Valle d'Aosta, Veneto ed Emilia-Romagna.

PROSPETTO 6. PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER TIPO E PERIODICITÀ DEI CONTROLLI PER RIPARTIZIONE.
Anno 2013, tassi standardizzati per 100 persone

Classi di età	Periodicità	Ripartizione territoriale				
		Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Mezzogiorno	Italia
COLESTEROLO						
18-64	Mai fatto il controllo	20,2	16,8	16,6	19,9	18,7
	Almeno annuale	47,7	50,9	51,0	46,5	48,6
	Ogni 2-5 anni	25,9	26,9	27,0	28,2	27,1
65 e più	Mai fatto il controllo	4,2	3,1	2,5	2,9	3,2
	Almeno annuale	78,8	79,5	83,7	82,1	81,0
	Ogni 2-5 anni	14,4	14,5	11,7	12,4	13,2
GLICEMIA						
18-64	Mai fatto il controllo	20,5	17,2	16,6	20,1	19,0
	Almeno annuale	47,5	50,7	51,0	46,6	48,5
	Ogni 2-5 anni	25,7	26,7	26,9	27,9	26,9
65 e più	Mai fatto il controllo	4,7	4,0	2,9	3,4	3,7
	Almeno annuale	78,4	79,0	83,3	82,3	80,8
	Ogni 2-5 anni	14,2	14,1	11,7	11,8	12,9
PRESSIONE ARTERIOSA						
18-64	Mai fatto il controllo	17,3	15,0	15,4	19,3	17,2
	Almeno annuale	61,2	62,9	60,7	56,4	59,8
	Ogni 2-5 anni	16,5	17,8	19,2	19,7	18,4
65 e più	Mai fatto il controllo	2,7	2,1	1,8	2,0	2,1
	Almeno annuale	90,0	90,1	90,9	90,5	90,4
	Ogni 2-5 anni	6,0	6,0	6,0	6,2	6,1
RICERCA SANGUE OCCULTO						
50-70	Mai fatto il controllo	56,2	40,9	64,9	88,0	65,9
	Entro i due anni	33,3	49,1	23,6	6,7	25,3
	Oltre i due anni	10,4	10,0	11,4	5,2	8,8
oltre70 anni	Mai fatto il controllo	67,4	60,8	68,1	85,9	72,6
	Entro i due anni	14,9	18,2	16,1	6,6	12,9
	Oltre i due anni	17,6	21,0	15,8	7,5	14,4
COLONSCOPIA						
50-70	Mai fatto il controllo	81,6	75,5	81,7	91,3	83,8
	Entro i due anni	8,8	11,7	8,3	3,9	7,6
	Oltre i due anni	9,6	12,8	9,9	4,9	8,6
oltre70 anni	Mai fatto il controllo	80,0	75,1	80,2	88,7	82,1
	Entro i due anni	7,1	8,7	7,6	4,9	6,7
	Oltre i due anni	12,9	16,2	12,2	6,4	11,2
OSTEOPOROSI						
45 anni e più	Mai fatto il controllo	76,9	75,0	73,8	78,8	76,6
	Controllo ultimi 5 anni	14,7	16,7	17,0	12,6	14,8
	Controllo più di 5 anni fa	8,5	8,3	9,2	8,6	8,6
65 anni e più	Mai fatto il controllo	68,2	66,9	64,7	70,8	68,1
	Controllo ultimi 5 anni	17,4	19,0	20,1	14,3	17,2
	Controllo più di 5 anni fa	14,4	14,1	15,2	14,9	14,7

La colonscopia a scopo preventivo è stata eseguita almeno una volta nella vita dal 16,2% delle persone nella fascia di età raccomandata (50-70 anni) ed è pari al 7,6% per chi l'ha eseguita entro i due anni. Nel Nord-est si rileva la prevalenza più alta, pari al 24,5%, mentre nel Mezzogiorno si ferma all'8,7%.

FIGURA 6. PERSONE DI 50-70 ANNI E PIÙ CHE HANNO SVOLTO L'ESAME PER LA RICERCA DEL SANGUE OCCULTO, SECONDO LA MODALITÀ DI ACCESSO PER REGIONE. Anno 2013, tassi standardizzati per 100 persone



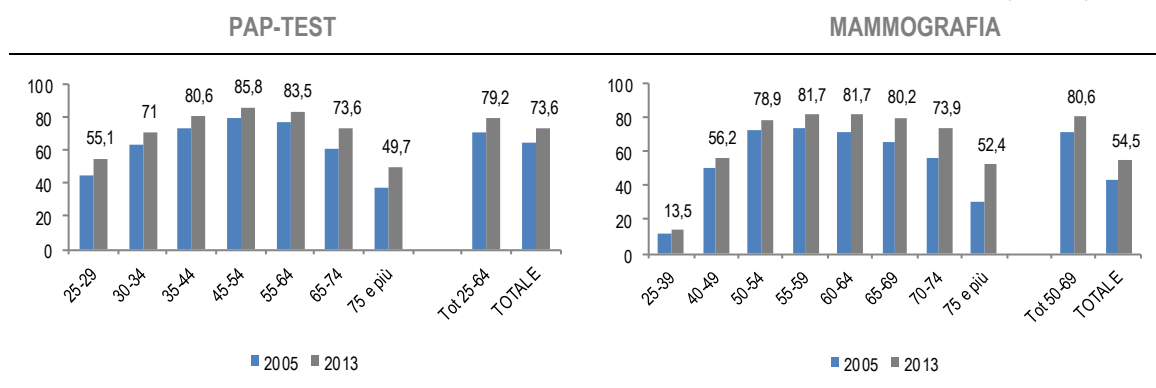
In aumento i controlli per l'osteoporosi

Tra le persone di 45 anni e più, la quota di quelli che hanno svolto almeno una volta nella vita le analisi per constatare l'eventuale presenza di osteoporosi, in assenza di disturbi o sintomi, è pari al 23,4% e risulta in crescita rispetto al 2005 (20,9% tassi standardizzati). Tra le donne, maggiormente esposte al rischio di insorgenza di questa patologia, la quota di chi si sottopone a controlli è nettamente più elevata rispetto a quella degli uomini (40,7% contro 5%). Le prevalenze aumentano con l'età: si attestano al 2,5% tra gli uomini di 45-64 anni e all'8,2% tra quelli di 65 anni e più; tra le donne 45-64enni raggiungono il 30,7% ma la quota sale al 54,1% tra le over65. Sul territorio, la propensione a sottoporsi agli esami di prevenzione per rilevare l'osteoporosi è più elevata tra i residenti del Centro (26,2%), segue il Nord (Nord-ovest 23,2% e Nord-est 24,9%); i valori più bassi si registrano ancora una volta nel Mezzogiorno (21,2%). A livello regionale la prevalenza più elevata si rileva nel Lazio (27,1%), quella minima in Basilicata (17,1%).

Cresce la prevenzione femminile tramite pap test e mammografie

Nel 2013, la quota di donne di 25 anni e oltre che si sono sottoposte allo screening con il pap-test almeno una volta nella vita è pari al 73,6%, con un netto aumento, di circa 9 punti percentuali, rispetto al 2005. Sebbene l'incremento delle prevalenze si registri in tutte le classi di età, è tra le donne più anziane che si osserva l'aumento maggiore (Figura 7).

FIGURA 7. DONNE DI 25 ANNI O PIÙ CHE HANNO ESEGUITO UN PAP-TEST O UNA MAMMOGRAFIA IN ASSENZA DI DISTURBI, PER CLASSI DI ETÀ RACCOMANDATE E ALTRE CLASSI DI ETÀ. Anni 2005 e 2013, per 100 persone



Ancora più accentuato è l'incremento, rispetto al 2005, della percentuale di donne dai 25 anni in su che si sono sottoposte a mammografia, che passa dal 43,7% al 54,5%; tra le ultrasettantacinquenni la quota quasi raddoppia (dal 30,9% al 52,4%) (Figura 9).

L'incremento della prevenzione dei tumori femminili si verifica tra le donne di tutti i livelli d'istruzione, italiane o straniere.

A livello territoriale, il ricorso al pap-test aumenta in tutte le ripartizioni. L'incremento rispetto al 2005 risulta particolarmente alto nelle zone dove era meno diffuso, ovvero al Sud (+11 punti percentuali, dal 47,4% al 58,3%) e nelle Isole (+13 punti percentuali, dal 47,2% al 59,9%). Nonostante il trend positivo, il Mezzogiorno resta l'area territoriale con la prevalenza più bassa per entrambi i tipi di screening.

Anche per i controlli mammografici si rileva una maggiore diffusione su tutto il territorio. In particolare nel Nord-ovest, dove già nel 2005 si registravano i più alti livelli di prevenzione, la quota di donne di 25 anni e più che si sottopongono ad una mammografia passa dal 50,3% al 59,3%; il Sud, nonostante l'incremento di 10 punti percentuali, si attesta al 42,3%, mostrando i più bassi livelli di prevenzione per il tumore alla mammella.

Si confermano le differenze di status nella propensione allo screening del tumore al collo dell'utero. Nel 2013, tra le donne di 25 anni e più, quelle con livelli bassi d'istruzione hanno eseguito il pap-test nel 67,7% dei casi contro l'81,3% di chi ha una istruzione universitaria. Per la mammografia si osservano risultati analoghi, soprattutto nelle classi di età in cui viene raccomandato questo tipo di esame; viene eseguita dall'87,2% delle laureate contro il 76,9% di chi ha un'istruzione bassa; la relazione si inverte invece tra le donne con più di 70 anni.

Per queste due tipologie di screening le dinamiche sono contrapposte: l'incremento medio più elevato nella prevalenza del pap-test si registra tra le persone con livelli di istruzione medio-alti, mentre nel caso della mammografia interessa quelle con livelli più bassi, anche in considerazione del maggiore ricorso tra le donne più anziane.

L'accesso alla prevenzione dei tumori femminili si differenzia rispetto alla cittadinanza, sebbene anche per le donne straniere la prevalenza sia in aumento: si sono sottoposte a pap-test il 75% delle donne italiane dai 25 anni in su, a fronte del 60,5% delle cittadine straniere; per la mammografia le differenze sono leggermente minori (54,4% contro 41,1%).

Le differenze regionali nella propensione alla prevenzione femminile sono più marcate nelle fasce di età raccomandate per gli screening, soprattutto per la mammografia (Figure 8 e 9).

FIGURA 8. DONNE DI 25 ANNI E PIÙ E DONNE 25-64 ANNI CHE HANNO ESEGUITO UN PAP-TEST IN ASSENZA DI DISTURBI PER REGIONE. Anno 2013, per 100 persone

