

Anno 2015

ANZIANI: LE CONDIZIONI DI SALUTE IN ITALIA E NELL'UNIONE EUROPEA

■ In Italia, la speranza di vita a 65 anni (18,9 anni per gli uomini e 22,2 per le donne nel 2015) è più elevata di un anno per entrambi i generi rispetto alla media Ue, ma dopo i 75 anni gli anziani in Italia vivono in condizioni di salute peggiori.

■ Per le patologie croniche, nel confronto con i dati europei, emergono in generale migliori condizioni degli italiani tra i meno anziani (65-74 anni), con prevalenze più basse per quasi tutte le patologie e, all'opposto, condizioni peggiori oltre i 75 anni. Circa un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multicronico, con quote tra gli ultraottantenni rispettivamente di 59,0% e 64,0%.

■ Il 37,7% degli anziani riferisce di aver provato dolore fisico, da moderato a molto forte, nelle quattro settimane precedenti l'intervista, valore inferiore alla media Ue e simile a quanto rilevato per la Spagna.

■ Il 23,1% degli anziani ha gravi limitazioni motorie, con uno svantaggio di soli 2 punti percentuali sulla media Ue, principalmente dovuto alla maggiore quota di donne molto anziane in Italia.

■ Le donne riportano meno frequentemente malattie croniche gravi ma più multicronicità e limitazioni motorie o sensoriali. Lamentano più degli uomini dolore fisico da moderato a molto forte (45,4% contro 27,6%). Tra le ultraottantenni la percentuale arriva al 58,6% a fronte del 39,2% degli uomini.

■ In Italia la grave riduzione di autonomia personale riguarda oltre un anziano su dieci. Il fenomeno è in linea con la media dei paesi Ue per i 65-74enni, superiore tra gli over75, in particolare per le donne.

■ L'11,2% degli anziani riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona, come fare il bagno o la doccia (10,3%), sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia (7,3%), vestirsi e spogliarsi (7,3%). Il 30,3% incontra gravi difficoltà nello svolgere le quotidiane attività di tipo domestico, come preparare i pasti, fare la spesa, prendere le medicine fare lavori di casa, gestire, ecc.

■ Si confermano le disuguaglianze sociali nelle condizioni di salute. Il 55,7% degli anziani del primo quinto di reddito sono multicronici contro il 40,6% dell'ultimo quinto. Analogamente accade per chi soffre di almeno una malattia cronica grave (46,4% contro

39,0%), una grave riduzione di autonomia nelle attività di cura della persona (13,2% contro 8,8%) e in quelle quotidiane di tipo domestico (35,7% contro 22,0%) o per chi ha gravi limitazioni motorie.

■ Nel Mezzogiorno si stima una prevalenza, anche a parità di età, della multicronicità (56,4% contro 42,7% del Nord) e una presenza di anziani con almeno una malattia cronica grave (49,4% contro 39,4%), oltre che con gravi limitazioni motorie (27,7% contro 17,0%) o sensoriali (16,5% contro 12,8%).

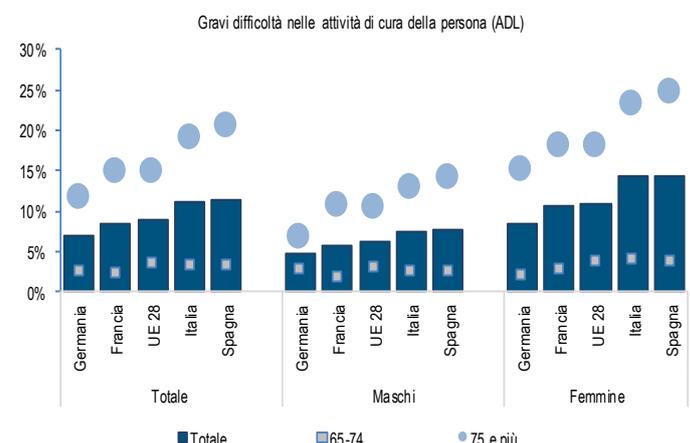
■ Tra gli anziani con grave riduzione di autonomia nelle attività di cura della persona il 58,1% dichiara di aver bisogno di aiuto o di averne in misura insufficiente. La quota di aiuto non soddisfatto appare superiore al Sud (67,5%) e tra gli anziani meno abbienti (64,2%).

■ Oltre un anziano su quattro (25,9%) dichiara di poter contare su una solida rete di sostegno sociale, il 18% su una debole e uno su due si colloca in una situazione intermedia. Gli anziani soli più frequentemente riferiscono uno scarso supporto, in particolare gli uomini (24,7%) e gli over65 che vivono in aree popolate (20,2%) del Nord-ovest e del Sud.

■ Nonostante le precarie condizioni di salute, in Italia sono 1 milione e 700 mila (pari al 12,8%) gli anziani in grado di offrire cure almeno una volta a settimana a familiari e non familiari con problemi di salute, dato pressoché in linea con la media Ue. Quasi i due terzi hanno dai 65 ai 74 anni, più donne che uomini.

ANZIANI CON GRAVI DIFFICOLTÀ NELLE ATTIVITÀ DI CURA DELLA PERSONA (ADL) IN ALCUNI PAESI UE, PER CLASSI DI ETÀ E SESSO.

Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche



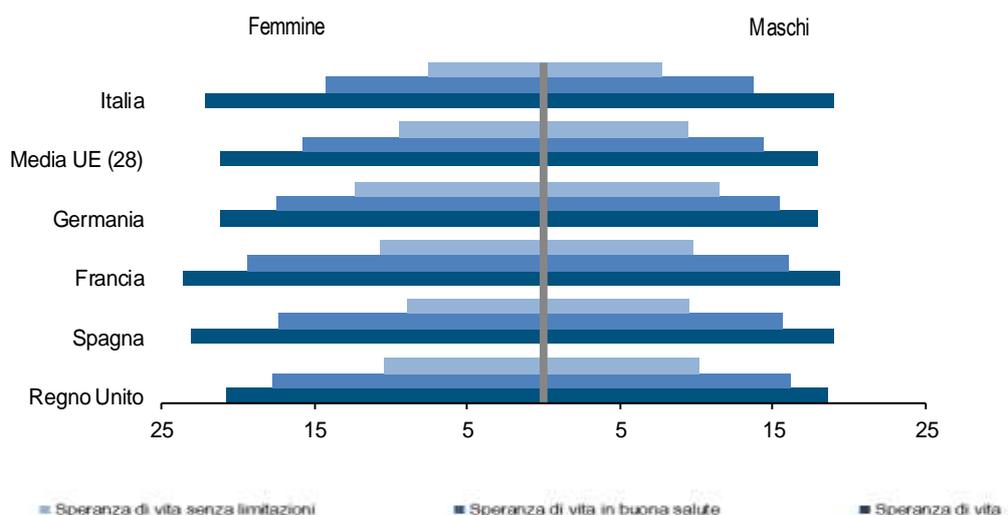
Anziani in Italia tra i più longevi in Europa ma con maggiori problemi di salute

I notevoli progressi della sopravvivenza e la contestuale riduzione della fecondità in Italia hanno rivoluzionato la struttura demografica della popolazione, posizionando il nostro paese tra i primi al mondo per invecchiamento della popolazione. In ambito europeo l'Italia ha il più elevato indice di dipendenza (rapporto tra la popolazione in età non attiva e la popolazione in età attiva), con una quota molto bassa di giovani e una quota di anziani tra le più elevate.

Le opportunità di benessere in futuro, a livello sia collettivo sia individuale, dipenderanno molto dalla qualità degli anni di vita guadagnati, ovvero dal numero di anni vissuti in buona salute e senza limitazioni dell'autonomia personale. È in questa direzione che si muovono le policy più recenti promosse anche a livello europeo per garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari, individuando come possibile strategia un maggiore investimento nell'invecchiamento attivo (*active ageing*).

In Italia nel 2015¹ la speranza di vita a 65 anni è pari a 18,9 anni per gli uomini e a 22,2 per le donne ed è più elevata di un anno, per entrambi i generi, rispetto alla media dei 28 paesi dell'Unione europea (rispettivamente 17,9 e 21,2 anni). Nella graduatoria europea il nostro Paese si colloca al terzo posto dopo Francia e Spagna (Figura 1).

FIGURA 1. SPERANZA DI VITA, SPERANZA DI VITA IN BUONA SALUTE, SPERANZA DI VITA SENZA LIMITAZIONI A 65 ANNI IN ALCUNI PAESI UE PER SESSO. Anno 2015, anni di vita media



Fonte: Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdph100&plugin=1>

In termini di qualità degli anni che restano da vivere, ovvero in buona salute e senza limitazioni, l'Italia è ai livelli più bassi, sia rispetto alla media dei paesi europei (Ue 28), sia rispetto agli altri grandi paesi europei, soprattutto per le donne. Nel 2015, in Italia, un uomo di 65 anni si può attendere di vivere ancora 13,7 anni in buona salute, mentre il suo coetaneo del Regno Unito ancora 16,1 anni e in media nell'Ue 14,4 anni. Per le donne italiane di 65 anni la speranza di vita in buona salute è pari a 14,3 anni contro i 19,3 delle coetanee francesi e una media europea di 15,8 anni. Per la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni si stimano 7,8 anni per gli uomini e 7,5 per le donne a fronte rispettivamente di 11,4 e 12,3 anni in Germania e di una media europea di 9,4 anni per entrambi i sessi.

¹ Il 2015 è il più recente anno disponibile per i confronti europei. La stima tiene conto dei criteri di calcolo utilizzati da Eurostat per comparare tutti i paesi Ue. Secondo le ultime stime Istat disponibili, al 2016 in Italia la speranza di vita a 65 anni è pari a 19,1 anni per gli uomini e 22,4 per le donne.

Condizioni di salute: forte divario fra sessantacinquenni e molto anziani

Il confronto dei vari indicatori di salute conferma il notevole peggioramento dello stato di salute della popolazione anziana in Italia nel passaggio dai 65 agli 80 anni, con prevalenze che raddoppiano nel caso della presenza di patologie croniche² e quintuplicano per le gravi limitazioni motorie³ (Prospetto 1). Sono il 30,8% le persone di 65-69 anni che dichiarano almeno una patologia cronica grave⁴, quota che raddoppia tra gli ultraottantenni (59,0%). Il 37,6% delle persone di 65-69 anni riporta almeno tre patologie croniche (detta comorbidità o multicronicità), a fronte del 64,0% degli ultraottantenni. Nel caso delle limitazioni motorie, l'incremento delle prevalenze è ancora più rilevante, passando dal 7,7% tra gli anziani di 65-69 anni al 46,5% tra quelli di 80 anni e più. Le limitazioni sensoriali (gravi difficoltà nella vista o nell'udito) passano dal 5,1% al 29,5%, con una quota complessiva di anziani pari al 5,6% che riferisce gravi difficoltà di vista o cecità e il 12,2% gravi difficoltà di udito o di essere completamente sordo.

Tra le donne anziane si osservano maggiori prevalenze di multicronicità (55,2% contro 42,4% degli uomini) e limitazioni motorie (28,7% contro 15,7%) e sensoriali (17,0% contro 12,7%); maggiore invece la prevalenza di malattie croniche gravi per gli uomini (46,4% contro 43,4%).