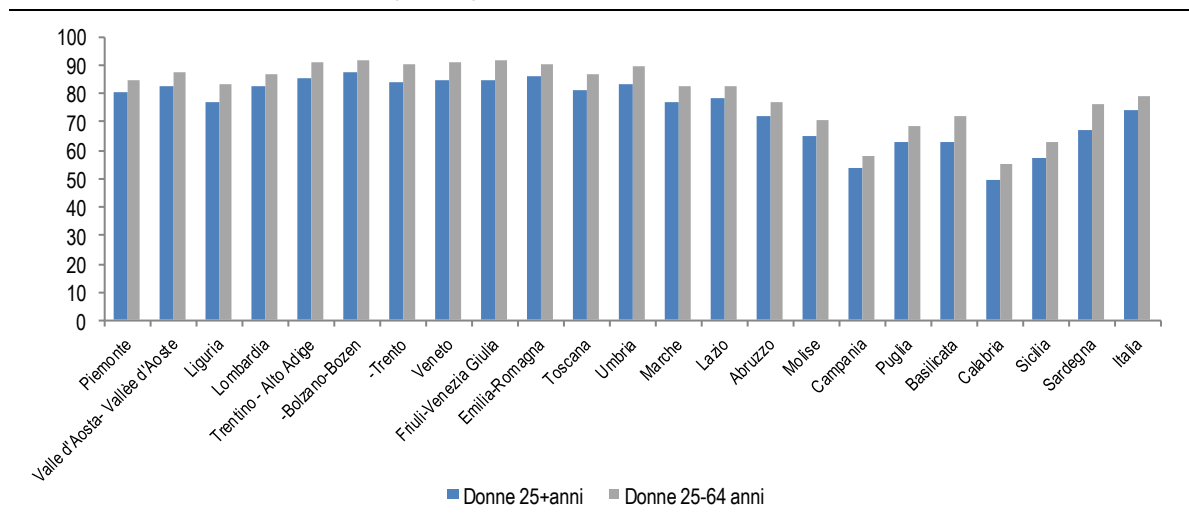
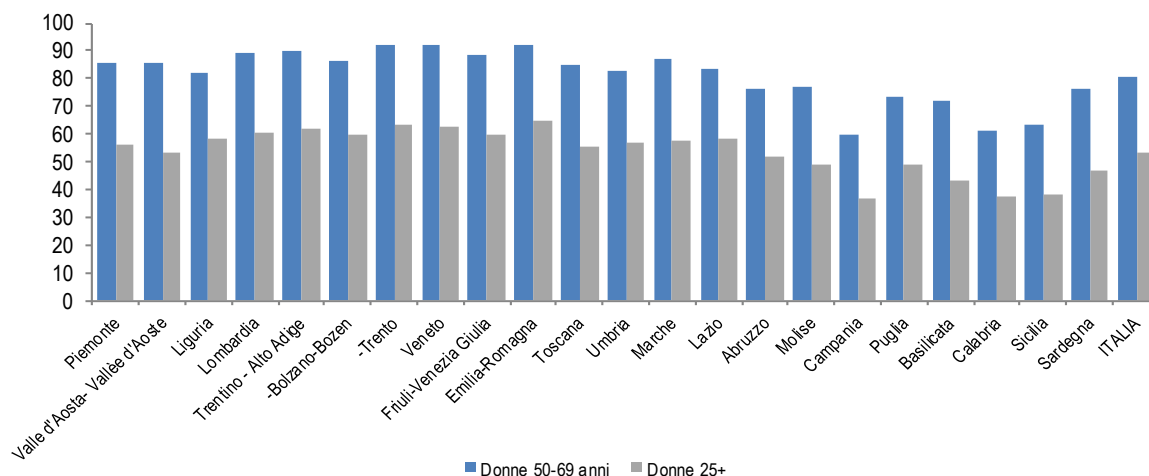


FIGURA 9. DONNE DI 25 ANNI E PIÙ E DONNE DI 50-69 ANNI CHE HANNO ESEGUITO UNA MAMMOGRAFIA IN ASSENZA DI DISTURBI PER REGIONE. Anno 2013, per 100 persone



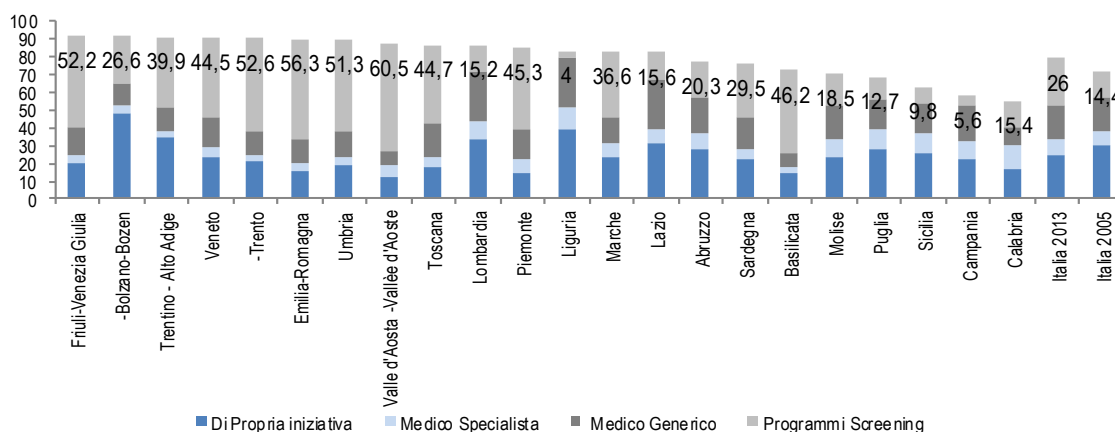
Per entrambi gli screening, i valori più bassi si osservano in Calabria e quelli più elevati in Friuli-Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige e Emilia-Romagna.

Nelle classi di età consigliate dai protocolli sanitari di screening per il pap-test (25-64 anni) e la mammografia (50-69 anni) si passa dal 71,5% di donne che hanno fatto almeno un pap-test nella vita nel 2005 al 79% nel 2013 (+10,1 punti percentuali) mentre per la mammografia dal 71% all'80,6% (+9,6 punti percentuali). Le differenze regionali sono rilevanti: ai primi posti si posizionano le regioni del Nord-est e in coda il Sud e le Isole, anche se in tutte le regioni si osservano aumenti rispetto al 2005 della quota di donne coinvolte nella prevenzione femminile. Rispetto al 2005, un deciso aumento si rileva in Puglia sia per la mammografia (dal 51,7% al 74,9%) che per il pap-test (dal 53,5% al 69,3%). In altre regioni gli incrementi sono poco significativi; tuttavia in alcuni casi la diffusione della prevenzione era già elevata nel 2005 (come Bolzano per il pap-test o l'Emilia-Romagna per la mammografia).

Buona parte dell'incremento registrato nella prevenzione dei tumori femminili si deve all'attivazione dei programmi di screening del Servizio sanitario nazionale.

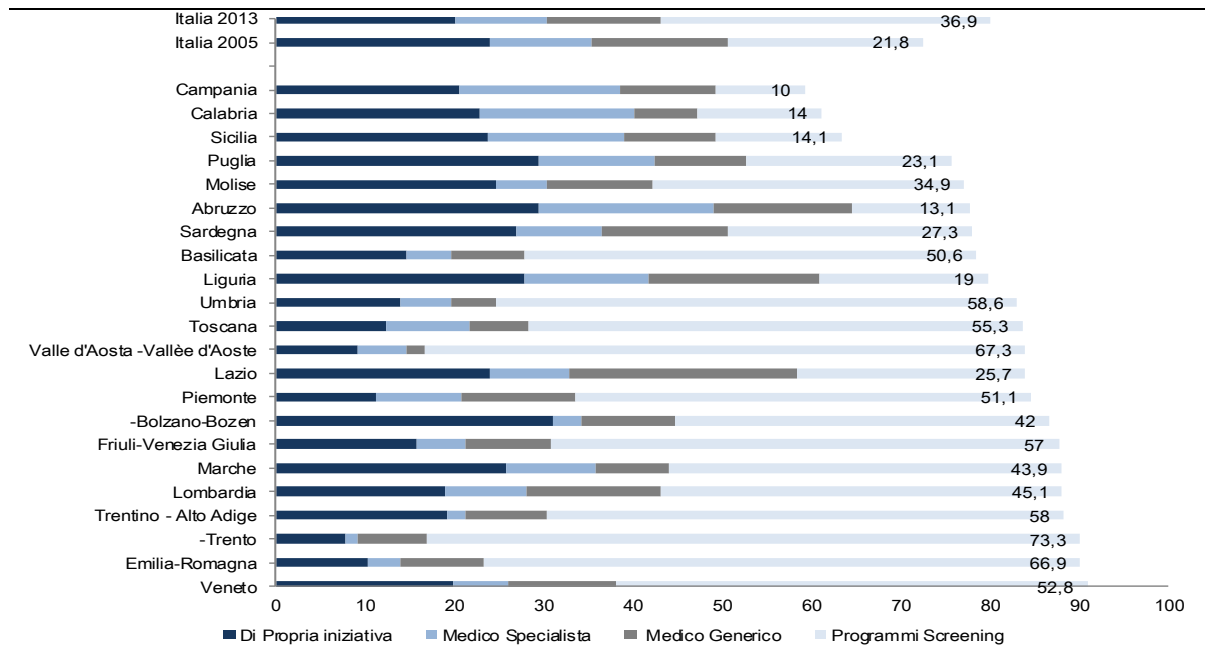
Tra le donne di 25-64 anni, il 26% si sottopone al pap-test a seguito dell'invito da parte di una struttura sanitaria pubblica, contro il 14,4% del 2005 (+12 punti percentuali), mentre si riduce la quota di donne che non fanno alcun esame (dal 28,5% nel 2005 al 21%) e di quelle che lo fanno di propria iniziativa (dal 29,8% al 25%). Per la mammografia, grazie ai programmi di screening, nel 2013 fa questo esame preventivo il 39,5% delle donne di 50-69 anni, contro il 23,8% del 2005 (+16 punti percentuali), che corrisponde ad un calo equivalente di chi non fa alcun esame o lo fa di propria iniziativa o su indicazione medica (Figura 10).

FIGURA 10. DONNE DI 25-64 ANNI CHE HANNO ESEGUITO UN PAP-TEST IN ASSENZA DI DISTURBI SECONDO LA MODALITÀ DI ACCESSO PER REGIONE. Anno 2013, per 100 persone



Le differenze regionali sono importanti, anche quando si fa riferimento alle donne nelle fasce di età raccomandate: si passa dal 60,5% di donne che fanno il pap-test su invito di una struttura pubblica in Valle d'Aosta al 4% in Liguria (dove è invece molto alta la quota di donne che effettuano l'esame su invito del medico generico, 28,3%, o per iniziativa individuale, 39,1%); per la mammografia si passa dal 73,3% della provincia di Trento al 10% della Campania (Figura 11).

FIGURA 11. DONNE DI 50-69 ANNI CHE SI SONO SOTTOPOSTE A MAMMOGRAFIA IN ASSENZA DI DISTURBI, SECONDO LA MODALITÀ DI ACCESSO. Anno 2013, per 100 persone



I programmi di screening delle ASL hanno prodotto negli anni effetti positivi anche per quel che riguarda la prevenzione tra le donne straniere, che accedono sempre più spesso al pap-test (52,9% nel 2005 e 65,2% nel 2013) e alla mammografia (43,4% nel 2005 e 60,1% nel 2013).

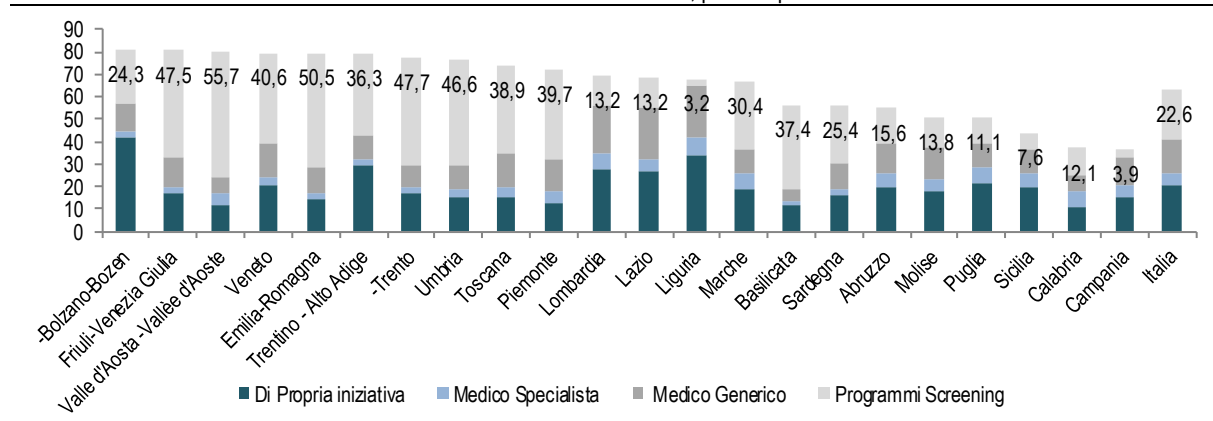
Livelli di copertura del pap-test e della mammografia più alti al Nord

Per monitorare il livello di copertura della prevenzione dei tumori femminili nelle fasce di età raccomandate è stato definito un indicatore che tenesse conto della periodicità raccomandata per i due esami: tre anni per il pap-test e due per la mammografia.

In tutte le regioni il tasso di copertura è sempre più alto per il pap-test che per la mammografia ed è sempre più elevato al Nord rispetto al Centro e al Mezzogiorno. La copertura preventiva nelle fasce di età consigliate varia, per il pap-test, da un massimo dell'81,1% di donne nella provincia di Bolzano a un minimo del 36,5% in Campania; per la mammografia, da un massimo del 78% nella provincia di Trento a un minimo del 30,2% in Campania.

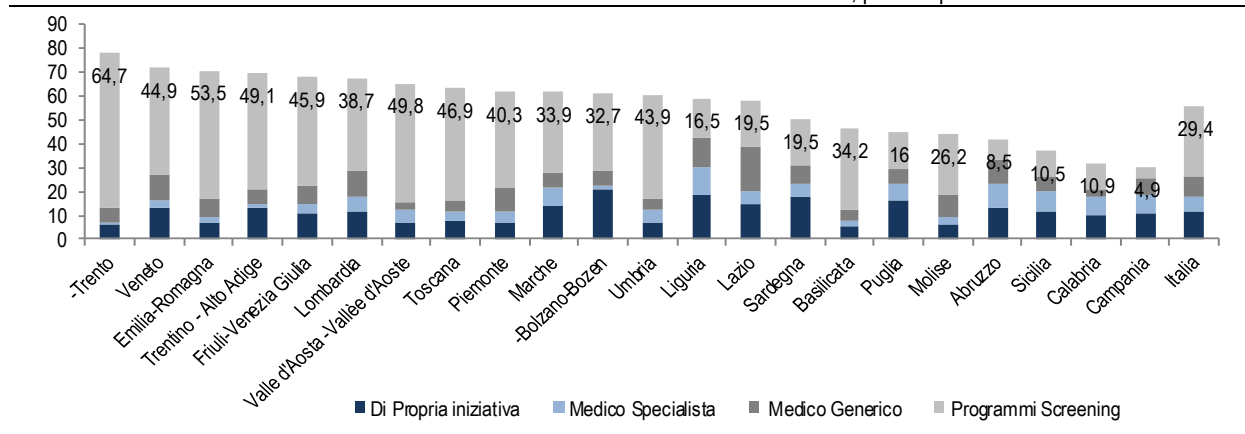
Le differenze regionali nei livelli di copertura del pap-test dipendono molto dalla modalità di accesso prevalente. Nel Nord Italia, la copertura è garantita grazie ad una maggiore diffusione dei programmi di screening, con l'eccezione della provincia di Bolzano dove invece prevale la modalità di accesso per iniziativa propria delle donne. Molte regioni del Centro-Sud hanno prevalenze simili a quelle del Nord riguardo alle modalità di accesso per iniziativa propria o su consiglio di un medico, ma ciò dipende da una incompleta attivazione dei programmi di screening pubblici. Nel Lazio, in Lombardia e in Liguria tali programmi concorrono molto poco a determinare il tasso di copertura mentre hanno peso sia l'iniziativa individuale che l'invio da parte di un medico specialista (Figura 12).

FIGURA 12. DONNE DI 25-64 ANNI CHE HANNO ESEGUITO UN PAP-TEST NEI 3 ANNI PRECEDENTI L'INTERVISTA, SECONDO LA MODALITÀ DI ACCESSO PER REGIONE. Anno 2013, per 100 persone



Per la copertura mammografica le differenze regionali sono marcate: la quota di donne che si sono sottoposte a una mammografia negli ultimi 2 anni decresce passando dal Nord al Sud del Paese e un andamento analogo si osserva per il ricorso su invito di una struttura sanitaria pubblica (Figura 13).

FIGURA 13. DONNE DI 50-69 ANNI CHE SI SONO SOTTOPOSTE A UNA MAMMOGRAFIA NEI 2 ANNI PRECEDENTI L'INTERVISTA SECONDO LA MODALITÀ DI ACCESSO PER REGIONE. Anno 2013, per 100 persone



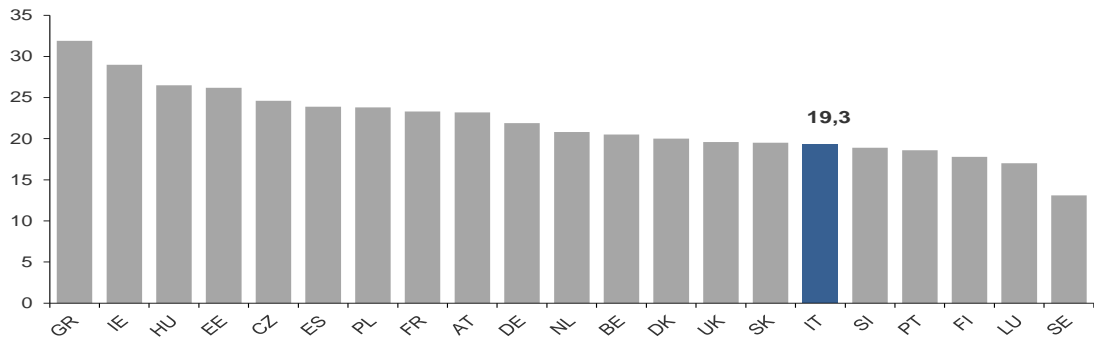
Diffusione dei fattori di rischio legati agli stili di vita: abitudine al fumo, eccesso di peso e scarsa attività fisica

Abitudine al fumo: diminuiscono i fumatori forti

È ormai condivisa la consapevolezza dei danni provocati dal fumo per chi consuma tabacco, ma anche per chi è esposto suo malgrado al fumo passivo. L'Oms calcola che sono da attribuire al fumo oltre sei milioni di morti in un anno nel mondo. Per questo motivo, l'obiettivo per il 2025 è la riduzione del 30% del numero dei fumatori.

In Italia, traguardi simili si sono raggiunti solo in un arco temporale molto ampio, di circa 30 anni. La prevalenza di fumatori si è ridotta del 30% rispetto al 1983, quando a fumare era il 31,1% della popolazione di 14 anni e più mentre nel 2013 è il 21,1%. Il gap di genere si è invece ridotto nel tempo soprattutto per la riduzione della quota dei fumatori piuttosto che delle fumatrici: nel 1983 i fumatori erano il 45,6% e le fumatrici il 17,7%. Considerando la prevalenza di fumatori giornalieri, indicatore che l'OCSE raccoglie annualmente tra i paesi europei, l'Italia si colloca quasi nell'ultimo quartile, con una prevalenza di fumatori giornalieri (*daily smokers*) pari al 19,3%, a fronte del 31,9% della Grecia (dato riferito al 2009) (Figura 14).

FIGURA 14. PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CHE FUMANO TUTTI I GIORNI. CONFRONTO TRA PAESI EUROPEI. Anni 2006-2012



Fonte OECD – Health Data. Per l'Italia, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

Rispetto al 2005, anno in cui è entrata in vigore la legge Sirchia, la quota di fumatori ha subito solo una lieve riduzione, dal 21,3% al 21,1%. Fra il 2013 e il 2012, la quota di fumatori si contrae invece di un punto percentuale.

Nel 2013 la quota di fumatori è pari al 21,3%, sostanzialmente stabile rispetto al 2005, anno in cui l'effetto della legge Sirchia aveva determinato una lieve riduzione. Tuttavia, tra il 2012 e il 2013, la quota di fumatori si contrae di un punto percentuale (indagine "Aspetti della vita quotidiana").

Diminuisce però in misura decisa, sia fra gli uomini che fra le donne, la quota dei fumatori forti, ossia coloro che fumano oltre 20 sigarette al giorno (da 38,1% a 31,2%) (Prospetto 7).

PROSPETTO 7. PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ PER ABITUDINE AL FUMO E SESSO.

Anni 2005 e 2013, tassi standardizzati per 100 persone

	Maschi		Femmine		Totale	
	2005	2013	2005	2013	2005	2013
Non fumatori	41,9	42,6	69,0	67,8	55,8	55,6
Ex- fumatori	31,7	31,0	14,5	16,1	22,9	23,3
Fumatori	26,5	26,4	16,5	16,1	21,3	21,1
- fumatori abituali	24,4	24,1	14,7	14,4	19,4	19,1
- forti fumatori (a)	45,9	38,1	26,2	20,5	38,1	31,2

(a) per 100 fumatori abituali di sigarette.

Nel confronto di genere, pur restando stabili le differenze nelle prevalenze complessive tra il 2005 e il 2013, gli andamenti sono differenziati. Per i ragazzi di 14-24 anni si osserva lo stesso andamento della popolazione generale, mentre per le ragazze della stessa età da un lato diminuisce la quota di fumatrici (da 15,2% a 13,6%), anche abituali (da 12,4% a 11%), dall'altro aumenta la percentuale di ragazze che iniziano a fumare prima dei 14 anni (da 7,5% a 10,6%), andando a superare l'analoga quota dei maschi, stabile intorno all'8% (Prospetto 8).

PROSPETTO 8. GIOVANI DI 14-24 ANNI PER ABITUDINE AL FUMO E SESSO.

Anni 2005 e 2013, tassi per 100 persone

	Maschi		Femmine		Totale	
	2005	2013	2005	2013	2005	2013
Non fumatori	70,6	70,2	79,3	80,8	74,8	75,3
Ex- fumatori	5,5	5,8	5,5	5,6	5,5	5,7
Fumatori	23,9	24,0	15,2	13,6	19,7	19,0
- fumatori abituali	20,2	19,9	12,4	11,0	16,3	15,6
- forti fumatori (a)	24,2	16,1	14,4	9,9	20,5	13,9
- fumatori precoci (b)	8,0	7,6	7,5	10,6	7,8	8,6

(a) per 100 fumatori abituali di sigarette

(b) per 100 fumatori.

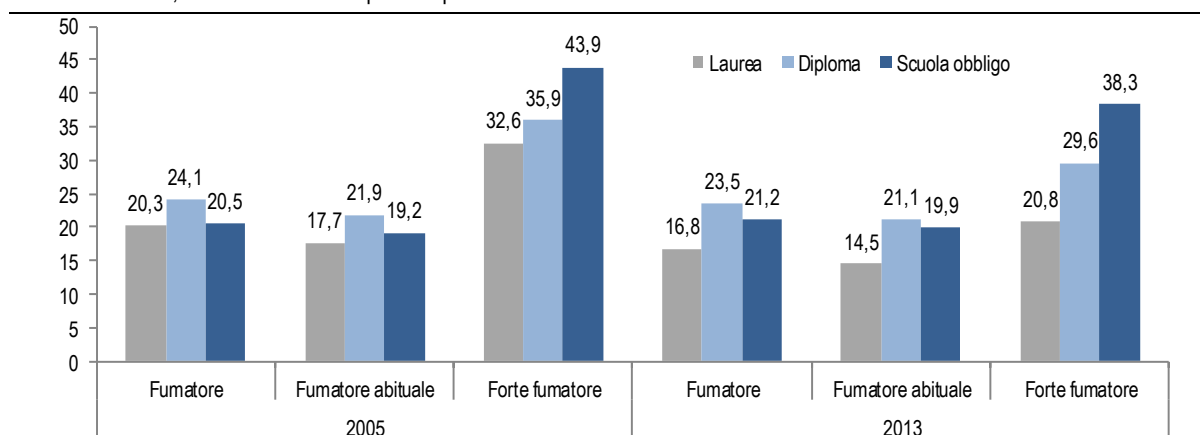
Tra le donne 65-74enni aumentano le fumatrici, anche quelle abituali. Tale fenomeno non si riscontra nei coetanei uomini, fra i quali aumenta invece di oltre un quarto la quota di fumatori forti (dal 39,5% al 47,5%), che diminuisce invece tra le donne (dal 25,7% al 19,9%).

La percentuale di ex-fumatori esposta al fumo di tabacco per oltre 20 anni è pari al 53,9% (51,9% nel 2005) mentre la quota di quanti hanno smesso di fumare da almeno 15 anni è pari al 44% (39% nel 2005).

Si accentuano le disuguaglianze sociali rispetto al consumo di tabacco. La quota di fumatori diminuisce soprattutto tra i laureati (da 20,3 a 16,8%) e fra le persone in buone condizioni economiche (da 20,4 a 18,7%). In particolare risulta in calo la componente dei fumatori abituali laureati (da 17,7 a 14,5%) e con risorse buone (da 18,4 a 16,7%) e quella dei fumatori forti laureati (da 32,6 a 20,8%) e con risorse buone (da 32,5 a 28,6%) (Figura 15).

A livello territoriale, nel Nord, dove si fuma meno rispetto alle altre ripartizioni, gli indicatori considerati sono piuttosto stabili. Nelle Isole, soprattutto in Sicilia, si osserva invece un sensibile incremento di fumatori (da 20,6% a 23,2%) anche abituali (da 18,7% a 21,5%). Nel Centro la quota di fumatori diminuisce invece sensibilmente, passando da 23,4% a 21,5% (Prospetto 9).