PROSPETTO 1. PRINCIPALI INDICATORI DI SALUTE DELLE PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER CLASSI DI ETÀ E SESSO. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

CLASSE DI ETÀ	Almeno una cronica grave			Multicronicità (tre malattie o più)			Gravi limitazioni motorie			Gravi limitazioni sensoriali		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
65-69 anni	33,2	28,7	30,8	31,6	42,9	37,6	5,8	9,3	7,7	5,5	4,7	5,1
70-74 anni	43,7	36,4	39,9	37,3	48,6	43,2	9,1	14,8	12,1	8,2	9,7	9,0
75-79 anni	50,4	45,1	47,4	45,7	55,6	51,4	15,3	24,9	20,8	12,1	15,3	14,0
80 anni e più	60,8	57,9	59,0	56,7	68,5	64,0	33,4	54,3	46,5	25,3	32,0	29,5
Totale 65-74	37,9	32,1	34,8	34,1	45,4	40,1	7,2	11,7	9,6	6,7	6,9	6,8
Totale 75 e più	56,3	53,1	54,3	51,9	63,6	59,0	25,6	43,2	36,2	19,6	25,7	23,3
Totale	46,4	43,4	44,7	42,4	55,2	49,6	15,7	28,7	23,1	12,7	17,0	15,2

Fattori ambientali e comportamentali possono condizionare in maniera specifica l'insorgenza e l'evoluzione di alcune malattie in modo differente per i due sessi. Nelle donne anziane è più elevata la prevalenza di artrosi (58,4% contro 34,1% degli uomini), patologie lombari (38,8% contro 26,6%) o cervicali (33,9% contro 21,8%), depressione (14,7% contro 7,5%); negli uomini anziani è maggiore la prevalenza per infarto del miocardio (8,7% contro 3,8% nelle donne), bronchite cronica ed enfisema (13,7% contro 11,8%) (Prospetto 2). Le differenze di genere si riscontrano anche nella media dell'Ue28⁵: per le patologie croniche emergono in generale migliori condizioni degli italiani tra i meno anziani (65-74 anni) e, all'opposto, condizioni peggiori oltre i 75 anni, in particolare per l'artrosi. La versione italiana dell'indagine europea sulla salute (EHIS) consente anche di stimare la prevalenza per quelle patologie croniche maggiormente legate al processo di invecchiamento, come l'Alzheimer e le demenze senili che raggiungono, complessivamente, il 10,2% tra le ultrasessantacinquenni.

² L'indagine europea sulla salute (EHIS) rileva la presenza di 21 malattie o condizioni croniche di cui 15 confrontabili a livello europeo (asma; bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva; infarto del miocardio; malattia coronarica o angina pectoris; ipertensione; ictus o conseguenze croniche dell'ictus; artrosi, patologia lombare o altra affezione a carico della schiena; patologia cervicale o altra affezione cronica del collo; diabete; allergia; cirrosi epatica; incontinenza urinaria; problemi renali; depressione), e altre per la costruzione di alcuni indicatori di cronicità (altre malattie del cuore, ansietà cronica grave, tumore maligno; Alzheimer, demenze senili; parkinsonismo; altre malattie o condizioni patologiche).

³ Persone che dichiarano molta difficoltà o di non essere in grado di camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri o di salire e scendere una rampa di scale senza aiuto.

⁴ Sulla base della lista di 21 malattie rilevate (cfr. nota 2) si calcolano gli indicatori sintetici: multicronicità o comorbidità (ovvero presenza di tre o più malattie croniche), almeno una malattia cronica grave (diabete, infarto, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, cirrosi epatica, tumore maligno, alzheimer, demenze senili, parkinsonismo, insufficienza renale).

⁵ Si precisa che per il confronto tra le stime italiane e quelle europee, gli indicatori sono stati calcolati con la stessa metodologia usata da Eurostat (ovvero al netto di risposte mancanti e, ove richiesto, di risposte proxy) (cfr. nota metodologica), con la conseguenza che, includendo anche tali tipi di risposte quando si analizzano i risultati nel report, indipendentemente dal confronto europeo, si possano ottenere lievi differenze decimali.

PROSPETTO 2 PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER TIPO DI MALATTIA CRONICA DICHIARATA E GRAVI LIMITAZIONI MOTORIE, DELLA VISTA E DELL'UDITO, PER CLASSI DI ETÀ E SESSO, ITALIA E UNIONE EUROPEA (UE-28). Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

MALATTIE CRONICHE LIMITAZIONI FUNZIONALI		65-74						75+		
		Maschi	Femmine	Maschi e Femmine	Maschi	Femmine	Maschi e Femmine	Maschi	Femmine	Maschi e Femmine
Ipertensione	Ue (28)	46,5	51,2	49,2	45,3	47,7	46,6	48,0	54,9	52,1
	Italia	48,2	51,7	50,2	45,2	46,1	45,7	51,6	56,5	54,6
Artrosi	Ue (28)	27,1	44,5	37,0	23,0	38,5	31,3	32,6	50,7	43,4
	Italia	34,1	58,4	47,9	26,3	48,3	37,9	43,1	67,1	57,5
Patologia lombare	Ue (28)	30,7	39,8	35,9	29,0	36,9	33,3	33,0	42,8	38,8
	Italia	26,6	38,8	33,5	24,6	34,6	29,9	28,9	42,5	37,1
Patologia cervicale	Ue (28)	19,6	29,2	25,0	18,8	28,8	24,2	20,6	29,7	26,0
	Italia	21,8	33,9	28,7	20,7	33,2	27,3	23,1	34,6	30,0
Diabete	Ue (28)	19,3	16,6	17,8	18,2	14,6	16,3	20,8	18,7	19,6
	Italia	19,2	16,9	17,9	17,1	13,2	15,1	21,6	20,1	20,7
Incontinenza urinaria	Ue (28)	12,8	16,6	15,0	8,2	10,7	9,5	18,9	22,6	21,1
	Italia	13,9	15,4	14,7	8,1	6,4	7,2	20,5	23,1	22,1
Bronchite cronica, enfisema	Ue (28)	10,2	8,9	9,5	8,3	7,6	7,9	12,8	10,3	11,3
	Italia	13,7	11,8	12,6	9,0	8,6	8,8	19,2	14,6	16,4
Allergie	Ue (28)	10,7	15,8	13,6	11,3	17,4	14,6	9,9	14,1	12,4
	Italia	9,5	13,0	11,5	11,5	14,4	13,0	7,3	11,9	10,0
Depressione	Ue (28)	5,8	11,1	8,8	5,3	9,8	7,7	6,5	12,4	10,0
	Italia	7,5	14,7	11,6	5,7	12,2	9,1	9,5	16,9	13,9
Problemi renali	Ue (28)	5,7	6,0	5,9	4,6	4,4	4,5	7,3	7,7	7,5
	Italia	9,1	7,9	8,4	6,7	4,9	5,7	11,9	10,5	11,0
Angina pectoris	Ue (28)	11,6	10,2	10,8	9,0	7,1	8,0	14,8	13,3	13,9
	Italia	8,7	7,0	7,8	6,6	4,1	5,3	11,3	9,5	10,2
Asma	Ue (28)	6,9	7,8	7,4	5,8	7,5	6,7	8,3	8,1	8,2
	Italia	6,9	6,6	6,7	5,2	5,2	5,2	8,9	7,7	8,2
Infarto del miocardio	Ue (28)	6,5	3,4	4,7	5,1	2,3	3,6	8,3	4,5	6,0
	Italia	8,7	3,8	6,0	7,4	2,0	4,6	10,3	5,4	7,3
Ictus, emorragia cerebrale	Ue (28)	4,5	3,9	4,2	3,3	2,5	2,9	6,1	5,3	5,6
	Italia	4,5	4,0	4,2	3,1	1,9	2,5	6,1	5,9	6,0
Cirrosi epatica	Ue (28)	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,7
	Italia	0,5	0,7	0,6	0,2	0,2	0,2	0,8	1,1	1,0
Gravi limitazioni motorie	Ue (28)	15,7	25,3	21,1	9,0	13,0	11,2	24,3	37,8	32,4
	Italia	15,9	29,1	23,3	7,3	11,9	9,7	25,8	43,7	36,6
Gravi limitazioni nella vista	Ue (28)*	4,0	6,8	5,6	2,3	3,5	2,9	6,4	10,2	8,7
	Italia	3,5	7,2	5,6	1,7	2,7	2,2	5,5	11,1	8,8
Gravi limitazioni nell'udito	Ue (28)*	12,4	12,0	12,2	7,9	6,1	6,9	18,4	18,1	18,2
	Italia	10,7	13,4	12,2	5,4	5,4	5,4	16,8	20,3	18,9

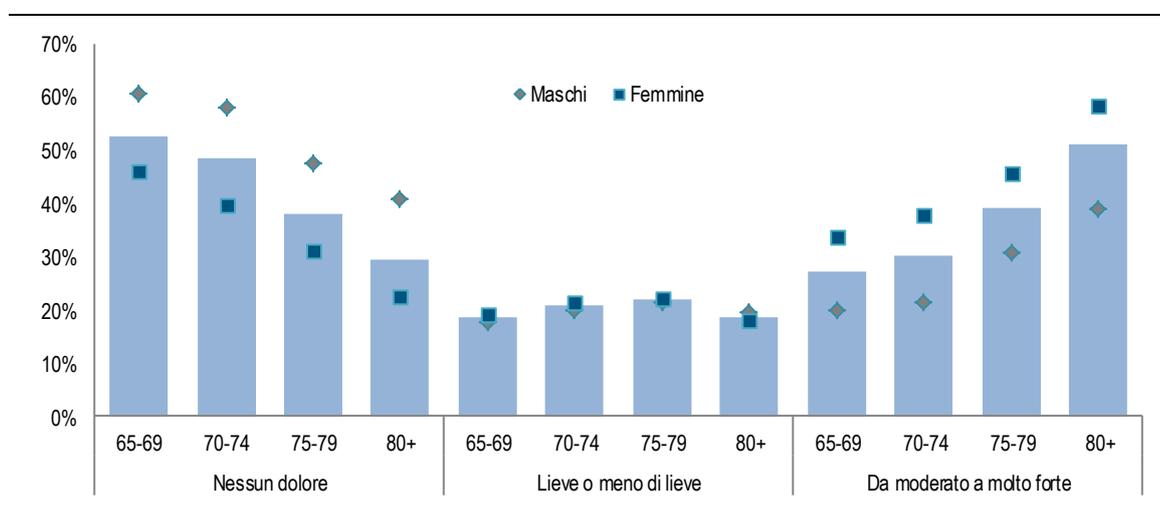
Anche per le gravi limitazioni motorie, le differenze delle stime italiane rispetto alla media dei paesi Ue (+2 punti percentuali) sono evidenti soprattutto dopo i 75 anni e lo svantaggio femminile è molto maggiore rispetto a quello che si osserva per la media europea.

Il dolore fisico colpisce un anziano su tre, con ricadute sulle attività quotidiane

Un aspetto della salute che ha un notevole impatto sulla qualità della vita in tutte le sue fasi, e a maggior ragione nell'età anziana, è la presenza del dolore fisico. Nella popolazione anziana il 37,7% riferisce di aver sperimentato dolore fisico da moderato a molto forte nelle quattro settimane precedenti l'intervista, a fronte del 21,6% della popolazione di 15 anni e più. Nel confronto con l'Ue28, la quota di anziani italiani che riportano questo problema di salute è inferiore alla media e all'undicesimo posto nella graduatoria fra paesi europei.

Il dolore fisico è maggiormente avvertito tra coloro che soffrono di artrosi, patologie lombari e cervicali. Queste malattie sono più diffuse tra le donne, con differenze di genere che si fanno evidenti all'aumentare dell'età: tra le donne ultraottantenni la percentuale di chi dichiara di aver provato dolore (da moderato a molto forte) nelle quattro settimane precedenti l'intervista è pari al 58,6% a fronte del 39,2% degli uomini (Figura 2).