FIGURA 15. PERSONE DI 25 ANNI E PIÙ PER ABITUDINE AL FUMO E TITOLO DI STUDIO
Anni 2005 e 2013, tassi standardizzati per 100 persone



PROSPETTO 9. PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ PER ABITUDINE AL FUMO E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA.
Anni 2005 e 2013, tassi standardizzati per 100 persone

RIPARTIZIONI TERRITORIALI	non fumatori		fumatori		fumatori abituali		forti fumatori (a)		ex-fumatori	
	2005	2013	2005	2013	2005	2013	2005	2013	2005	2013
Nord-Ovest	54,4	55,2	21,7	21,1	19,8	19,0	35,5	28,4	23,9	23,7
Nord-Est	53,6	54,1	20,8	20,3	18,8	17,9	30,3	25,0	25,5	25,7
Centro	52,6	54,2	23,4	21,5	21,4	19,6	40,0	30,1	24,1	24,3
Sud	60,3	58,7	20,1	20,7	18,3	19,0	42,5	37,0	19,6	20,6
Isole	58,7	54,9	20,6	22,7	18,6	20,9	45,1	37,5	20,8	22,3
Totale	55,8	55,6	21,3	21,1	19,4	19,1	38,1	31,2	22,9	23,3

(a) per 100 fumatori abituali di sigarette

La Legge Sirchia a tutela dei non fumatori, che ha istituito il divieto di fumare nei locali e negli uffici pubblici, è spesso disattesa. Il 9% dei non fumatori dichiara di essere esposto al fumo passivo nei locali pubblici, con picchi del 20,5% tra i giovani di 14-24 anni e del 12,4% nel Sud, con punte massime in Calabria (14,4%) e Campania (13,3%) (Prospetto 10).

Tra i non fumatori che lavorano, l'8,1% è esposto al fumo passivo nel luogo di lavoro, percentuale che sale all'11,5% nel Sud (Campania 12,1%) e nelle Isole (Sicilia 14%) (Prospetto 10).

PROSPETTO 10. NON FUMATORI DI 14 ANNI E PIÙ ESPOSTI AL FUMO PASSIVO PER CLASSE DI ETÀ E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Anno 2013, per 100 persone

	Classi di età						Ripartizione geografica					
	14-24	25-44	45-54	55-64	65-74	75 e più	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole	Italia
Casa	12,3	6,2	5,6	6,7	4,2	3,4	5,8	4,2	6,5	7,9	7,5	6,3
Ufficio (a)	7,6	8,7	7,7	7,3	4,7	0	6,7	4,7	9,4	11,5	11,3	8,1
Locali Pubblici	20,5	10,8	8,4	6,5	4,3	2,3	7,3	6,9	8,6	12,4	10,1	9,0
Auto	8,0	4,5	3,2	2,8	1,3	0,9	2,7	1,9	3,5	5,2	5,0	3,5

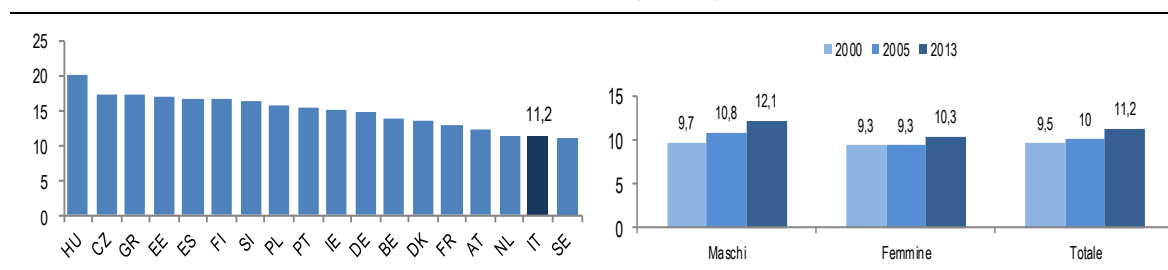
(a) Si considerano i non fumatori occupati

Obesità e sovrappeso: un adulto su tre è in sovrappeso e più di uno su dieci è obeso

L'eccesso ponderale costituisce un importante fattore di rischio per l'insorgenza di patologie metaboliche, cardiovascolari e tumorali. L'interazione tra la componente genetica e quella ambientale, che include stili di vita non salutari, quali l'assunzione di eccessive quantità di grassi e/o zuccheri e la carenza di un'adeguata attività fisica, può generare accumuli di massa grassa che determinano sovrappeso o obesità. E' da oltre un decennio, che nella maggior parte dei paesi, anche a livello internazionale, sono state promosse politiche di sanità pubblica per la lotta all'obesità.

Secondo la classificazione dell'Oms basata sull'Indice di massa corporea³, in Italia la maggioranza della popolazione adulta è in condizione di normopeso (51,2%), il 34,3% è in sovrappeso, l'11,2% è obeso e il 3,2% è sottopeso. Nel confronto europeo, rispetto all'eccesso di peso (sovrappeso o obeso) tra gli adulti, l'Italia è seconda solo alla Francia per le più basse prevalenze; considerando solo l'obesità il nostro Paese è penultimo con l'11,2% contro il 20% dell'Ungheria (dato 2009) in testa alla graduatoria (Figura 16).

FIGURA 16. PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ OBESE NEI PAESI EUROPEI. Anni 2006-2012
E TREND IN ITALIA. Anni 2000, 2005 e 2013, tassi standardizzati per 100 persone



Fonte OECD – Health Data. Per l'Italia, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013 persone di 18 anni e più

Anche per l'Italia, però, il trend dell'obesità è in aumento sia rispetto al 2000 (+ 2 punti percentuali), che al 2005 (+1) (Figura 16). Tuttavia, nel confronto con il 2005, non si evidenziano variazioni rispetto alle caratteristiche strutturali degli obesi: il fenomeno è più diffuso all'aumentare dell'età (da 2,8% nella classe 18-24 anni a 18% nella classe 65-69 anni), tra gli uomini (12,1% contro 10,5% delle donne), ad eccezione degli over75. Sono marcate le disuguaglianze rispetto al titolo di studio conseguito: tra le persone laureate la prevalenza è pari al 6%, sale al 9,1% tra i diplomati e raggiunge il 15,6% tra quanti hanno raggiunto al massimo la licenza media inferiore. Nel Sud la quota di persone obese è pari al 13,2% mentre nel Nord-ovest è al 9,6% (nel 2005 erano rispettivamente 11,8% e 8,6%).

A destare allarme è soprattutto l'eccesso di peso tra i minori, che in Italia assume dimensioni rilevanti; negli anni 2011-2012, è in sovrappeso o obeso oltre un bambino su tre (35,7%) di 6-10 anni e nel Sud addirittura quasi uno su due (48%). La quota si riduce a uno su quattro (25,1%) tra i bambini di 10-13 anni, ma tra i maschi di questa età si attesta comunque al 30,1%.

³ L'Indice di massa corporea (IMC o Body Mass Index BMI) è dato dal rapporto tra peso corporeo di un individuo, espresso in Kg, ed il quadrato della sua statura, espressa in metri. L'indice definisce come sottopeso i valori dell'IMC inferiori a 18,5, normopeso quelli compresi nell'intervallo 18,5-24,9, sovrappeso da 25 a 29,9 ed obeso IMC=> 30. Per il confronto europeo sono state considerate le indagini di popolazione di tipo HIS (Health Interview Survey), che utilizzano le informazioni autoriferite di peso e altezza, che, come noto, possono determinare una lieve sottostima del peso ed una sovrastima dell'altezza.

Attività fisica nel tempo libero: solo il 20% pratica livelli adeguati per la salute

La pratica di attività fisico-motoria regolare e moderata rappresenta un fattore protettivo per diverse patologie (ipertensione, ictus, malattie coronariche, diabete mellito, ecc.) ed ha una ricaduta positiva sull'umore e sul livello di autostima individuale, riducendo stress, ansia e depressione.

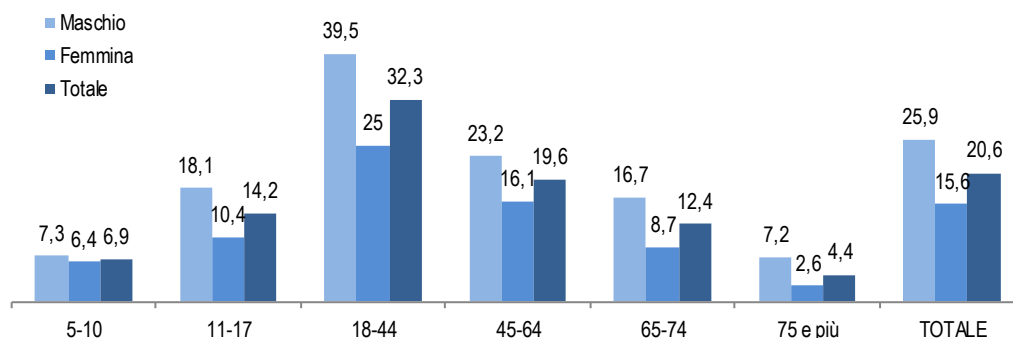
Secondo l'Oms⁴, l'inattività fisica rappresenta il quarto fattore di rischio per la mortalità globale. Considerando le informazioni raccolte sulla durata e la frequenza con cui si pratica nel tempo libero l'attività fisica, di tipo moderato o intenso, è stato calcolato un indicatore rispetto alle soglie raccomandate dall'organizzazione mondiale della sanità.

Riguardo ai livelli minimi individuati, riferiti al tipo di attività svolta nel tempo libero, solo il 20,6% della popolazione di 5 anni e più pratica un'attività fisica protettiva per la salute (25,9% tra gli uomini e 15,6% tra le donne). L'indicatore esaminato non tiene conto dell'attività fisica svolta in ambito lavorativo o domestico⁵.

La quota di donne che praticano livelli adeguati di attività fisica secondo le soglie raccomandate è inferiore a quella degli uomini in tutte le classi di età, eccetto tra i bambini di 5-10 anni. Il gap di genere è ancora più marcato tra le persone anziane: la quota degli uomini è doppia tra i 65-74enni (16,7% contro 8,7%) e quasi tripla tra gli ultrasettantacinquenni (7,2% contro 2,6%) (Figura 17).

Tra i bambini (5-10 anni) e i ragazzi fino a 17 anni è molto bassa la pratica nel tempo libero di un'attività fisica adeguata, secondo le indicazioni dell'Oms: 6,9% dai 5 ai 10 anni e 14,2% dagli 11 ai 17 anni. Le quote sono ancora più modeste se i bambini vivono in famiglie con risorse scarse o insufficienti (5,4% tra i 5-10 anni e 10,7% tra gli 11-17 anni). Tuttavia, è da sottolineare che l'indicatore esaminato non considera l'attività fisica svolta a scuola.

FIGURA 17. PERSONE DI 5 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO ATTIVITÀ FISICA RACCOMANDATA DALL'OMS PER CLASSE DI ETÀ E SESSO. Anno 2013, per 100 persone

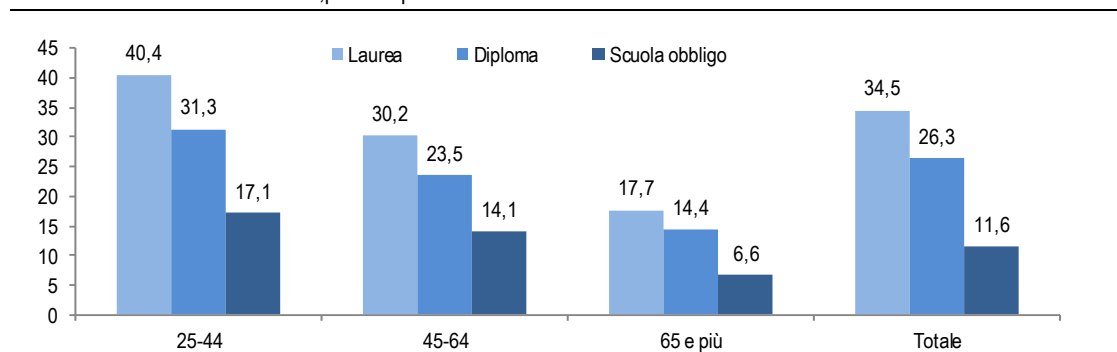


I livelli di pratica dell'attività fisica sono meno elevati tra le persone con risorse economiche scarse o insufficienti (15,2%), rispetto a chi dichiara risorse ottime o adeguate (24%). Analogamente per le persone con basso titolo di studio, solo l'11,6% pratica attività fisica contro il 34,5% dei laureati. Le differenze sociali più marcate si osservano tra gli anziani, tra i quali la quota di anziani laureati che praticano attività fisica secondo i livelli raccomandati è quasi tripla rispetto a quella di chi si è fermato alla scuola dell'obbligo (17,7% contro 6,6%) (Figura 18).

⁴ L'OMS ha pubblicato le raccomandazioni sui livelli di attività fisica protettivi per la salute Health Enhancing Physical Activity (HEPA) specifici per bambini, ragazzi, adulti e anziani, sulla base di evidenze scientifiche che hanno dimostrato gli effetti benefici sullo stato di salute prodotti da una attività fisica di moderata intensità, svolta con regolarità (WHO Global recommendations on Physical Activity for Health-2010).

⁵ Sarà oggetto di successivi approfondimenti lo studio dei livelli di attività fisica negli altri ambiti (lavorativo o domestico)

FIGURA 18. PERSONE DI 25 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO ATTIVITÀ FISICA RACCOMANDATA DALL'OMS PER TITOLO DI STUDIO. Anno 2013, per 100 persone



A livello territoriale è nel Sud (14,2%) e nelle Isole (15,6%) che si osservano i livelli più bassi di attività fisica salutare; in particolare tra le donne del Sud la quota scende al 9,9%.

Ricorso alle prestazioni sanitarie: visite mediche specialistiche, accertamenti, ricoveri ospedalieri e prestazioni di riabilitazione

Aumentano le prestazioni extra ospedaliere, diminuiscono i ricoveri

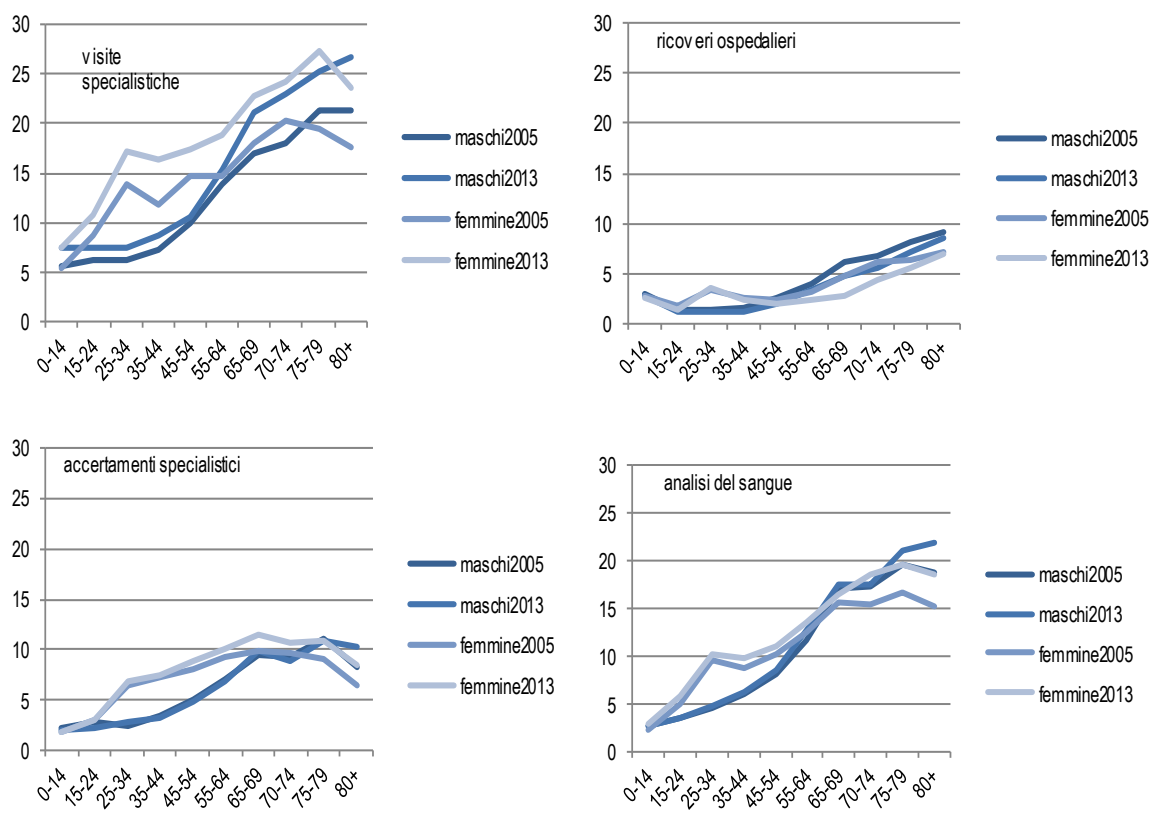
Nel 2013, nelle quattro settimane precedenti l'intervista, 8,9 milioni di persone si sono sottoposte a visite mediche specialistiche (escluse quelle odontoiatriche), 3,7 milioni ad accertamenti specialistici⁶ e 6,1 milioni ad analisi del sangue (escludendo i controlli effettuati durante eventuali ricoveri ospedalieri o in day hospital). Le persone ricoverate in ospedale nei tre mesi precedenti la rilevazione sono state circa 1,7 milioni.

Rispetto al 2005, è aumentata la quota di persone che sono ricorse a prestazioni sanitarie extra ospedaliere, mentre è diminuita la quota dei ricoverati (da 3,2% a 2,9%, tassi standardizzati). I tassi sono aumentati in particolare per le visite specialistiche (da 11,9% a 14,8%) e, in misura più contenuta, per le analisi del sangue (da 9,2% a 10,1%) e gli accertamenti specialistici (da 5,9% a 6,2%).

La crescita osservata per le persone che si sono sottoposte a visite specialistiche riguarda soprattutto gli uomini ultrasessantacinquenni e le donne a tutte le età, mentre il lieve aumento in corrispondenza di accertamenti specialistici ed analisi del sangue coinvolge in particolare gli uomini over80 e le donne ultrasessantacinquenni. Il ricorso all'ospedale è diminuito per entrambi i generi a partire dai 55 anni (Figura 19).

⁶ Gli accertamenti specialistici comprendono: radiografie, ecografie, risonanza magnetica, Tac, mammografia, eco-doppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, pap-test o altri accertamenti

FIGURA 19. PERSONE CHE HANNO EFFETTUATO VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI SPECIALISTICI E ANALISI DEL SANGUE NELLE 4 SETTIMANE PRECEDENTI L'INTERVISTA E PERSONE RICOVERATE NEI TRE MESI PRECEDENTI L'INTERVISTA PER SESSO E CLASSI DI ETÀ. Anni 2005 e 2013, per 100 persone



Si conferma il maggior ricorso delle donne alle prestazioni sanitarie extra-ospedaliere rispetto agli uomini, fatta eccezione per gli anziani di 80 anni e oltre. Per le prestazioni ospedaliere, escludendo le età riproduttive (25-44 anni), si ricoverano invece più uomini che donne rispetto ai residenti.

A livello territoriale, i tassi di ricovero ospedaliero sono sostanzialmente omogenei; la variabilità è più elevata per visite specialistiche ed accertamenti specialistici, con valori più elevati al Centro-Nord (in particolare in Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio) e più bassi nel Mezzogiorno, con l'eccezione della Sardegna.

In crescita il ricorso a visite specialistiche a carico del Servizio sanitario nazionale

Rispetto al 2005⁷, è aumentata la quota di coloro che hanno pagato il ticket per le visite specialistiche (da 17,5% a 22,3%), mentre risulta in calo la quota di chi ha pagato interamente, con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale (da 47,2% a 43,2%). Questa tendenza è differenziata nel territorio: nel Nord-ovest aumenta il ricorso a visite specialistiche a titolo gratuito, mentre nel Sud aumenta il ricorso con il pagamento del ticket; la diminuzione del ricorso con pagamento intero accomuna tutte le aree geografiche ma è di minore intensità nel Nord-est. Al Centro e al Sud la percentuale di visite a carico del cittadino è più elevata, in particolare nelle Marche è pari al 49,4% e in Puglia al 48,4%.

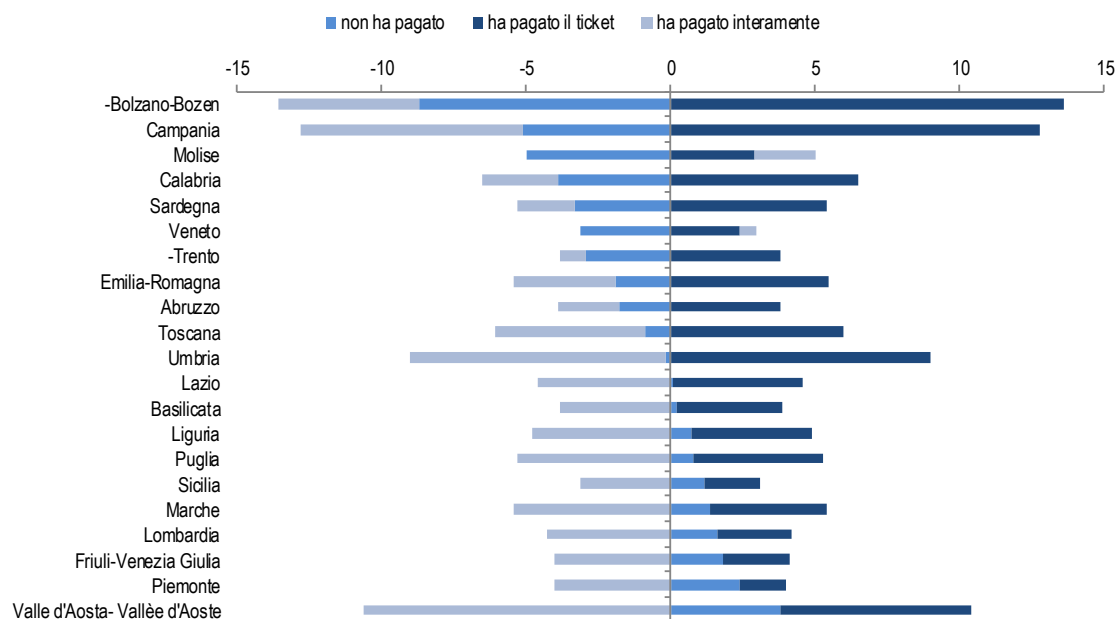
Il ricorso a visite specialistiche con pagamento del ticket è in sensibile aumento nella provincia autonoma di Bolzano e in Campania, a fronte di una diminuzione delle visite a pagamento intero o gratuite. Le visite specialistiche gratuite risultano in calo soprattutto nelle province di Bolzano e Trento, in Veneto e in alcune regioni del Mezzogiorno, mentre aumentano in Valle d'Aosta, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia e Lombardia.

⁷ Il dato relativo al 2013 non è perfettamente confrontabile con il 2005 in quanto l'approfondimento del pagamento dell'ultima visita specialistica non odontoiatrica è effettuato con riferimento agli ultimi dodici mesi, mentre nel 2005 era riferito alle ultime quattro settimane.

Per gli accertamenti specialistici aumenta, rispetto al 2005, la quota di persone che hanno pagato interamente, incluso un eventuale rimborso (da 20,5% a 25% nel 2013) e si riduce la quota di quelle che non hanno pagato (da 46% a 42,3%).

FIGURA 20. MODALITÀ DI SPESA PER ULTIMA VISITA SPECIALISTICA PER REGIONE.

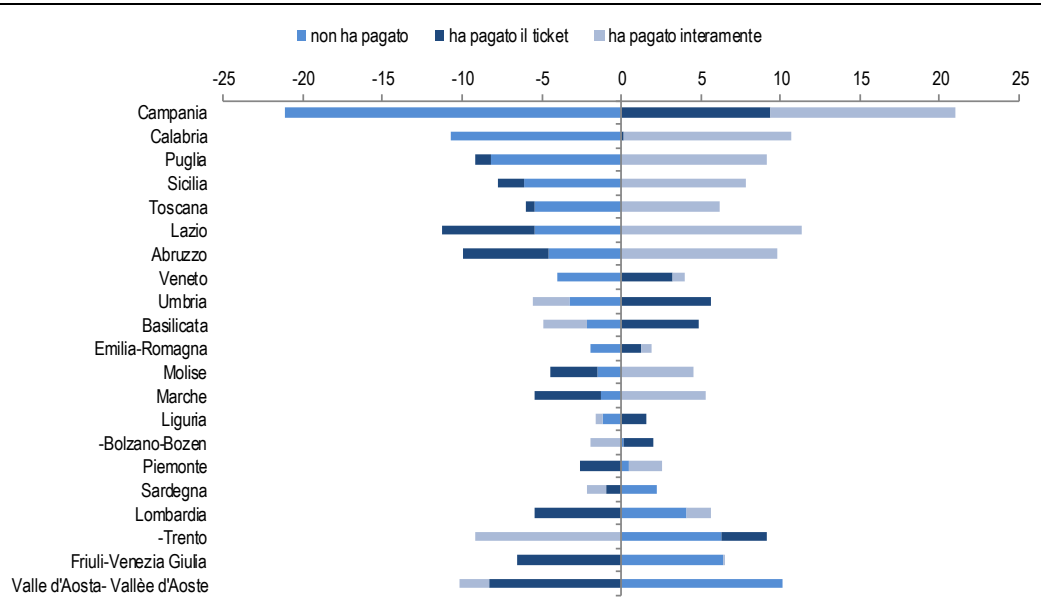
Differenza 2013-2005, tassi standardizzati per 100 persone



Sul territorio, l'aumento delle persone che si sono sottoposte ad accertamenti specialistici pagando di tasca propria riguarda in particolare il Centro (da 24,3% a 32,7%) e il Sud (da 19,8% a 29,7%), vale a dire le ripartizioni cui appartengono le regioni sottoposte ai piani di rientro in sanità; fa eccezione il Nord-est, dove tale percentuale è rimasta stabile e pari a circa il 20%.