FIGURA 2. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CHE HANNO PERCEPITO DOLORE FISICO NELLE QUATTRO SETTIMANE PRECEDENTI L'INTERVISTA, PER INTENSITÀ DEL DOLORE, CLASSI DI ETÀ E SESSO. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche



Trattandosi di un giudizio soggettivo, l'intensità del dolore fisico provato risente non solo dello stato di salute fisica, ma anche delle peggiori condizioni psicologiche del rispondente: in presenza di disagio psicologico la probabilità di provare dolore raddoppia, a parità di altre condizioni⁶.

Tra coloro che dichiarano di provare dolore, l'interferenza con lo svolgimento delle abituali attività riguarda oltre la metà degli ultrasessantacinquenni (57,5%), i quali lamentano interferenze da moderate a molto gravi. Ancora una volta il fenomeno interessa di più le donne (61,9% tra le ultrasessantacinquenni e 49,4% tra i loro coetanei uomini) e le fasce socialmente meno elevate, con incidenze superiori al 63% per gli anziani economicamente più disagiati (appartenenti ai primi due quinti di reddito) e oltre il 61% di coloro con basso livello di istruzione.

⁶ Dal modello di regressione logistica, controllato anche riguardo alla presenza di malattie croniche, la condizione psicologica ha un impatto sulla risposta soggettiva al dolore (OR=2,5), maggiore rispetto all'età (1,89), al genere (1,81), alla situazione economica (1,48) e all'assenza di un sostegno sociale ritenuto adeguato (1,35).

Per le donne maggiore longevità ma anche grave riduzione di autonomia

La presenza di patologie cronic-degenerative e il dolore fisico che spesso le accompagna condizionano notevolmente le normali attività quotidiane degli anziani comportando una progressiva riduzione nell'autonomia.

L'11,2% degli anziani (1 milione e 400mila persone) riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL)⁷. Si tratta in gran parte di ultrasettantacinquenni (1 milione e 200mila): in questa fascia di età un anziano su cinque riporta tali difficoltà (Prospetto 3).

L'attività quotidiana di cura personale nella quale gli anziani sono meno autonomi è fare il bagno o la doccia da soli (10,3%), seguono sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia (7,3%), vestirsi e spogliarsi (7,3%), usare i servizi igienici (6,5%) ed infine mangiare da soli (3,6%). Quasi il 7% degli anziani presenta gravi difficoltà in tre o più attività e tale quota sale al 12% tra gli ultrasettantacinquenni.

PROSPETTO 3. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CON GRAVI DIFFICOLTÀ NELLE ATTIVITÀ NELLE DI CURA DELLA PERSONA (ADL), PER TIPO E NUMERO DI ATTIVITÀ SVOLTE, SESSO E CLASSI DI ETÀ. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

GRAVI DIFFICOLTÀ NELLE ADL	Maschi			Femmine			Totale		
	65-74	75 e più	Totale	65-74	75 e più	Totale	65-74	75 e più	Totale
Tipo di attività									
Farsi il bagno o la doccia	2,2	11,7	6,6	3,2	21,8	13,2	2,7	17,8	10,3
Sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia	1,7	8,7	5,0	2,4	14,7	9,0	2,1	12,3	7,3
Vestirsi e spogliarsi	1,7	8,9	5,0	2,0	15,1	9,1	1,9	12,6	7,3
Usare i servizi igienici	1,4	7,8	4,3	1,6	13,7	8,1	1,5	11,4	6,5
Mangiare da soli	1,1	4,1	2,5	1,0	7,3	4,4	1,1	6,0	3,6
Numero di attività									
Una	0,6	3,2	1,8	1,3	6,5	4,1	1,0	5,2	3,1
Due	0,3	1,3	0,8	0,6	2,1	1,4	0,5	1,8	1,1
Tre o più	1,6	8,2	4,7	1,9	14,4	8,7	1,8	12,0	6,9
Gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL)	2,6	12,8	7,3	3,8	23,0	14,1	3,2	18,9	11,2

Passando ad esaminare le limitazioni nelle attività quotidiane strumentali di tipo domestico (IADL)⁸, si stima che complessivamente il 30,3% degli anziani (circa quattro milioni) ha gravi difficoltà a svolgerle, dopo i 75 anni quasi 1 anziano su 2 (47,1%) (Prospetto 4).

È soprattutto nelle attività domestiche pesanti che gli anziani perdono più facilmente l'autonomia (29,8% degli anziani). Seguono attività che implicano una certa autonomia fisica come fare la spesa (17,0%), svolgere attività domestiche leggere (15,0%) e poi le altre, gestire le risorse economiche e le attività amministrative (13,5%), preparare i pasti (11,5%). Quote inferiori di anziani invece riferiscono gravi difficoltà nel prendere le medicine (8,5%) e usare il telefono (7,3%).

⁷ ADL (*Activities of Daily Living*): si riferiscono alle attività quotidiane di cura della persona come vestirsi o spogliarsi, tagliare e mangiare il cibo, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, farsi il bagno o la doccia, usare i servizi igienici (cfr. Glossario).

⁸ IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) comprendono le seguenti attività: preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche (cfr. Glossario).

PROSPETTO 4. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CON GRAVI DIFFICOLTÀ NELLE ATTIVITÀ DOMESTICHE (IADL) PER TIPO E NUMERO DI ATTIVITÀ (a), SESSO E CLASSE DI ETÀ. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

GRAVI DIFFICOLTÀ NELLE IADL	Maschi			Femmine			Totale		
	65-74	75 e più	Totale	65-74	75 e più	Totale	65-74	75 e più	Totale
Tipo di attività									
Svolgere occasionalmente attività domestiche pesanti	8,0	34,1	19,7	15,8	54,9	36,8	12,3	47,3	29,8
Fare la spesa	3,9	18,2	10,4	6,1	35,4	21,8	5,1	28,8	17,0
Svolgere attività domestiche leggere	4,7	20,0	11,7	4,9	27,7	17,2	4,8	24,9	15,0
Gestire le sue risorse economiche e le attività amministrative abituali	3,2	15,0	8,6	4,6	28,2	17,2	4,0	22,9	13,5
Preparare i pasti	4,0	15,5	9,2	3,0	21,6	12,9	3,5	19,4	11,5
Prendere le medicine	2,2	11,4	6,5	1,9	17,0	10,0	2,0	14,8	8,5
Usare il telefono	1,5	10,8	5,8	1,6	14,5	8,5	1,6	13,0	7,3
Numero di attività									
Una	4,2	11,9	7,8	9,0	17,5	13,6	6,8	15,3	11,1
Due	1,4	4,2	2,7	2,3	8,2	5,5	1,9	6,6	4,3
Tre	0,6	3,9	2,2	1,7	5,9	3,9	1,4	5,1	3,2
Quattro o più	2,9	13,3	7,7	3,5	24,5	14,8	3,2	20,1	11,7
Gravi difficoltà in almeno un'attività domestica (IADL)	9,2	33,3	20,4	16,6	56,1	37,9	13,1	47,1	30,3

(a) Sono escluse le persone che non hanno mai provato a farlo o non hanno necessità di farlo

Le donne anziane riportano più difficoltà degli uomini sia nelle attività di cura della persona (14,1% donne contro 7,3% uomini) sia nelle attività domestiche (37,9% donne contro 20,4% uomini). La maggiore difficoltà delle donne si conferma anche al netto dell'età (12,2% donne contro 7,6% uomini per le attività di cura e 34,8% donne contro 21,4% uomini per le attività domestiche).

In Italia la prevalenza di gravi difficoltà nelle attività quotidiane strumentali e non è simile alla media dei paesi Ue per gli anziani fino a 74 anni (grave ADL 3,3% Italia, 3,4% Ue; grave IADL 13,2% Italia, 13,9% Ue), mentre è più elevata tra gli ultrasettantacinquenni (grave ADL 19% Italia, 14,9% Ue; grave IADL 47,4% Italia, 39,2% Ue). Ciò può essere in parte dovuto ad una quota di ultraottantenni più elevata in Italia (6,5% contro 5,3% nella Ue) e in parte alla minore quota di anziani istituzionalizzati che si riscontra in Italia rispetto ad altri paesi⁹. Infine in tutti i paesi europei si rileva un netto svantaggio femminile nella progressiva perdita di autonomia, ma in Italia, similmente alla Spagna, le anziane riferiscono gravi difficoltà con percentuali superiori alla media europea sia nella cura della persona (14,2% Italia contro 10,8% della media Ue) sia nelle attività domestiche (38,3% donne Italia contro 31,6% donne in media Ue).

Mezzogiorno: più anziani cronici con limitazioni e gravi riduzioni di autonomia

Le disuguaglianze tra gli anziani in base ad indicatori di status socio-economico (livello d'istruzione e quinti di reddito familiare) sono nette e si osservano per tutti gli indicatori di salute considerati. Questo fenomeno conferma quanto noto in letteratura riguardo al fatto che le disuguaglianze socio-economiche sono fattori influenti nello spiegare differenze di salute. Tali differenziali si mantengono all'avanzare dell'età, probabilmente anche a causa del cumularsi nel corso della vita sia dell'effetto di fattori protettivi, quali l'elevata istruzione o elevato reddito, sia dell'effetto di fattori di rischio, quali il basso reddito e la bassa istruzione.

⁹ La quota di anziani istituzionalizzati sul totale della popolazione è pari al 3,3% in Germania e 2,0% in Italia. Percentuali analoghe all'Italia si osservano invece in Spagna (1,6%) (OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>). L'indagine europea non include la popolazione istituzionalizzata.

Analizzando secondo il titolo di studio il principale indicatore di salute, la speranza di vita, emergono differenze di oltre 2 anni di vita media per gli uomini e 1,3 per le donne: un anziano laureato può aspettarsi di vivere ancora 20 anni, mentre il suo coetaneo che ha solo la licenza elementare 17,8 anni. Per le donne le differenze sono meno marcate: rispettivamente 22,9 e 21,6 anni.

Rispetto alla presenza di cronicità, la quota di multicronici con basso titolo di studio è più alta del 60% rispetto a quella che si osserva tra i multicronici più istruiti, così come tra chi riferisce almeno una malattia cronica grave (+52%) (Prospetto 5).

PROSPETTO 5. PRINCIPALI INDICATORI DI SALUTE DELLE PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER SESSO, TITOLO DI STUDIO E QUINTI DI REDDITO. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

	Almeno una cronica grave			Multicronicità (tre malattie o più)			Gravi limitazioni motorie			Gravi limitazioni sensoriali		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
Titolo di studio												
Basso	49,5	46,3	47,6	46,2	57,8	53,1	18,4	32,0	26,5	14,7	18,7	17,1
Medio	40,2	33,1	36,6	34,0	46,6	40,3	9,7	16,6	13,2	8,0	10,9	9,4
Alto	35,3	25,3	31,4	30,2	37,1	32,9	7,5	9,3	8,2	7,0	7,3	7,1
Quinti di reddito												
I	49,5	44,3	46,4	49,0	60,1	55,7	18,8	31,8	26,7	14,6	22,3	19,3
II	52,5	48,6	50,1	49,5	58,0	54,7	23,9	34,5	30,3	16,3	18,0	17,3
III	47,9	45,4	46,4	44,5	59,4	53,3	16,2	28,4	23,4	14,2	18,6	16,8
IV	44,4	40,1	42,0	40,0	50,9	45,9	11,8	27,2	20,2	10,6	13,7	12,3
V	40,6	37,3	39,0	33,9	47,3	40,6	11,1	21,5	16,3	9,5	13,6	11,5
Totale	46,4	43,4	44,7	42,4	55,2	49,6	15,7	28,7	23,1	12,7	17,0	15,2

Ancora più sfavorevoli i differenziali per la presenza di gravi limitazioni motorie o di autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane: tra gli anziani con basso titolo di studio è tripla la quota di quanti hanno gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (13% contro 4,1% con alto titolo di studio) e più che doppia la quota di chi sperimenta gravi difficoltà nelle attività domestiche (34% contro il 13,9%). Il quadro che emerge è analogo a quello della media Ue, sia per ADL che le IADL.