Tra le regioni, la Campania è quella in cui è particolarmente evidente la diminuzione degli accertamenti specialistici effettuati gratuitamente e l'aumento di quelli effettuati a pagamento (con ticket o *out of pocket*). L'aumento delle persone che hanno pagato per intero riguarda anche le altre regioni del Centro-Sud, fatta eccezione per Umbria, Basilicata e Sardegna (Figura 21).

FIGURA 21. MODALITÀ DI SPESA PER ULTIMO ACCERTAMENTO SPECIALISTICO PER REGIONE. Differenza tra 2013 e 2005, tassi standardizzati per 100 persone



Due persone su tre pagano fino a 200 euro in un anno per le visite specialistiche

Nel 2013, sono il 14,7% le persone che si sono sottoposte a visite specialistiche (escluse quelle odontoiatriche) nelle quattro settimane precedenti l'intervista; la quota sale al 50,7% se si considerano i dodici mesi precedenti l'intervista. Di queste, circa due su tre hanno sostenuto spese per la prestazione sanitaria. Il valore mediano della spesa sostenuta da queste persone è pari a 120 euro.

Il 27,4% delle persone che hanno fatto ricorso a visite specialistiche nei dodici mesi precedenti l'intervista, pagando il ticket o di tasca propria, hanno sborsato meno di 80 euro, il 37,1% ha pagato tra 80 e 199 euro e il restante 35,5% ha corrisposto oltre 200 euro in un anno (Prospetto 11). La spesa è ovviamente proporzionale al numero di prestazioni effettuate, pertanto nella fascia di popolazione che ha speso oltre 200 euro ricadono quasi i due terzi (63,5%) di coloro che hanno effettuato tre o più visite specialistiche, ma meno di un quinto (19,5%) di coloro che ne hanno effettuate una o due.

PROSPETTO 11. CLASSI DI SPESA PER VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI A PAGAMENTO EFFETTUATI NEI DODICI MESI PRECEDENTI L'INTERVISTA PER RISORSE ECONOMICHE DELLA FAMIGLIA, AREA GEOGRAFICA E NUMERO DI PRESTAZIONI EFFETTUATE. Anno 2013, tassi standardizzati per 100 persone

RISORSE ECONOMICHE E AREA GEOGRAFICA	NUMERO DI PRESTAZIONI	VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE			ACCERTAMENTI SPECIALISTICI			ANALISI DEL SANGUE		
		<80 euro	80-199 euro	>=200 euro	<50 euro	50-119 euro	>=120 euro	<40 euro	40-79 euro	>=80 euro
Buone	1-2	35,2	44,3	20,5	35,7	44,5	19,8	27,9	44,2	27,9
	3+	9,9	25,1	65,0	8,0	27,2	64,9	9,8	18,5	71,7
	Totale	26,2	37,4	36,4	28,6	40,1	31,3	25,2	40,3	34,5
Scarse	1-2	41,0	41,6	17,4	38,6	43,9	17,5	31,3	42,6	26,1
	3+	11,5	27,9	60,7	8,7	27,4	63,9	12,9	19,6	67,5
	Totale	29,8	36,4	33,8	30,9	39,6	29,5	28,1	38,7	33,2
Nord-Ovest	1-2	35,7	43,5	20,8	34,8	46,8	18,4	27,8	46,5	25,6
	3+	9,3	25,7	65,0	5,9	26,6	67,5	10,7	16,3	73,0
	Totale	26,2	37,1	36,6	27,4	41,7	30,9	25,3	42,1	32,6
Nord-Est	1-2	39,9	44,0	16,2	47,1	38,1	14,8	31,0	46,2	22,8
	3+	11,7	29,1	59,2	10,4	29,9	59,7	11,0	20,6	68,4
	Totale	30	38,8	31,2	38	36,1	26	28,2	42,6	29,2
Centro	1-2	35,6	43,9	20,6	31,9	45,1	23,1	25,4	39,9	34,6
	3+	9,7	23,3	66,9	7,1	25,7	67,2	7,6	20,4	72,0
	Totale	26	36,2	37,8	25,3	39,9	34,8	22,8	37,1	40,1
Sud	1-2	36,6	43,2	20,2	34,9	46,8	18,3	32,1	40,7	27,2
	3+	11,4	25,3	63,3	11,0	28,8	60,3	14,0	18,4	67,6
	Totale	27,3	36,6	36,1	29	42,3	28,7	28,9	36,7	34,4
Isole	1-2	39,5	41,1	19,5	32,4	44,2	23,5	28,8	46,1	25,1
	3+	10,7	28,6	60,7	6,9	23,8	69,3	9,9	20,2	69,8
	Totale	28,3	36,2	35,5	25,3	38,5	36,2	25	40,9	34
TOTALE	1-2	37,1	43,4	19,5	36,6	44,3	19,1	29,0	43,7	27,3
	3+	10,5	26,1	63,5	8,2	27,2	64,5	10,9	18,9	70,2
	Totale	27,4	37,1	35,5	29,3	39,9	30,7	26,2	39,8	34,1

La variabilità è piuttosto contenuta a livello territoriale; la percentuale di coloro che spendono più di 200 euro annui è più elevata al Centro (37,8%), in particolare nel Lazio (41,1%), nelle regioni del Nord-ovest (compresa tra 36 e 37%) e al Sud (36,1%), limitatamente alla Calabria (39,3%) e alla Sicilia (38,0%).

Nel 2013, il 36,5% delle persone si è sottoposto ad almeno un accertamento specialistico e il 49,2% ad almeno un'analisi del sangue (nelle quattro settimane precedenti l'intervista i tassi sono rispettivamente 6,1% e 10%). Di questi, rispettivamente il 58,3% e il 52,2% hanno pagato le prestazioni per intero o il ticket. Il valore mediano della spesa sostenuta da queste persone è pari a 72 euro per gli accertamenti e a 60 euro per le analisi.

Il 29,3% delle persone che hanno fatto ricorso ad accertamenti specialistici a pagamento hanno speso meno di 50 euro nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 39,9% ha pagato tra 50 e 119 euro e

il 30,7% ha speso oltre 120 euro in un anno. Per le analisi del sangue hanno pagato meno di 40 euro il 26,2% delle persone che vi hanno fatto ricorso nell'anno, tra 40 e 79 euro il 39,8% e oltre 80 euro il 34,1%. Le percentuali di coloro che hanno pagato di più raddoppiano per quanti hanno fruito di almeno tre prestazioni.

La percentuale di coloro che si collocano nella classe di spesa più alta si concentra maggiormente al Centro (34,8% per gli accertamenti e 40,1% per le analisi), in particolare in corrispondenza del Lazio (41,0% per gli accertamenti e 50,4% per le analisi). Nelle restanti aree geografiche emerge il valore della Sicilia, pari a 39,4% per gli accertamenti, e quello della Basilicata, pari al 39,8% per le analisi.

La percentuale di persone che ha pagato di meno le prestazioni sanitarie è più elevata in corrispondenza di una valutazione negativa delle risorse economiche familiari. Questo è evidente in particolare per le visite specialistiche: hanno pagato meno di 80 euro il 29,8% delle persone meno abbienti, rispetto al 26,2% di quelle più abbienti.

Nel 2013, ha pagato l'ultimo ricovero interamente o con rimborso (parziale o totale) di una assicurazione il 3,2% delle persone che hanno avuto almeno un ricovero nei dodici mesi precedenti l'intervista. La percentuale è diminuita in maniera significativa rispetto al 2005, soprattutto fra le persone che valutano le risorse economiche familiari scarse o insufficienti (da 3,2% a 2,1%). I ricoveri a pagamento sono più frequenti al Nord-ovest (il quoziente standardizzato è pari al 3,4% nel 2013) e meno frequenti al Sud (2,9%).

Il 58,1% delle persone che pagano il ricovero spende meno di 1.000 euro. Circa un quinto (22,3%) ha dichiarato di aver speso tra 1.000 e 3.899 euro e il 19,6% ha speso oltre 3.900 euro. La percentuale di coloro che hanno speso più di 3.900 euro sale al 22,8% tra gli ultrasessantacinquenni, al 26,8% nel Nord-ovest e al 33,1% nel Centro. Nella classe di spesa superiore ai 3.900 euro si colloca il 14,9% delle persone che giudicano le risorse familiari scarse o insufficienti e il 21,6% di coloro che le giudicano ottime o adeguate.

Stabile la quota di prestazioni extra ospedaliere degli anziani con problemi di salute

Le persone che presentano patologie croniche gravi, con morbosità o limitazioni funzionali o in condizioni di invalidità, assorbono, come prevedibile, una quota rilevante di servizi sanitari. È stato dimostrato che anche la sola cattiva percezione dello stato di salute comporta un maggior consumo di prestazioni sanitarie.

Considerato il totale delle visite specialistiche (escluse le visite odontoiatriche), pari a circa 14,2 milioni nelle quattro settimane precedenti l'intervista, chi ha dichiarato almeno uno dei problemi di salute suindicati assorbe il 52,1% del volume complessivo (48,8% nel 2005). Tale quota passa dal 13,9% per le persone con limitazioni funzionali al 22,7% per quanti dichiarano di stare male o molto male, al 33,9% per chi dichiara di soffrire di almeno tre patologie croniche, al 35,2% di chi invece dichiara almeno una patologia tra quelle classificate come "gravi".

Nella popolazione anziana ultrasessantacinquenne la percentuale di consumo di prestazioni sanitarie (visite specialistiche, accertamenti specialistici e analisi del sangue) raggiunge circa l'80% tra chi presenta almeno un problema di salute. Nonostante il crescente peso relativo della popolazione anziana, la quota di prestazioni sanitarie assorbite da anziani con problemi di salute resta stabile rispetto al 2005.

Nel 2013, nelle quattro settimane precedenti l'intervista sono state effettuate dallo specialista 52,5 visite ogni 100 persone con problemi di salute, contro 23,5 del totale popolazione; il tasso sale a 56,3 ogni 100 in presenza di almeno una malattia cronica grave, a 57,5 per i multicronici e supera le 80 visite ogni 100 persone che dichiarano di stare male o molto male (Prospetto 12).

Il numero di accertamenti specialistici per 100 persone, stabile rispetto al 2005 e pari a 8,3 nella popolazione complessiva, sale a 19,8 se sono in condizione di multicronicità o se riferiscono almeno una malattia cronica grave e raggiunge il valore di 27,7 tra quanti hanno una cattiva percezione del proprio stato di salute.

Anche per i ricoveri ospedalieri si riscontrano analoghe differenze secondo lo stato di salute. In ogni caso si riduce il ricorso all'ospedale rispetto al 2005, in presenza o meno di problemi di salute cronici.

PROSPETTO 12. VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI SPECIALISTICI E ANALISI DEL SANGUE EFFETTUATI NELLE QUATTRO SETTIMANE PRECEDENTI L'INTERVISTA, RICOVERI OSPEDALIERI NEI TRE MESI PRECEDENTI L'INTERVISTA PER PRESENZA DI PROBLEMI DI SALUTE E CLASSE DI ETÀ. Anni 2005 e 2013, per 100 persone

PRESENZA DI PROBLEMI DI SALUTE	CLASSI DI ETÀ	VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE		ACCERTAMENTI SPECIALISTICI		ANALISI DEL SANGUE		RICOVERI OSPEDALIERI	
		2005	2013	2005	2013	2005	2013	2005	2013
Problema di salute (a)	0-44	40,4	51,7	15,9	14,5	20,5	20,6	7,2	6,7
	45-64	42,9	50,0	21,7	19,6	28,0	25,8	8,1	6,5
	65+	42,5	54,0	17,2	17,9	28,3	31,2	11,3	9,2
	Totale	42,3	52,5	18,4	17,9	27,0	28,1	9,7	8,0
Cronici gravi	0-44	35,5	50,9	19,5	15,9	26,0	22,1	8,5	7,1
	45-64	45,3	53,9	23,6	22,3	32,5	30,4	9,6	8,2
	65+	46,3	58,1	18,9	19,2	32,6	35,2	13,2	10,9
	Totale	44,9	56,3	20,3	19,8	31,9	32,6	11,7	9,8
Multicronici	0-44	48,6	52,0	19,5	17,8	20,2	23,5	4,1	5,4
	45-64	51,4	53,8	25,1	21,2	30,2	26,8	8,8	6,0
	65+	48,1	59,8	18,9	19,4	32,0	33,7	12,4	9,5
	Totale	49,2	57,5	20,8	19,8	30,5	30,9	10,6	8,2
Male/Molto male	0-44	85,9	89,6	31,9	22,8	42,9	35,3	20,4	15,3
	45-64	76,2	90,8	37,7	34,2	50,8	43,7	17,4	16,1
	65+	61,9	77,6	23,5	26,0	39,3	45,0	19,0	16,6
	Totale	67,6	82,1	27,7	27,7	42,4	43,7	18,7	16,3
TOTALE	0-44	12,4	15,5	5,1	4,9	6,5	6,9	2,5	2,2
	45-64	20,7	24,5	10,6	10,3	13,2	13,6	3,4	2,5
	65+	31,7	41,5	12,9	14,0	21,4	24,3	8,1	6,5
	Totale	18,2	23,5	8,0	8,3	11,0	12,4	3,8	3,2

(a) Cronici gravi o multicronici o stanno male/molto male o con limitazioni funzionali o con invalidità

Aumenta il ricorso a servizi di riabilitazione

Circa 2 milioni e mezzo di persone, pari al 4,1% della popolazione, hanno fatto ricorso a servizi sanitari di riabilitazione nei tre mesi precedenti la rilevazione (+13,9% rispetto al 2005).

Il ricorso cresce all'aumentare dell'età, con differenze di genere soprattutto a partire dai 45 anni.

Sono soprattutto le persone con limitazioni funzionali a fruire di prestazioni di riabilitazione (14,3%), mentre la percentuale è pari al 7,9% in presenza di una cronicità grave, al 9,5% per chi dichiara almeno tre malattie croniche e al 13,7% per chi afferma di stare male o molto male.

Le prestazioni riabilitative sono più diffuse nel Nord Est (5,5%, tassi standardizzati), in particolare in Emilia Romagna (5,2%) e Veneto (5,1%), e meno nel Sud (3,0%), con un minimo del 2,7% in Campania.

Rispetto al 2005, si è ridotta la quota di coloro che hanno usufruito di prestazioni di riabilitazione a titolo gratuito o pagando il ticket, mentre è aumentata, dal 43,1% al 54,3%, la percentuale di persone che hanno pagato interamente. Tale percentuale è più elevata nel Nord-Est (61,4%), in particolare in Emilia Romagna (71,0%), e al Centro (58,4%), soprattutto in Umbria, dove il 66,7% ha pagato interamente le prestazioni di riabilitazione.

Il 30,2% delle persone che hanno effettuato prestazioni di riabilitazione a pagamento ha sborsato meno di 130 euro nei dodici mesi, il 39,6% ha pagato tra 130 e 359 euro e il restante 30,2% ha corrisposto oltre 360 euro in un anno. La mediana è pari a 220 euro. La percentuale di coloro che spendono più di 360 euro annui è più elevata al Centro (35,6%), in particolare nel Lazio (39%) e in Toscana (35,2%). Nel Mezzogiorno, la quota è superiore al 33% in Calabria e Sicilia.

Spendono di più per prestazioni di riabilitazione le donne ultrasessantacinquenni (33,2%) e gli uomini under45 (34,4%), cioè nelle classi di età in cui sono più frequenti i traumatismi.

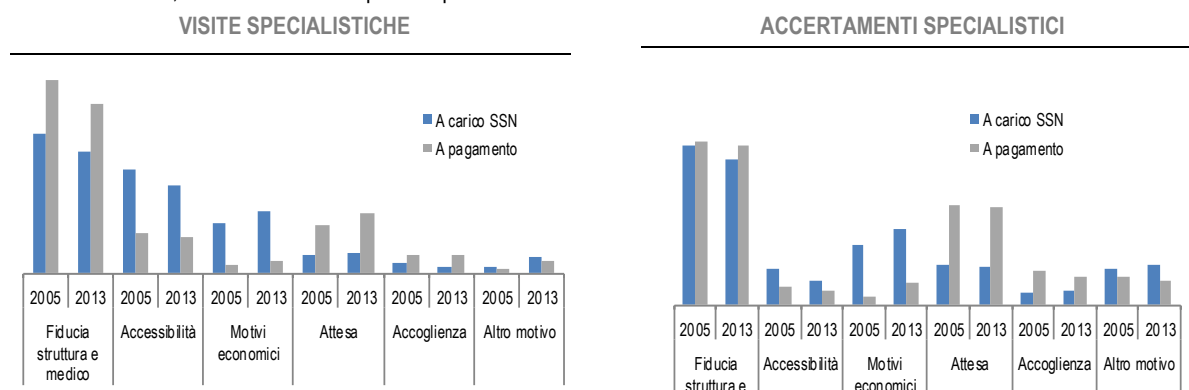
E' molto elevata la soddisfazione per le prestazioni sanitarie tra chi ne fruisce

Nell'ambito delle prestazioni sanitarie, il principale criterio per la scelta è la fiducia verso il medico o verso la struttura cui ci si rivolge, sia se a totale carico del cittadino, sia se a carico del SSN.

Indica questo motivo la maggioranza delle persone che si sono sottoposte ad una visita medica specialistica (escluse le visite odontoiatriche) (54,6%). Per una persona su quattro (25%) la scelta è stata condizionata da problemi di accessibilità, il 15,7% da motivi economici, il 14,2% ha scelto la struttura per evitare l'attesa, il 4,5% per la migliore accoglienza della struttura e il 5,3% per altro motivo.

La maggioranza delle persone che ricorrono a visite specialistiche a proprie spese lo fa soprattutto perché preferisce scegliere il medico o la struttura in cui ripone fiducia (65,%) , con un netto calo rispetto al 2005 di circa 10 punti percentuali. Nel 23,2% dei casi si sceglie il privato per evitare l'attesa; nel 13,8% per problemi di accessibilità alla struttura (per carenza di strutture nella zona di residenza), nel 7,2% si indica la migliore accoglienza della struttura privata o maggiore flessibilità degli orari e il 4,7% sceglie la struttura privata per pagare di meno, evidentemente nei casi di maggiore competitività in termini di spesa rispetto a prestazioni erogate nel pubblico (Figura 22).

FIGURA 22. PERSONE CHE HANNO EFFETTUATO VISITE SPECIALISTICHE (ESCLUSE ODONTOIATRICHE) E ACCERTAMENTI SPECIALISTICI PER MOTIVO DELLA SCELTA DELLA STRUTTURA E MODALITA' DI SPESA. Anni 2005 e 2013, tassi standardizzati per 100 persone



Anche tra chi si rivolge al pubblico (incluso il privato accreditato), la fiducia nel medico o nella struttura rimane il principale motivo della scelta, con una quota pari al 46,6% (53,3% nel 2005). Nel 33,6% dei casi si indica come motivo la migliore accessibilità del servizio pubblico (39,5% nel 2005), evidentemente per la più capillare presenza di strutture ambulatoriali sul territorio. Aumenta la quota di quanti indicano i motivi economici: uno su quattro sceglie prestazioni a carico del SSN per non pagare o per spendere di meno (19,1% nel 2005). Stabile al 7% chi comunque sceglie il pubblico, ma avrebbe preferito un'altra struttura del SSN, dove però avrebbe dovuto aspettare.

Per la scelta della struttura, in caso di accertamenti specialistici, resta prioritaria la fiducia nella struttura stessa, ma con differenze più ridotte tra chi sceglie il pubblico rispetto al privato. Un terzo delle persone che ha fatto accertamenti specialistici nelle quattro settimane precedenti l'intervista preferisce ricorrere al privato per evitare tempi di attesa, senza differenze rispetto al 2005, mentre una persona su quattro sceglie il pubblico per non pagare l'accertamento specialistico o pagarlo di meno. Una quota del 7,5% dichiara di rivolgersi al privato perché paga di meno rispetto al pubblico (2,5% nel 2005).

Per i ricoveri, il criterio di scelta prevalente è la fiducia riposta nella struttura sia nel pubblico che nel privato. Nella scelta della struttura pubblica raddoppia la quota di chi lo fa per motivi economici (dal 7,6% al 14,7%).

Una quota di popolazione, pari all'8,8%, nell'anno precedente l'intervista ha rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria, tra visite specialistiche, accertamenti o interventi chirurgici in regime ordinario o in day hospital, pur ritenendo di averne bisogno. Questo non va inteso come una rinuncia generale a curarsi, ma è un segnale di vulnerabilità nell'accesso alle cure che riguarda i meno abbienti, infatti il 4,9% rinuncia soprattutto per motivi economici.

Tra i motivi della rinuncia, la quota di persone che dichiara troppo lunga l'attesa per le visite specialistiche (escludendo quelle odontoiatriche) si attesta al 2,3%, più elevata al Centro (3,3%) e nelle Isole (3,0%).

La quota di persone che hanno aspettato per accedere ad una visita specialistica è pari al 18,6% per chi ha scelto il privato e al 41,9% per chi ha optato per la struttura pubblica (il 41,9%). Il numero medio di giorni è di 33,6 nel primo caso e di 57,7 nel secondo. Se si include al denominatore anche chi non ha aspettato, cioè giorni di attesa pari a 0, si passa a 5,2 giorni in media nel privato e a 17,7 nel pubblico.

Per gli accertamenti, il 20,6% delle persone non ha dovuto attendere in quanto la data dell'accertamento era stata programmata in precedenza, il 56,8% ha dichiarato di non aver atteso e il 22,6% ha sopportato un'attesa. In questo caso le distanze fra privato e pubblico si riducono: 36,5 e 46,7 giorni in media per chi aspetta nel privato o nel pubblico; 6,3 e 15,1 giorni di attesa includendo anche chi accede senza aspettare. La rinuncia ad accertamenti specialistici nell'anno precedente l'intervista è pari al 4,7% e l'1,5% rinuncia perché deve aspettare.

I livelli di soddisfazione sono elevati sia per le prestazioni erogate dal privato sia per quelle effettuate presso una struttura pubblica o convenzionata: oltre una persona su quattro indica il punteggio massimo (10). Il punteggio medio tra le regioni è pari a 8,2; a Trento e Bolzano è pari a 8,6; in Lombardia ed Emilia-Romagna è 8,4; in Basilicata scende a 7,8 e si attesta a 7,9 in Campania, Sicilia e Calabria. Per gli accertamenti specialistici il punteggio medio è 8,2, ma quello più basso si rileva in Campania (7,8) dove si osserva anche la quota più bassa di persone che assegnano il massimo del punteggio (16,4% contro 34,9% di Trento). Per i ricoveri il punteggio medio è 8,1 e varia da un massimo di 8,6 a Trento a un minimo di 7,5 in Basilicata. Il punteggio medio è leggermente più basso quando la prestazione è erogata dal Servizio sanitario pubblico: per le visite specialistiche il voto medio è pari a 7,9, per gli esami specialistici è 8,1.

Cure odontoiatriche e prevenzione orale

Diminuiscono le visite odontoiatriche, ma anche le persone mai state dal dentista

Per le prestazioni odontoiatriche, nelle quattro settimane precedenti la rilevazione si registra una riduzione del 30% rispetto al 2005.

Complessivamente nell'anno la quota di persone di 3 anni e più che hanno fatto ricorso al dentista o all'ortodontista è pari al 38%, in calo rispetto al 2005 (39,7%).