Considerando la condizione economica, si conferma lo svantaggio degli anziani che appartengono alle famiglie con livelli di reddito più bassi: la multicronicità si attesta al 55,7% nel primo quinto di reddito contro il 40,6% degli anziani più agiati dell'ultimo quinto; per almeno una malattia cronica grave le percentuali sono rispettivamente 46,4% e 39,0%. Ampi divari si osservano anche per le gravi riduzioni di autonomia nelle ADL (13,2% contro 8,8%) e nelle IADL (35,7% contro 22,0%), soprattutto tra i 65-74 anni.

A livello territoriale si stima una maggiore prevalenza di malattie croniche nel Mezzogiorno (a parità di struttura per età), sia osservando le singole patologie, in particolare le più diffuse, sia considerando la multicronicità (56,4% contro 42,7% del Nord) o la presenza di almeno una malattia cronica grave (49,4% contro 39,4%) (Prospetto 6).

Tra gli anziani del Mezzogiorno sono molto più diffuse anche le limitazioni gravi sia motorie (27,7%) che sensoriali (16,5%).

PROSPETTO 6. PRINCIPALI INDICATORI DI SALUTE DELLE PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER SESSO E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA
Anno 2015, tassi grezzi e tassi standardizzati* per età, per 100 persone con le stesse caratteristiche

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Almeno una cronica grave			Multicronicità (tre malattie o più)			Gravi limitazioni motorie			Gravi limitazioni sensoriali		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
Tassi grezzi												
Nord	42,1	38,5	40,1	36,0	50,8	44,4	12,3	24,4	19,2	11,7	15,2	13,7
Centro	48,8	45,8	47,1	43,2	55,0	49,9	15,3	28,6	22,9	12,1	17,7	15,2
Mezzogiorno	51,2	49,1	50,0	51,3	62,0	57,3	21,1	35,3	29,1	14,6	19,4	17,3
Italia	46,4	43,4	44,7	42,4	55,2	49,6	15,7	28,7	23,1	12,7	17,0	15,2
Tassi standardizzati												
Nord	42,2	36,7	39,4	35,8	49,2	42,7	12,6	21,3	17,0	12,1	13,5	12,8
Centro	48,8	43,3	46,0	43,5	53,0	48,4	15,3	24,9	20,3	12,1	15,4	13,8
Mezzogiorno	51,6	47,3	49,4	52,0	60,6	56,4	22,4	32,7	27,7	15,2	17,7	16,5
Italia	46,8	41,7	44,2	42,9	53,9	48,6	16,5	25,9	21,3	13,2	15,3	14,3

*come popolazione standard è stata utilizzata quella europea con classi di età quinquennali.

Nel Sud e nelle Isole risiedono più anziani che riferiscono gravi difficoltà a svolgere le attività di cura della persona (rispettivamente 14,1% e 15,7% contro 8,3% nel Nord-ovest e 9,0% nel Nord-est). Gli anziani con gravi difficoltà nelle attività domestiche sono il 39,3% al Sud e il 40,5% nelle Isole contro il 24,2% nel Nord-ovest e il 24,8% nel Nord-est. Considerando i circa 200mila anziani non autosufficienti ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, che nel 70% dei casi risiedono al Nord, il gap territoriale evidenziato tra Nord e Sud per gli anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona si riduce, ma non si annulla: rimane costante al 14% nel Sud mentre nel Nord-est passa da 8% a 10% e nel Nord-ovest da 9% a 11%.

Molti anziani con grave riduzione di autonomia vorrebbero ricevere più aiuti

La grave riduzione di autonomia configura una situazione critica nel caso di anziani che vivono soli: si tratta di circa 600mila persone con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (43,2%). Il contesto familiare caratteristico delle età anziana, declinato rispetto al genere e alla presenza di gravi riduzioni di autonomia, evidenzia un netto svantaggio delle donne: vivono in maggioranza sole pur in presenza di grave compromissione dell'autonomia, circa una su cinque solo con il partner, una su sei come membro aggregato nella famiglia di un figlio (Prospetto 7). Invece gli uomini con gravi limitazioni nell'autonomia, nella maggior parte dei casi vivono ancora in coppia, potenzialmente assistiti dalla partner, uno su cinque vive solo e molto più bassa è la quota di coloro che vivono come membri aggregati nel nucleo familiare di un figlio.

La quasi totalità degli anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona dichiara di fronteggiarle con l'aiuto di ausili/apparecchi o di altre persone (92,0%), mentre tale quota è pari all'81,9% tra quanti hanno gravi difficoltà nelle attività domestiche.

Complessivamente il 58,1% degli anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona, avverte comunque la necessità di ricevere aiuto o ulteriore supporto, con una netta prevalenza tra gli uomini (64,3% rispetto a 55,6% nelle donne). Oltre la metà di essi dichiara comunque di avere in famiglia l'aiuto di una persona oppure usufruisce di servizi di assistenza domiciliare.

Se complessivamente il 6% delle famiglie con anziani si avvale dell'assistenza di una persona, la percentuale aumenta al 28% in caso di famiglie in cui abita un anziano con gravi riduzioni nell'autonomia personale e supera il 40% se l'anziano è solo. In quest'ultima circostanza diventa più frequente la convivenza della persona che assiste.

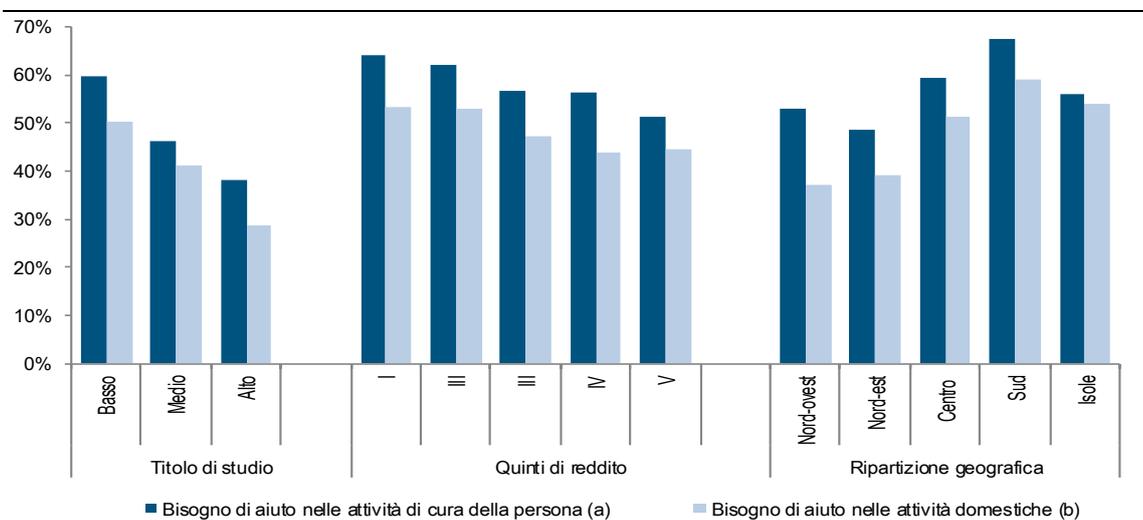
La richiesta di maggiore aiuto o di ulteriori ausili o apparecchi, sia nelle attività di cura della persona sia nelle attività domestiche, prevale tra gli anziani con basso titolo di studio o con bassi livelli di reddito: in questo gruppo almeno 6 persone su 10 riferiscono di aver bisogno di aiuto (Figura 3).

A livello territoriale la richiesta di aiuto nelle attività quotidiane (ADL e IADL) è maggiore laddove è più alta anche la quota di anziani con gravi difficoltà. Si riproducono pertanto i differenziali già osservati a svantaggio degli anziani residenti nel Sud dove il 67,5% riporta un bisogno di aiuto non soddisfatto a fronte del 48,7% (valore minimo) nel Nord-est.

PROSPETTO 7. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER GRAVI DIFFICOLTÀ NELLE ATTIVITÀ DI CURA DELLA PERSONA (ADL) O NELLE ATTIVITÀ DOMESTICHE (IADL) PER SESSO, CLASSE DI ETÀ E TIPOLOGIA FAMILIARE. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

CONTESTO FAMILIARE	Gravi difficoltà nelle ADL			Gravi difficoltà nelle IADL			Totale popolazione anziana		
	65-74	75 e più	Totale	65-74	75 e più	Totale	65-74	75 e più	Totale
Maschi									
Solo	5,9	22,8	19,6	13	27,1	23,7	13,3	22	17,3
Coppia senza figli	39,1	52,7	50,1	46,8	52,1	50,8	51,6	57,2	54,2
Coppia con figli	29,4	13,9	16,9	26,8	11,2	15	26,2	12,6	19,9
Altre famiglie	15,2	5,6	7,5	8,2	5,6	6,3	6,4	4,4	5,5
Membro aggregato	10,3	4,9	5,9	5,2	3,9	4,2	2,5	3,9	3,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Femmine									
Solo	33,3	55,3	52,6	31,2	55	50,2	23,7	50,6	38,2
Coppia senza figli	32,1	17	18,9	37,1	18,8	22,5	44,7	25,4	34,3
Coppia con figli	6,2	2	2,6	10,5	3,3	4,8	14	4,4	8,9
Altre famiglie	14,8	10,4	10,9	12,1	11,1	11,3	11,2	9,9	10,5
Membro aggregato	13,5	15,3	15,1	9	11,8	11,2	6,4	9,7	8,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale									
Solo	23	46,6	43,2	25,2	47,1	42,5	18,8	39,2	29,1
Coppia senza figli	34,8	26,5	27,7	40,3	28,2	30,8	48	38	42,9
Coppia con figli	15	5,2	6,6	15,9	5,6	7,8	19,8	7,7	13,6
Altre famiglie	15	9,1	9,9	10,8	9,6	9,8	8,9	7,7	8,3
Membro aggregato	12,3	12,5	12,5	7,7	9,6	9,2	4,6	7,4	6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FIGURA 3. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CHE HANNO BISOGNO DI AIUTO* IN PRESENZA DI GRAVI DIFFICOLTÀ NELLE ATTIVITÀ DI CURA DELLA PERSONA E NELLE ATTIVITÀ DOMESTICHE, PER TITOLO DI STUDIO, QUINTI DI REDDITO E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche



*Il bisogno di aiuto si riferisce sia all'aiuto da parte di altre persone, che al supporto di ausili o apparecchi (cfr. Glossario alle voci ADL e IADL)

Supporto sociale: gli anziani soli si sentono meno protetti

L'indicatore sintetico condiviso a livello europeo, "Overall perceived social support", misura la percezione individuale del sostegno sociale, secondo una scala che va da debole a forte (cfr. Nota metodologica).