Per tutte le tipologie di trattamenti odontoiatrici, riferiti all'anno precedente l'intervista, si evidenzia una flessione nel ricorso: diminuisce la quota di persone che si recano per una visita di controllo o per igiene orale (dal 75,8% al 64,9%), quella di quanti si recano per fare estrazioni (dal 19,9% al 12,9%) o otturazioni (dal 43,5% al 25,5%). Aumenta invece la percentuale di chi si rivolge al dentista per protesi o ponti o impianti (dal 12,3% al 16,5%). Ciò riflette anche l'evoluzione dei trattamenti dentistici: infatti risulta in crescita (dall'1,1% al 6%) anche la quota di chi fa altri tipi di trattamenti, tra i quali potrebbero essere inclusi quelli più legati all'odontoiatria estetica (es. sbiancamenti, ecc.). Le flessioni più consistenti si registrano nelle regioni del Sud, in particolare in Basilicata e Calabria.

Sono 4,9 milioni, pari all'8,2% delle persone di 3 anni e più, le persone che dichiarano di non essere mai state dal dentista, in diminuzione rispetto al 2005 (11,2%). Le regioni del Mezzogiorno con prevalenze superiori al 18% nel 2005, quali Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia, fanno registrare sensibili riduzioni della quota di quanti non sono mai andati dal dentista (circa -60%), anche se a tutt'oggi restano le uniche regioni con prevalenze a due cifre comprese tra il 10,4% della Basilicata e il 14,3% della Sicilia, considerando i tassi standardizzati. La quota di chi non è mai stato dal dentista nel Mezzogiorno è doppia rispetto al Nord e al Centro. Nel 2013 è ancora alta la quota di bambini (fino ai 14 anni) mai stati dal dentista (33,3%), in calo rispetto al 2005 (39,4%).

Le Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva⁸, evidenziano che per il trattamento di soggetti a rischio di carie, la frequenza minima delle visite di controllo preventivo è almeno annuale. Dai dati rilevati si evince che, nel 2013, solo il 39% delle persone in età pediatrica si è sottoposto ad una visita odontoiatrica o ortodontica (40,9% nel 2005), il 22,2% lo ha fatto in un arco temporale più ampio (oltre un anno e entro i tre anni precedenti l'intervista), il 5,1% oltre i tre anni.

Rispetto alla prevenzione dentale primaria, quali la frequenza dell'uso dello spazzolino, il 73,7% dei bambini si lava i denti almeno due volte il giorno, il 23,5% lo fa solo una volta il giorno, il 2,4% non lo fa nemmeno con frequenza giornaliera e una quota dello 0,8% non li lava mai. Le differenze di status, come nell'accesso alle cure odontoiatriche, determinano comportamenti meno appropriati

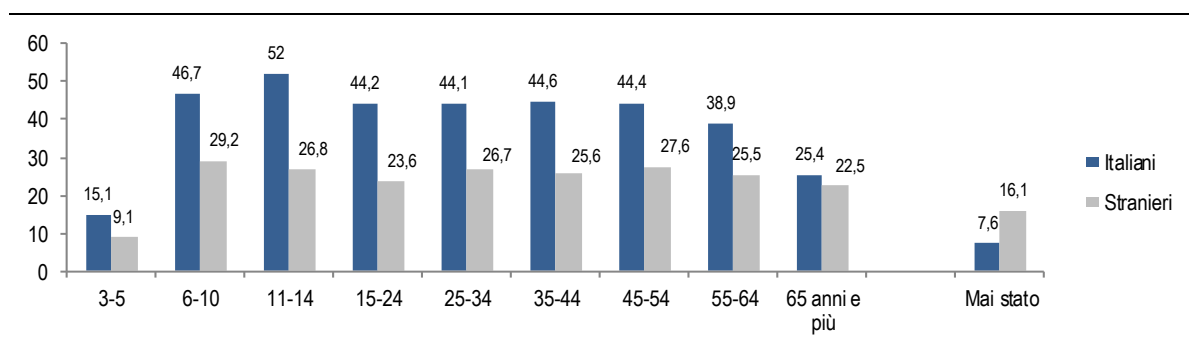
⁸ Le Linee Guida Nazionali sono state diffuse dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali nell'ottobre 2008 e revisionate lo scorso novembre 2013,

nella prevenzione dell'igiene orale: i bambini che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti nel 70,1% dei casi lavano i denti più di una volta al giorno, quota che sale al 75,4% tra quelli in famiglie che dichiarano risorse economiche ottime o adeguate. Le disuguaglianze sono più evidenti nel Centro (rispettivamente 68,9% contro 76,2%), nel Nord-est (66,9% contro 73%) e nel Mezzogiorno (67,9% contro 73,9%).

Inoltre emergono disuguaglianze marcate nella frequenza dell'accesso da parte dei cittadini stranieri, anche quando si tratta di bambini. Le prevalenze sono doppie tra gli italiani (Figura 23).

Nell'ambito delle visite specialistiche, le cure odontoiatriche sono a carico del cittadino nell'85,7% dei casi, in lieve riduzione rispetto al 2005 (87,4%). Ma anche per l'odontoiatria nell'età evolutiva nell'82,3% dei casi si ricorre al privato, nonostante i programmi di prevenzione orale promossi per i minori.

FIGURA 23. PERSONE DI TRE ANNI E PIÙ CHE HANNO ESEGUITO UNA VISITA ODONTOIATRICA O ORTODONTICA NELL'ULTIMO ANNO PER CITTADINANZA E CLASSE DIETÀ. Anno 2013, per 100 persone



Consumo di farmaci e terapie non convenzionali

Una persona su tre fa uso di medicine quotidianamente

Il 48,6% ha assunto farmaci nelle due settimane precedenti l'intervista. Già a partire dall'età infantile un bambino su cinque prende farmaci, con prevalenze che crescono con l'età fino a raggiungere intorno agli 80 anni quote rilevanti pari a oltre il 90% della popolazione. Le differenze di genere iniziano dopo i 14 anni e si attenuano quasi del tutto nell'età anziana.

L'88,1% ha assunto farmaci su prescrizione del medico, il 14,6% di propria iniziativa, l'1,1% su indicazione di un'altra persona. Le persone anziane riferiscono più frequentemente di aver assunto farmaci su prescrizione del medico (sale a oltre il 90% dai 55 anni e più), mentre la quota di chi assume farmaci di propria iniziativa è massima tra le persone di 15-24 anni (39,9%).

Complessivamente, su 100 persone che hanno preso farmaci nelle 2 settimane precedenti l'intervista, il 41,7% ha limitazioni funzionali, è malato cronico o riferisce cattive condizioni di salute; la quota sale al 68,3% se si considera la sola popolazione di ultrasessantatreenne.

Quasi un terzo della popolazione (31,1%) deve fare uso regolarmente, per tutto l'anno, di farmaci prescritti da un medico (contraccettivi esclusi) con percentuali più elevate per le donne (32,5%) rispetto agli uomini (29,5%). Il consumo quotidiano dei farmaci aumenta fortemente con l'età, dal minimo di 6,9% tra i bambini fino a 14 anni al massimo di 30,4% tra gli ultraottantenni.

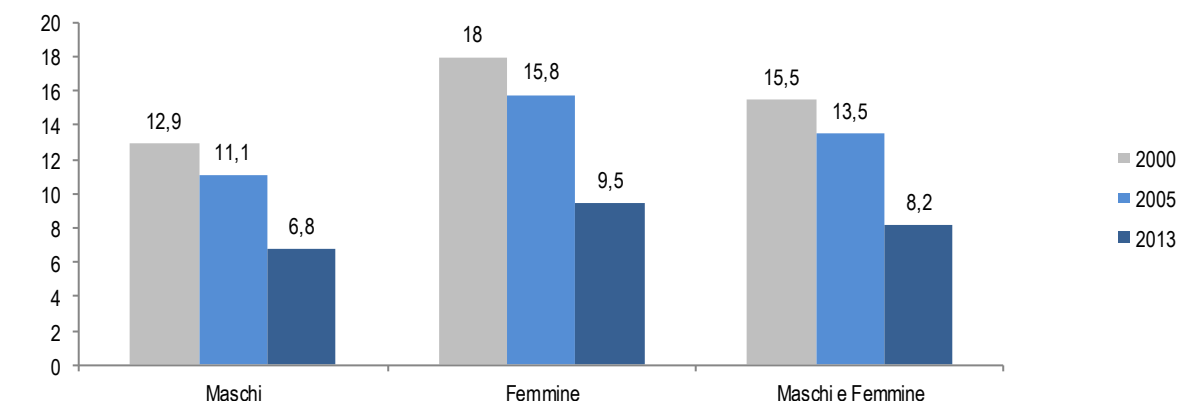
Dal punto di vista territoriale, la percentuale di consumatori giornalieri è più alta nel Nord-est (32,8%, tassi standardizzati) rispetto al Sud (30%). Le regioni con il tasso standardizzato più alto di assunzione giornaliera dei farmaci sono Emilia-Romagna, Umbria e Sardegna (dal 32,8% al 33,9%), quelle con il tasso standardizzato più basso sono il Molise, la provincia di Bolzano e l'Abruzzo (tutte sotto il 27%).

Tra coloro che prendono farmaci quotidianamente, l'88,2% li assume su prescrizione di un medico e il 14,1% di propria iniziativa. Il 77,1% delle persone di 65 anni o più assume farmaci tutti i giorni (71,7% nel 2005). Rimane stabile, al 56,3%, la quota di persone con un consumo giornaliero di farmaci tra quanti hanno almeno un problema di salute, vale a dire che riferiscono la presenza di limitazioni funzionali, di malattie croniche gravi, di tre o più malattie croniche o dichiarano cattive condizioni di salute.

In netto calo le terapie non convenzionali

La diffusione delle terapie non convenzionali è pari all'8,2% nella popolazione, in netta flessione rispetto al 2005, e ancor più rispetto al 2000. Nel 2013, sono circa 4,9 milioni le persone che hanno scelto, nei tre anni precedenti l'intervista, di ricorrere ad almeno un rimedio o terapia di tipo non tradizionale (quasi 8 milioni nel 2005, pari al 13,7%). Tra le varie terapie non convenzionali la più diffusa resta l'omeopatia (4,1%), seguita dai trattamenti manuali⁹ (3,6%), dalla fitoterapia e dall'agopuntura (utilizzati rispettivamente dall'1,9% e dall'1% della popolazione) e, infine, da altri tipi di terapie non convenzionali (0,2%). Restano marcate le differenze di genere: tra le donne il 9,6% ne ha utilizzato almeno uno nei tre anni, mentre tra gli uomini la percentuale scende al 6,8% (Figura 24).

FIGURA 24. PERSONE CHE NEI TRE ANNI PRECEDENTI L'INTERVISTA HANNO FATTO USO DI TERAPIE NON CONVENZIONALI. Anni 2000, 2005 e 2013, tassi standardizzati per 100 persone



Il ricorso a trattamenti omeopatici si dimezza tra le donne adulte di 25-54 anni (6,9%) e diminuisce anche tra i bambini: nel 2005 circa l'8,2% della popolazione fino a 14 anni era curato con rimedi omeopatici, nel 2013 la quota scende al 6,1%.

I rimedi omeopatici sono molto più diffusi nel Nord-est (7,1%) e in particolare nella provincia di Bolzano, dove vi ricorre il 17% della popolazione, mentre nelle regioni del Mezzogiorno la quota di persone è circa la metà della media nazionale. In Puglia, Basilicata e Calabria non raggiunge neppure l'1% della popolazione. Per tutti gli altri rimedi non convenzionali si riproduce la stessa geografia, con un netto confine posizionato dopo la regione Lazio, e le prevalenze delle regioni del Mezzogiorno tutte al di sotto della media nazionale.

Permane, per le persone di status socio-economico più elevato, la maggiore propensione al ricorso a terapie non convenzionali: 6,5% per chi dichiara risorse scarse o insufficienti contro 9,3% per chi dichiara risorse ottime o adeguate.

Tra quanti hanno fatto ricorso ai diversi tipi di terapie nell'anno precedente l'intervista, si dicono convinti a utilizzarli ancora perché hanno ricevuto benefici il 55,4% per l'omeopatia, il 58% per i prodotti fitoterapici, il 76,7% per chi ha fatto ricorso all'agopuntura e l'83,4% per chi si è sottoposto a trattamenti manuali. Oltre il 41% continua a fare uso di trattamenti omeopatici perché preferisce i rimedi naturali, con quote leggermente più basse (37,9%) per il ricorso alla fitoterapia.

⁹Per trattamenti manuali si intendono quei trattamenti di manipolazione dell'apparato osteo-articolare (ad esempio osteopatia e chiropratica)