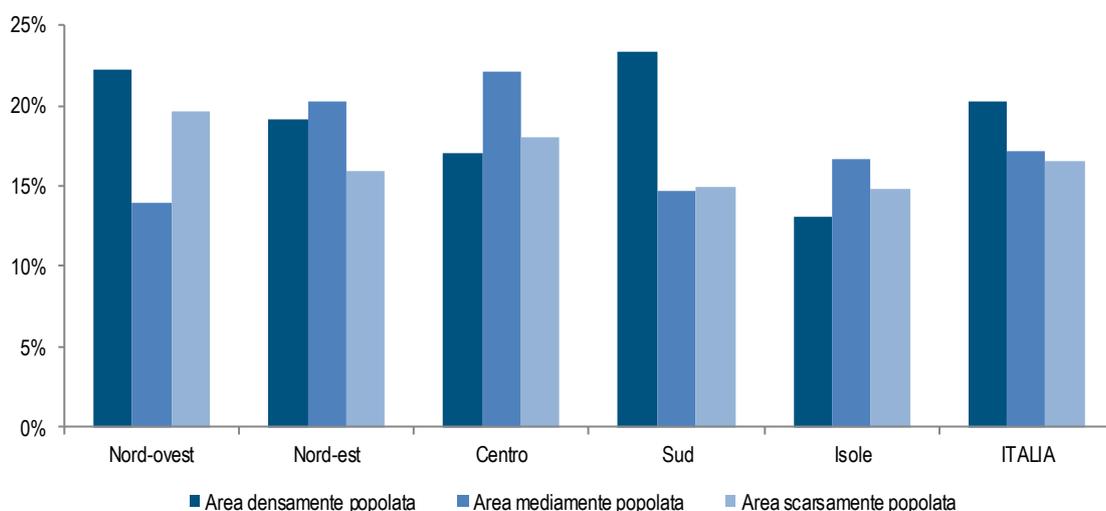
Oltre un anziano su quattro (25,9%) dichiara di poter contare su una solida rete di sostegno sociale a fronte del 18% che invece percepisce come scarso tale supporto; la maggior parte riporta livelli intermedi. Il senso di protezione è un po' meno diffuso tra gli anziani rispetto al complesso della popolazione di 15 anni e più, dove le percentuali sono rispettivamente pari a 27,4% e 17,0%.

La percezione di un forte sostegno sociale è pari al 24,6% nella classe di età 65-74 anni, e sale leggermente tra chi ha 75 anni o più (27,2%). Tra i 65-74enni il 17,4% percepisce un sostegno debole e tra gli ultrasettantacinquenni la quota è pari al 18,5%, senza rilevanti differenze di genere.

Poiché la famiglia offre grande sostegno, la maggiore fragilità si osserva tra chi vive da solo: tra le persone anziane sole, gli uomini avvertono un maggiore senso di abbandono e il 24,7% ritiene di avere un supporto debole, rispetto al 20,2% delle donne. Queste percentuali si riducono tra gli anziani ultra75enni (22,3% per gli uomini e 19,0% per le donne) in parte per il maggior aiuto formale ricevuto (le famiglie con ultra settantacinquenni che ricevono l'aiuto da una persona preposta per l'assistenza ad anziani sono circa il 10% a fronte del 6% sul totale delle famiglie con almeno un anziano).

La ripartizione geografica ed il grado di urbanizzazione influiscono in modo significativo sulla percezione del sostegno sociale complessivo e interagiscono fra di loro dando un quadro del paese diversificato. A livello di ripartizione, le Isole si distinguono per livelli decisamente più bassi di debole supporto percepito (15,2% tra gli over-65). Riguardo al grado di urbanizzazione risultano svantaggiate le aree densamente popolate (20,2%), mentre nelle aree scarsamente popolate l'indicatore è significativamente più basso (16,5%). Questo svantaggio rilevato nelle grandi città riguarda soprattutto il Nord ed il Sud, mentre al Centro e nelle Isole la quota di anziani maggiormente isolati aumenta se si risiede in aree scarsamente o mediamente popolate (Figura 4).

FIGURA 4. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CHE HANNO PERCEZIONE DI DEBOLE SUPPORTO SOCIALE, PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E GRADO DI URBANIZZAZIONE. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche



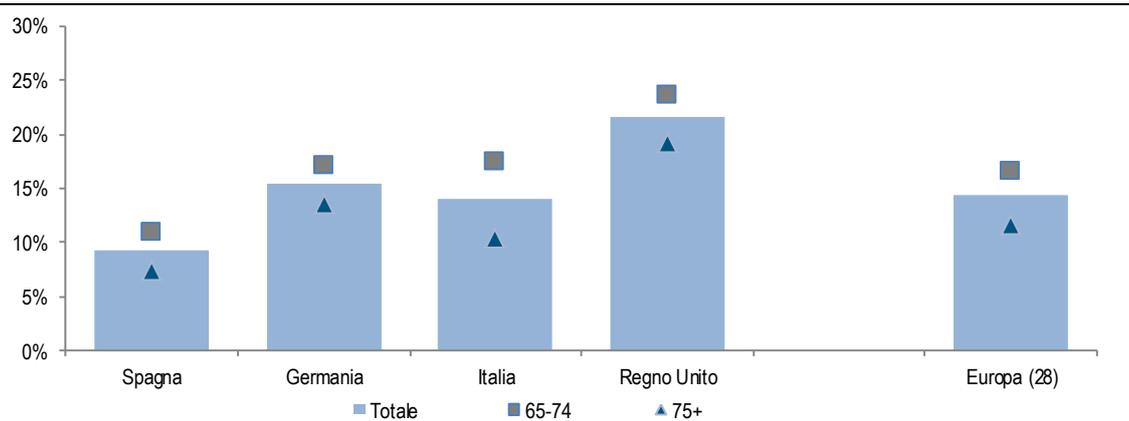
La percezione di uno scarso sostegno viene maggiormente avvertita in presenza di importanti problemi di salute, sia che si tratti di malattie croniche sia che si tratti di limitazioni nell'autonomia.

Tra i *care giver* uno su cinque è anziano

Se da un lato gli anziani sono destinatari di aiuto e sostegno, dall'altro ne sono anche fornitori: si stima che 1 milione e 700mila (12,8%) di loro offrono cure a familiari o non familiari che hanno problemi di salute o dovuti all'invecchiamento almeno una volta a settimana (1 su cinque tra coloro che offrono aiuto). Quasi i due terzi di tali *care giver* anziani hanno un'età compresa tra i 65 e i 74 anni.

Nel contesto dell'Ue, il totale degli anziani che prestano tale tipo di aiuto in Italia ha valori prossimi alla media dei 28 paesi, con percentuali leggermente più alte tra i 65-74enni. (Figura 5).

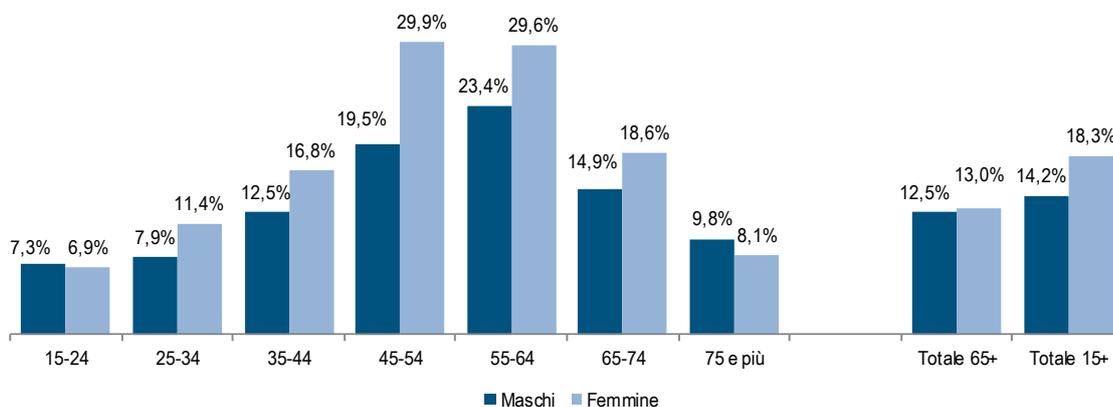
FIGURA 5. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CHE FORNISCONO CURE AD ALTRE PERSONE CON PROBLEMI DI SALUTE, PER ALCUNI PAESI EUROPEI E CLASSI DI ETÀ. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche



Oltre agli anziani, i principali fornitori di cure hanno un'età compresa tra i 45 e i 64 anni, in particolare tra le donne (Figura 6). I divari di genere sono particolarmente elevati tra i 25 ed i 54 anni, nelle fasce di età in cui le donne si devono dividere tra gli aiuti forniti ai figli e quelli forniti ai genitori anziani. Quasi il 30% circa delle donne di 45-54 anni infatti fornisce aiuti, mentre il valore massimo per gli uomini è pari al 23,4%, in corrispondenza dei 55-64 anni.

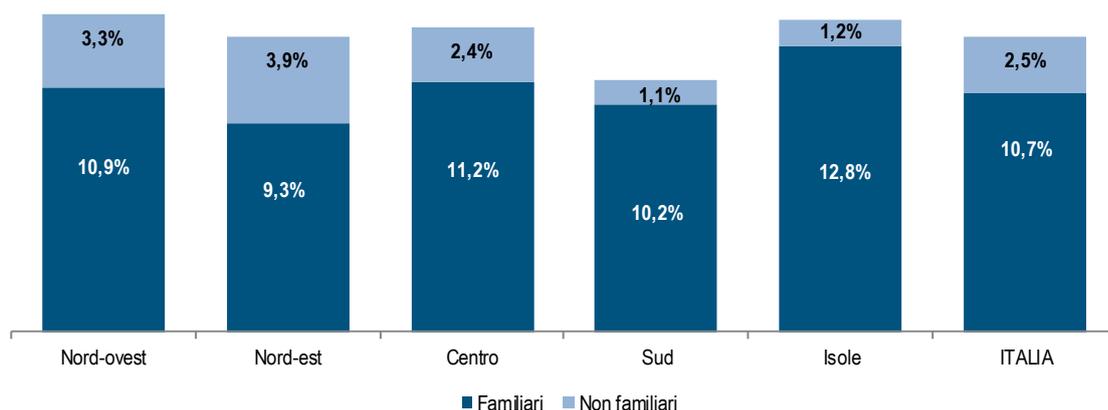
Tra gli anziani di 75 anni e più, per effetto del crescere della proporzione di persone con limitazioni gravi e affette da patologie, la quota di chi offre cure è tra le più basse ed è leggermente più elevata tra gli uomini (9,8% contro 8,1%), a causa della struttura per età più anziana delle donne e delle loro peggiori condizioni di salute.

FIGURA 6. PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CHE FORNISCONO CURE AD ALTRE PERSONE CON PROBLEMI DI SALUTE, PER SESSO E CLASSE DI ETÀ. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche



I destinatari di cure e assistenza per problemi di salute o di invecchiamento sono principalmente i familiari (10,7%) e solo in misura ridotta i non familiari (2,5%) (Figura 7). A livello territoriale, l'aiuto fornito a persone esterne alla famiglia tende ad essere più elevato al Nord, mentre nel Mezzogiorno costituisce una quota residuale.

FIGURA 7. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CHE FORNISCONO CURE AD ALTRE PERSONE CON PROBLEMI DI SALUTE, PER DESTINATARI DELLE CURE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Anno 2015, tassi standardizzati per 100 persone



La quantità di ore dedicate dagli anziani al lavoro di cura è crescente con l'età. Pertanto tra i più anziani, pur diminuendo la quota di *care giver*, aumenta l'impegno prestato: il 32,7% dei 65-74enni forniscono aiuti per oltre 20 ore a settimana, e tra gli ultrasessantacinquenni la quota sale al 48,0%, contro il 25,1% del totale della popolazione di 15 anni e più. Ciò è dovuto in gran parte agli aiuti prestati dai coniugi anziani al proprio partner. L'impegno risulta più elevato per le donne, in tutte le classi di età.

Servizi sanitari: più basso il ricorso al dentista rispetto al resto d'Europa

La quasi totalità degli anziani si è rivolta al medico di famiglia almeno una volta nei dodici mesi precedenti l'intervista, circa due anziani su tre hanno fatto ricorso a medici specialisti e solo uno su tre è stato dal dentista (Prospetto 8). Le donne utilizzano più frequentemente degli uomini i servizi sanitari ambulatoriali mentre hanno una frequenza più bassa degli uomini per i ricoveri ospedalieri.

Nelle due settimane precedenti l'intervista, ha fatto uso di farmaci, integratori o vitamine (prescritti o non prescritti da un medico) il 69,4% delle persone di 65 anni e più e il 73,3% degli ultrasessantacinquenni.

PROSPETTO 8. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CHE SI SONO RIVOLTE AL MEDICO DI FAMIGLIA, AL MEDICO SPECIALISTA, AL DENTISTA, HANNO AVUTO ALMENO UN RICOVERO NEI 12 MESI PRECEDENTI L'INTERVISTA, HANNO CONSUMATO FARMACI NELLE 2 SETTIMANE PRECEDENTI L'INTERVISTA, PER SESSO E CLASSI DI ETÀ. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

RICORSO AI SERVIZI SANITARI E USO DI FARMACI	Maschi			Femmine			Totale		
	65-74	75+	Totale	65-74	75+	Totale	65-74	75+	Totale
Medico di famiglia	86,6	92,1	89,2	90,9	93,5	92,3	88,9	92,9	90,9
Medico specialista	62,9	70,3	66,3	66,7	69,1	68,0	64,9	69,6	67,2
Dentista	39,3	30,3	35,1	45,6	28,0	36,1	42,6	28,9	35,7
Ricoveri	12,8	20,0	16,2	10,5	18,3	14,7	11,6	19,0	15,3
Farmaci	62,7	72,0	67,0	67,7	74,1	71,2	65,3	73,3	69,4

Rispetto alla media dei paesi europei, l'Italia ha una percentuale di ricorso alle visite odontoiatriche molto più bassa: solo il 35,7% degli ultrasessantacinquenni si è rivolto ad uno specialista dei denti contro il 51,5%.

I livelli di ospedalizzazione e la frequenza di consumo di farmaci nel nostro paese sono inferiori alla media europea, nonostante l'Italia sia tra i paesi con la popolazione più anziana. Il tasso di ricovero italiano degli ultrasessantacinquenni si colloca all'ottavo posto della graduatoria dei paesi Ue. Il consumo di farmaci prescritti da un medico riguarda il 65,7% degli anziani, contro l'82,2% della media Ue. Per i farmaci senza prescrizione i livelli di consumo nel nostro paese sono particolarmente bassi, pari a circa la metà della media dei paesi Ue (15,4% contro 31,7%).

La presenza di problemi di salute o di gravi limitazioni, come atteso, fa aumentare i consumi sanitari degli anziani: coloro che sono affetti da malattie croniche si ricoverano 1,5 volte di più della media ed oltre due volte se hanno una grave riduzione di autonomia nella cura della persona (Prospetto 9).

PROSPETTO 9. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER RICORSO AL MEDICO DI FAMIGLIA, AL MEDICO SPECIALISTA, RICOVERI OSPEDALIERI E CONSUMO DI FARMACI, PER CONDIZIONI DI SALUTE E GRAVI RIDUZIONI DI AUTONOMIA. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

CONDIZIONI DI SALUTE	Ricorso a servizi sanitari			Farmaci
	Medico di famiglia	Medico specialista	Ricoveri ospedalieri	
Almeno una cronica grave	94,7	77,5	23,7	78,0
Multicronicità	95,3	76,2	21,3	78,2
Gravi limitazioni motorie	94,0	74,5	25,4	79,1
Gravi limitazioni sensoriali	95,7	75,9	29,2	79,8
Gravi difficoltà nelle ADL	94,1	75,4	35,4	81,4
Gravi difficoltà nelle IADL	95,5	76,9	26,2	78,4
Totale	90,9	67,2	15,3	69,4

Sono quasi 2 milioni gli anziani che si sono rivolti ad un fisioterapista o chinesiterapista (14,8% delle persone di 65 anni e più). Il ricorso è più elevato nelle donne (17,4% contro l'11,3% degli uomini).

Livelli più alti si riscontrano in presenza di problemi di salute o di limitazioni di autonomia. Si è rivolto ad un fisioterapista il 28,1% degli anziani con gravi limitazioni nella cura della persona e circa un anziano su 4 affetto da patologie lombari o cervicali croniche o con gravi limitazioni motorie.

Al Centro-Sud maggiori difficoltà di accesso a prestazioni e cure sanitarie

La quota di anziani che ha dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie oppure le ha avute in ritardo (visite mediche, analisi cliniche, accertamenti diagnostici, ecc.) per problemi di liste di attesa è pari al 22,3%, mentre l'8,1% ha riportato difficoltà di accesso per problemi di mezzi di trasporto. In entrambi i casi sono le donne a trovarsi più frequentemente in queste condizioni (23,0% e 8,8% rispettivamente).

Nel territorio hanno riscontrato problemi per le lunghe liste di attesa il 27,7% degli ultrasessantacinquenni residenti al Centro e il 25% circa di quelli residenti nel Mezzogiorno (quozienti standardizzati). Difficoltà connesse ai mezzi di trasporto riguardano l'11-12% degli anziani del Centro-Sud, contro il 3-4% delle persone di 65 anni e più che vivono al Nord.

Sono forti anche i differenziali in termini di status socio-economico. Le persone di 65 anni e più con basso titolo di studio che hanno difficoltà di accesso dovute alle liste di attesa sono 1,2 volte di più rispetto ai coetanei con alto titolo di studio (22,5% contro 18,9%). Rispetto al reddito il divario tra il primo e l'ultimo quinto è ancora più evidente: 24,3% e 18,7%. Per i problemi di mezzi

di trasporto le difficoltà di accesso riguardano il 12,3% degli anziani più svantaggiati contro il 4,9% dei più abbienti.

La rinuncia per motivi economici ad effettuare esami o cure mediche, visite o trattamenti dentistici, farmaci prescritti da un medico o terapie psicologiche ha riguardato il 12,5% delle persone di 65 anni e più. Le donne dichiarano in misura maggiore di avervi rinunciato pur avendone bisogno (13,5% contro 11,1% degli uomini).

Considerando le singole prestazioni sanitarie, le persone di 65 anni e più rinunciano nel 7,6% dei casi a esami o cure mediche, il 6,8% a visite o trattamenti dentistici, il 6,0% a farmaci prescritti da un medico. Anche in questo caso le percentuali sono più elevate per il genere femminile.

Le difficoltà di accesso per motivi economici interessano una quota più elevata di anziani che risiedono nel Mezzogiorno e nelle aree densamente popolate del Centro-Sud (Prospetto 10). Lo svantaggio delle aree meridionali è evidente per tutte le prestazioni e cure sanitarie, indipendentemente dal grado di urbanizzazione del comune di residenza.

Per gli esami e cure mediche la rinuncia per motivi economici è massima in corrispondenza delle aree densamente popolate del Centro (13,9% rispetto al dato medio delle aree densamente popolate pari al 9,0% e al 7,5% della media generale). Per le visite e i trattamenti dentistici ed i farmaci prescritti dal medico le quote più elevate di anziani che rinunciano a causa del costo eccessivo risiedono nelle aree densamente popolate del Mezzogiorno: 12,4% e 9,3% rispettivamente.

PROSPETTO 10. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CHE NEI 12 MESI PRECEDENTI L'INTERVISTA HANNO RINUNCIATO AD EFFETTUARE PRESTAZIONI O CURE SANITARIE PER PROBLEMI ECONOMICI, PER TIPO DI PRESTAZIONE, RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E GRADO DI URBANIZZAZIONE. Tassi standardizzati per 100 persone

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E GRADO DI URBANIZZAZIONE	Esami o cure mediche	Visite o trattamenti dentistici	Farmaci prescritti	Almeno una prestazione (*)
Nord				
Area densamente popolata	5,6	5,0	3,2	8,3
Area mediamente popolata	4,1	3,0	3,9	6,5
Area scarsamente popolata	3,8	3,6	4,0	6,7
Totale	4,5	3,8	3,7	7,2
Centro				
Area densamente popolata	13,9	9,1	7,5	19,9
Area mediamente popolata	7,8	7,0	5,4	12,4
Area scarsamente popolata	5,9	5,6	5,1	11,2
Totale	9,2	7,3	6,0	14,5
Mezzogiorno				
Area densamente popolata	11,4	12,4	9,3	20,2
Area mediamente popolata	9,1	9,5	7,6	15,5
Area scarsamente popolata	11,3	10,3	8,9	18,3
Totale	10,6	10,7	8,6	18,0
Italia				
Area densamente popolata	9,0	8,1	5,9	14,3
Area mediamente popolata	6,2	5,6	5,2	10,1
Area scarsamente popolata	7,5	6,9	6,4	12,7
Totale	7,5	6,8	5,8	12,2

* Inclusa anche la rinuncia a terapie psicologiche

Glossario

Attività di cura della persona (ADL: Activities of Daily Living): l'indicatore "persone con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona" deriva dalla scala utilizzata per misurare il grado di autonomia/indipendenza nello svolgimento delle fondamentali attività quotidiane (ADL) quali mangiare da solo, anche tagliando il cibo da solo, oppure sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, vestirsi e spogliarsi, usare i servizi igienici e fare il bagno o la doccia, senza l'aiuto di una persona, o l'uso di ausili/apparecchi o modifiche dell'abitazione. L'indicatore è stato costruito secondo le indicazioni di Eurostat per garantire la confrontabilità tra i paesi dell'Unione europea, considerando i due massimi livelli di difficoltà ("molta difficoltà" o "non sono in grado"), con la precisazione di quanto riportato nella nota metodologica, alla voce diffusione riferita a tutti gli indicatori.

Attività quotidiane strumentali di tipo domestico (IADL: Instrumental Activities of Daily Living): l'indicatore "persone con gravi difficoltà nelle attività domestiche" deriva dalla scala utilizzata per misurare il grado di autosufficienza nelle attività strumentali, ovvero quelle attività necessarie per vivere in modo autonomo, quali: preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche. Anche in questo caso sono stati accorpati i due livelli massimi di difficoltà (escludendo i casi di persone che non svolgono tali attività perché non hanno necessità di farlo, ma non hanno problemi di autonomia in tali attività).

Care giver: persone che si prendono cura o assistono altre persone (familiari e non) con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infermità (la definizione in questo report fa riferimento pertanto solo all'aiuto fornito per problemi circoscritti a salute e invecchiamento).

Limitazioni motorie: difficoltà a camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri oppure a salire una rampa di scale (circa 12 scalini) senza alcun aiuto.

Limitazioni sensoriali: difficoltà a vedere con o senza occhiali oppure difficoltà a sentire ciò che si dice in una conversazione con un'altra persona in una stanza con o senza rumore avvalendosi anche di apparecchi acustici.

Malattie croniche gravi: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus; bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno; parkinsonismo; alzheimer; insufficienza renale cronica.

Multicronicità: è definita multicronica (o affetta da comorbidità) la persona che dichiara di essere affetta da tre o più delle seguenti malattie: asma; bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema; infarto del miocardio o conseguenze croniche dell'infarto del miocardio; malattia coronaria o angina pectoris; ipertensione; altre malattie del cuore; ictus o conseguenze croniche dell'ictus; artrosi; patologia lombare o altra affezione cronica a carico della schiena; patologia cervicale o altra affezione cronica del collo; diabete; allergia, ad esempio rinite, raffreddore da fieno, infiammazione oculare, dermatite, allergia alimentare o di altra natura; cirrosi epatica; incontinenza urinaria, problemi di controllo della vescica; problemi renali; insufficienza renale cronica; depressione; ansietà cronica grave; tumore maligno; Alzheimer, demenze senili; Parkinsonismo; altra malattia cronica. Poiché l'indicatore risente del numero di patologie rilevate non è confrontabile con le stime pubblicate in occasione di altre indagini sulla salute.

Overall perceived social support: l'indicatore sintetico di sostegno sociale (the *Oslo-3 Social Support Scale* – OSS3)¹⁰ è costruito mediante tre quesiti con i quali si chiede all'intervistato quante persone sente così vicine da poter contare su di loro in caso di gravi problemi personali, quanto le sembra che gli altri siano attenti a quello che le accade e quanto facile sarebbe avere un aiuto pratico dai vicini di casa in caso di bisogno. A ciascuna modalità di risposta dei quesiti, è attribuito un punteggio che varia da 1 a 5 punti, dove 1 indica il massimo svantaggio e 5 la situazione di maggiore supporto. L'indicatore si costruisce calcolando il punteggio complessivo, che può variare da 3 a 14

¹⁰ Dalgard OS. Explanation of OSS-3. Bilthoven2008 [cited 2008 26 May]; EUphact\Determinants of health\Environment\Social support]. Available from: http://preview.euphix.org/object_document/o5563n27411.html

punti e distinguendo per tre livelli di supporto sociale (debole da 3 a 8 punti; intermedio da 9 a 11 punti; forte da 12 a 14 punti).

Quinti di reddito: per misurare la disuguaglianza nella distribuzione dei redditi, è possibile ordinare le famiglie dal reddito equivalente più basso a quello più alto e classificarle in cinque gruppi (quinti). Il primo quinto comprende il 20 per cento delle famiglie con i redditi equivalenti più bassi, il secondo quelle con redditi medio-bassi e così via fino all'ultimo quinto, che comprende il 20 per cento di famiglie con i redditi più alti.

Reddito equivalente netto mensile familiare: è calcolato dividendo il valore del reddito netto mensile familiare per un opportuno coefficiente di correzione (scala di equivalenza), che permette di tener conto dell'effetto delle economie di scala e di rendere direttamente confrontabili i livelli di reddito di famiglie diversamente composte. La scala di equivalenza (utilizzata anche a livello europeo) è pari alla somma di più coefficienti individuali (1 per il primo adulto, 0,5 per ogni altro adulto e 0,3 per ogni minore di 14 anni).

Reddito netto mensile familiare: reddito complessivo di una famiglia, al netto delle tasse e delle altre detrazioni, che è disponibile per la spesa o il risparmio. Si considerano tutti i redditi monetari di qualsiasi fonte ricevuti da ogni membro di una famiglia: reddito da lavoro, investimenti, benefici sociali, qualsiasi altro reddito delle famiglie. Si escludono le imposte e i contributi sociali che sono stati pagati.

Ripartizioni geografiche: suddivisione geografica del territorio che comprende Nord-ovest, Nord-est, Centro, Sud e Isole.

Speranza di vita a 65 anni: il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti della tavola di mortalità all'età di 65 anni (cfr. <http://demo.istat.it/tvm2016/note.php>).

Speranza di vita in buona salute e senza limitazioni a 65 anni: il numero medio di anni che una persona a 65 anni può aspettarsi di vivere in buone condizioni di salute, utilizzando la prevalenza di individui che rispondono positivamente ("bene" o "molto bene") alla domanda sulla salute percepita, oppure senza limitazioni nelle attività, rispondendo alla domanda sulla presenza di limitazioni gravi o non gravi.

Titolo di studio: quello più elevato conseguito. Alto: dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea, laurea, diploma universitario. Medio: diploma di scuola media superiore (4-5 anni), diploma di 2-3 anni. Basso: licenza di scuola media inferiore, licenza elementare, nessun titolo e sa leggere e scrivere, nessun titolo e non sa leggere e/o scrivere.

Unione europea (28 paesi): comprende Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Olanda, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria.

Nota metodologica

Introduzione e quadro normativo

L'indagine europea sulla salute (Ehis) viene condotta in tutti gli Stati dell'Unione europea con l'obiettivo di confrontare la situazione nei diversi paesi riguardo i principali aspetti delle condizioni di salute della popolazione e il ricorso ai servizi sanitari. L'indagine è prevista dal regolamento (Ue) n. 141/2013 della Commissione, del 19 febbraio 2013 (che attua il regolamento (Ce) n. 1338/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica e di salute e sicurezza sul luogo di lavoro) ed è inserita nel Programma statistico nazionale 2014-2016 (cod. IST 02565).

I risultati derivanti da questo tipo di indagine campionaria sono di grande rilevanza sociale, poiché consentono di monitorare i principali indicatori di salute utili alla programmazione sanitaria nel Paese e contribuiscono a definire le politiche europee per soddisfare i bisogni dei cittadini.

Le tematiche trattate riguardano tre macro aree: lo stato di salute, i determinanti di salute e l'accesso e utilizzo dei servizi sanitari indagati insieme al contesto socio-demografico di ciascun individuo delle famiglie intervistate. L'indagine rientra tra quelle comprese nel Programma statistico nazionale (<http://www.sistan.it/index.php?id=52>).

La priorità di favorire la comparabilità a livello europeo, come principale obiettivo, ha comportato in alcuni casi la necessità di ricorrere a quesiti non sempre perfettamente sovrapponibili a quelli utilizzati nelle precedenti edizioni nazionali delle indagini sulla salute.

Cadenza e periodo di rilevazione

In l'Italia l'indagine Ehis è stata condotta per la prima volta dall'Istat nel 2015 (nei mesi da ottobre a dicembre), in ottemperanza del periodo di riferimento previsto dallo specifico regolamento.

L'indagine ha cadenza periodica e la prossima wave sarà effettuata nel 2019.

Popolazione di riferimento, unità di rilevazione e di analisi

La popolazione di interesse è costituita dalle famiglie residenti in Italia e dagli individui che le compongono, (sono escluse le persone che risiedono in istituti di convivenza).

L'indagine è stata condotta su un campione di circa 13mila famiglie residenti in oltre 550 comuni di diversa ampiezza demografica, distribuiti su tutto il territorio nazionale. Il disegno di campionamento (descritto in dettaglio nell'Appendice B) è a due stadi con stratificazione delle unità di primo stadio (comuni). Le unità di secondo stadio sono le famiglie estratte con criterio di scelta casuale dalle liste anagrafiche comunali, secondo una strategia di campionamento volta a costituire un campione statisticamente rappresentativo della popolazione residente.

L'unità di rilevazione è la famiglia di fatto, definita come insieme di persone coabitanti e aventi dimora nello stesso comune, legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi o di amicizia.

Le unità di analisi sono le famiglie e gli individui che le compongono.

La raccolta delle informazioni

Per la gran parte dei quesiti le interviste sono state condotte secondo la tecnica *Pen and paper interview* (Papi) - tecnica di rilevazione che prevede l'utilizzo delle interviste faccia-a-faccia. Per un'altra parte, più esigua, è stata prevista l'autocompilazione del questionario. Nell'intervista faccia-a-faccia è stato somministrato un questionario familiare e tante schede individuali quanti sono i membri della famiglia.

Ulteriori informazioni sull'indagine ed i questionari utilizzati per la raccolta dei dati sono disponibili al seguente link: <http://www.istat.it/it/archivio/167485>.

Il disegno di campionamento

I domini di studio, ossia gli ambiti rispetto ai quali sono riferiti i parametri di popolazione oggetto di stima, sono:

- l'intero territorio nazionale;
- le cinque ripartizioni geografiche (Italia nord-occidentale, Italia nord-orientale, Italia centrale, Italia meridionale e Italia insulare);
- le regioni geografiche (a eccezione del Trentino-Alto Adige le cui stime sono prodotte separatamente per le province di Bolzano e Trento);
- la tipologia comunale ottenuta suddividendo i comuni italiani in quattro classi formate in base a caratteristiche socio-economiche e demografiche:
- comuni appartenenti all'area metropolitana suddivisi in:
 - A1 comuni centro dell'area metropolitana: Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Palermo, Catania, Cagliari;
 - A2 comuni che gravitano intorno ai comuni centro dell'area metropolitana;
- comuni non appartenenti all'area metropolitana suddivisi in:
 - B1 comuni aventi fino a 10.000 abitanti;
 - B2 comuni con oltre 10.001 abitanti.

Il disegno di campionamento utilizzato è di tipo complesso e si avvale di due differenti schemi di campionamento. Nell'ambito di ognuno dei domini definiti dall'incrocio della regione geografica con le quattro aree A1, A2, B1, B2, i comuni sono suddivisi in due sottoinsiemi sulla base della popolazione residente:

- l'insieme dei comuni Auto rappresentativi (Ar) costituito dai comuni di maggiore dimensione demografica;
- l'insieme dei comuni Non auto rappresentativi (Nar) costituito dai rimanenti comuni.

Nell'ambito dell'insieme dei comuni Ar, ciascun comune viene considerato come uno strato a sé stante e viene adottato un disegno noto con il nome di campionamento a grappoli. Le unità primarie di campionamento sono rappresentate dalle famiglie anagrafiche, estratte in modo sistematico dal registro delle anagrafi comunali (Lac); per ogni famiglia inclusa nel campione vengono rilevate le caratteristiche oggetto di indagine di tutti i componenti di fatto appartenenti alla famiglia medesima.

Nell'ambito dei comuni Nar viene adottato un disegno a due stadi con stratificazione delle unità primarie. Le Unità primarie (Up) sono i comuni, le Unità secondarie (Us) sono le famiglie anagrafiche; per ogni famiglia inclusa nel campione vengono rilevate le caratteristiche oggetto di indagine di tutti i componenti di fatto appartenenti alla famiglia medesima.

I comuni vengono selezionati con probabilità proporzionali alla loro dimensione demografica e senza reimmissione, mentre le famiglie vengono estratte con probabilità uguali e senza reimmissione (vedi nota metodologica Istat INDAGINE EHIS 2015: <https://www.istat.it/it/files/2017/04/Nota-metodologica1.pdf?title=Prevenzione+e+stili+di+vita+in+Italia+e+in+Ue+-+11%2Fapr%2F2017+-+Nota+metodologica.pdf>)

L'elaborazione dei dati: processo, strumenti e tecniche

Le stime prodotte dall'indagine sono essenzialmente stime di frequenze assolute e relative, riferite alle famiglie e agli individui.

Le stime sono ottenute mediante uno stimatore di ponderazione vincolata, che è il metodo di stima adottato per la maggior parte delle indagini Istat sulle imprese e sulle famiglie. Il principio su cui è basato ogni metodo di stima campionaria è che le unità appartenenti al campione rappresentino anche le unità della popolazione che non sono incluse nel campione. Questo

principio viene realizzato attribuendo a ogni unità campionaria un peso che indica il numero di unità della popolazione rappresentata dall'unità medesima.

Il peso da attribuire alle unità campionarie è ottenuto per mezzo di una procedura complessa che:

- corregge l'effetto distorsivo della mancata risposta totale dovuta all'impossibilità di intervistare alcune delle famiglie selezionate per irreperibilità o per rifiuto all'intervista;
- tiene conto della conoscenza di totali noti di importanti variabili ausiliarie (disponibili da fonti esterne all'indagine), nel senso che le stime campionarie dei totali noti delle variabili ausiliarie devono coincidere con i valori noti degli stessi.

Nell'indagine in oggetto sono stati definiti i seguenti vincoli (totali noti di popolazione):

- il primo si riferisce alla distribuzione della popolazione nelle cinque ripartizioni territoriali per sesso e nove classi decennali di età;
- il secondo si riferisce alla distribuzione della popolazione nelle regioni per sesso e cinque classi di età;
- il terzo riguarda la distribuzione del totale delle famiglie per regione, stimata dall'indagine "Aspetti della vita quotidiana".

La procedura che consente di costruire i pesi finali da attribuire alle unità campionarie rispondenti, è articolata nelle seguenti fasi:

1. si calcolano i pesi diretti come reciproco della probabilità di inclusione delle unità;
2. si calcolano i fattori correttivi per mancata risposta totale, come l'inverso del tasso di risposta del comune cui ciascuna unità appartiene;
3. si ottengono i pesi base, o pesi corretti per mancata risposta totale, moltiplicando i pesi diretti per i corrispondenti fattori correttivi per mancata risposta totale;
4. si costruiscono i fattori correttivi che consentono di soddisfare, a livello ripartizionale e regionale, la condizione di uguaglianza tra i totali noti delle variabili ausiliarie e le corrispondenti stime campionarie;
5. si calcolano, infine, i pesi finali mediante il prodotto dei pesi base per i fattori correttivi ottenuti al passo 4.

I fattori correttivi del passo 4 sono ottenuti dalla risoluzione di un problema di minimo vincolato, in cui la funzione da minimizzare è una funzione di distanza (opportunamente prescelta) tra i pesi base e i pesi finali e i vincoli sono definiti dalla condizione di uguaglianza tra stime campionarie dei totali noti di popolazione e valori noti degli stessi. La funzione di distanza prescelta è la funzione euclidea; l'adozione di tale funzione garantisce che i pesi finali siano positivi e contenuti in un predeterminato intervallo di valori possibili, eliminando in tal modo i pesi positivi estremi (troppo grandi o troppo piccoli). Il peso finale è stato determinato con la procedura di calibrazione sviluppata in Re-Genesees (Zardetto, 2015) 11.

La precisione delle stime

Al fine di valutare l'accuratezza delle stime prodotte da un'indagine campionaria è necessario tenere conto dell'errore campionario che deriva dall'aver osservato la variabile di interesse solo su una parte (campione) della popolazione. Tale errore può essere espresso in termini di errore assoluto (*standard error*) o di errore relativo (cioè l'errore assoluto diviso per la stima, che prende il nome di coefficiente di variazione, CV).

Nella presente indagine, il modello utilizzato per le stime di frequenze assolute e relative, è del tipo seguente:

$$\log(\hat{\varepsilon}^2(\hat{Y}_d)) = a + b \log(\hat{Y}_d) \quad (11)$$

¹¹ Zardetto D. (2015). *ReGenesees: an Advanced R System for Calibration, Estimation and Sampling Error Assessment in Complex Sample Surveys*. Journal of Official Statistics. Volume 31, Issue 2, Pages 177–203, ISSN (Online) 2001-7367, June 2015.

dove i parametri a e b vengono stimati utilizzando il metodo dei minimi quadrati.

Nei prospetti 2a e 3a sono riportati i valori dei coefficienti a e b e dell'indice di determinazione R^2 del modello utilizzato per l'interpolazione degli errori campionari di stime di frequenze assolute e relative, per totale Italia, ripartizione geografica e regione.

Sulla base delle informazioni contenute in tale prospetto, è possibile calcolare la stima dell'errore di campionamento relativo di una determinata stima di frequenza assoluta \hat{Y}_d mediante la formula:

$$\hat{\varepsilon}(\hat{Y}_d) = \sqrt{\exp(a + b \log(\hat{Y}_d))} \quad (12)$$

che si ricava facilmente dalla (11).

Se, per esempio, la stima \hat{Y}_d si riferisce agli individui dell'Italia nord occidentale, l'errore relativo corrispondente si ottiene introducendo nella (12) i valori dei parametri a e b riportati nella prima riga del prospetto 2a.

I prospetti 2b e 3b, presentati in aggiunta con riferimento agli individui, consentono di rendere più agevole il calcolo degli errori campionari. Essi contengono gli errori di campionamento relativo, per ciascun dominio territoriale di interesse, calcolati mediante la formula (12), corrispondenti alle stime di frequenze assolute.

Le informazioni contenute in tali prospetti permettono di calcolare l'errore relativo di una generica stima di frequenza assoluta (o relativa) mediante due procedimenti che risultano di facile applicazione, anche se conducono a risultati meno precisi di quelli ottenibili mediante l'espressione (12). Il primo metodo consiste nell'individuare il livello di stima (riportato in colonna) che più si avvicina alla stima di interesse e nel considerare come errore relativo il valore che si trova sulla riga corrispondente al dominio territoriale di riferimento.

Con il secondo metodo, l'errore campionario della stima \hat{Y}_d si ricava mediante la seguente espressione:

$$\hat{\varepsilon}(\hat{Y}_d) = \hat{\varepsilon}(\hat{Y}_d^{k-1}) - \frac{\hat{\varepsilon}(\hat{Y}_d^{k-1}) - \hat{\varepsilon}(\hat{Y}_d^k)}{\hat{Y}_d^k - \hat{Y}_d^{k-1}} (\hat{Y}_d - \hat{Y}_d^{k-1}) \quad (13)$$

dove \hat{Y}_d^{k-1} e \hat{Y}_d^k sono i valori delle stime, riportati in colonna, entro i quali è compresa la stima di interesse \hat{Y}_d , ed $\hat{\varepsilon}(\hat{Y}_d^{k-1})$ e $\hat{\varepsilon}(\hat{Y}_d^k)$ i corrispondenti errori relativi.

PROSPETTO 2A. VALORI DEI COEFFICIENTI A, B E DELL'INDICE DI DETERMINAZIONE R² DELLE FUNZIONI UTILIZZATE PER LE INTERPOLAZIONI DEGLI ERRORI CAMPIONARI DELLE STIME A LIVELLO NAZIONALE E PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	a	b	R ²
Nord-ovest	8,932	-1,114	0,932
Nord-est	8,734	-1,122	0,932
Centro	8,730	-1,115	0,936
Sud	8,701	-1,105	0,933
Isole	8,266	-1,065	0,895
ITALIA	8,940	-1,110	0,949

PROSPETTO 2B. VALORI INTERPOLATI DEGLI ERRORI CAMPIONARI DELLE STIME PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Valori della stima – frequenza assoluta									
	25000	50000	75000	100000	250000	500000	750000	1000000	2500000	5000000
Nord-ovest	30,92	21,02	16,77	14,29	8,58	5,83	4,65	3,96	2,38	1,62
Nord-est	26,84	18,19	14,49	12,33	7,37	5,00	3,98	3,39	2,03	1,37
Centro	27,79	18,89	15,07	12,83	7,70	5,23	4,17	3,56	2,13	1,45
Sud	28,82	19,65	15,70	13,40	8,08	5,51	4,40	3,75	2,26	1,54
Isole	28,37	19,62	15,81	13,56	8,33	5,76	4,64	3,98	2,44	1,69
ITALIA	31,597	21,503	17,169	14,634	8,799	5,988	4,781	4,075	2,450	1,668

PROSPETTO 3A. VALORI DEI COEFFICIENTI A, B E DELL'INDICE DI DETERMINAZIONE R² DELLE FUNZIONI UTILIZZATE PER LE INTERPOLAZIONI DEGLI ERRORI CAMPIONARI DELLE STIME PER REGIONE GEOGRAFICA

REGIONE	a	b	R ²
Piemonte	8,335	-1,073	0,970
Valle D'Aosta	5,886	-1,054	0,811
Lombardia	9,000	-1,095	0,970
Trentino-Alto Adige			
<i>Bolzano</i>	7,730	-1,134	0,835
<i>Trento</i>	7,941	-1,144	0,852
Veneto	8,522	-1,089	0,971
Friuli-Venezia Giulia	8,030	-1,086	0,937
Liguria	8,298	-1,107	0,955
Emilia-Romagna-	9,227	-1,149	0,971
Toscana	8,187	-1,071	0,906
Umbria	8,934	-1,195	0,902
Marche	7,403	-1,021	0,918
Lazio	8,710	-1,092	0,974
Abruzzo	8,440	-1,107	0,861
Molise	5,936	-0,944	0,853
Campania	8,233	-1,042	0,966
Puglia	8,336	-1,059	0,976
Basilicata	7,664	-1,108	0,838
Calabria	7,846	-1,038	0,927
Sicilia	7,937	-1,011	0,962
Sardegna	8,225	-1,089	0,871

PROSPETTO 3B - VALORI INTERPOLATI DEGLI ERRORI CAMPIONARI DELLE STIME PER REGIONE GEOGRAFICA

REGIONE	Valori della stima – frequenza assoluta									
	10000	25000	50000	75000	100000	250000	500000	750000	1000000	2500000
Piemonte	46,03	28,15	19,41	15,61	13,38	8,18	5,64	4,54	3,89	2,38
Valle D'Aosta	14,80	9,13	6,34	5,12	4,40	2,71	1,88	1,52	1,31	0,81
Lombardia	58,18	35,23	24,11	19,31	16,50	9,99	6,84	5,48	4,68	2,83
Trentino-Alto Adige										
Bolzano	25,75	15,32	10,34	8,22	6,98	4,15	2,80	2,23	1,89	1,13
Trento	27,32	16,17	10,88	8,63	7,32	4,33	2,92	2,31	1,96	1,16
Veneto	47,04	28,56	19,58	15,70	13,43	8,15	5,59	4,48	3,83	2,33
Friuli-Venezia Giulia	37,32	22,69	15,57	12,50	10,69	6,50	4,46	3,58	3,06	1,86
Liguria	38,81	23,38	15,93	12,73	10,86	6,54	4,46	3,56	3,04	1,83
Emilia-Romagna-	50,88	30,06	20,19	16,00	13,56	8,01	5,38	4,26	3,61	2,14
Toscana	43,32	26,53	18,30	14,73	12,63	7,73	5,34	4,30	3,68	2,25
Umbria	35,43	20,49	13,54	10,63	8,95	5,18	3,42	2,68	2,26	1,31
Marche	36,74	23,01	16,15	13,13	11,34	7,10	4,98	4,05	3,50	2,19
Lazio	50,97	30,90	21,17	16,96	14,50	8,79	6,02	4,83	4,12	2,50
Abruzzo	41,57	25,03	17,06	13,63	11,62	7,00	4,77	3,81	3,25	1,96
Molise	25,22	16,37	11,80	9,75	8,51	5,52	3,98	3,29	2,87	1,86
Campania	50,55	31,36	21,85	17,69	15,23	9,45	6,58	5,33	4,59	2,85
Puglia	49,17	30,26	20,96	16,91	14,52	8,94	6,19	5,00	4,29	2,64
Basilicata	28,07	16,89	11,51	9,19	7,84	4,72	3,21	2,57	2,19	1,32
Calabria	42,48	26,41	18,43	14,93	12,86	8,00	5,58	4,52	3,89	2,42
Sicilia	50,41	31,73	22,35	18,21	15,75	9,91	6,98	5,69	4,92	3,10
Sardegna	40,62	24,67	16,92	13,57	11,60	7,05	4,83	3,87	3,31	2,01

Informazioni sulla riservatezza dei dati

I dati raccolti nell'indagine sono tutelati dal segreto statistico e sottoposti alla normativa sulla protezione dei dati personali. Questi possono essere utilizzati, anche per successivi trattamenti, esclusivamente per fini statistici dai soggetti del Sistema statistico nazionale e possono, altresì, essere comunicati per finalità di ricerca scientifica alle condizioni e secondo le modalità previste dall'art. 7 del Codice di deontologia per il trattamento di dati personali effettuato nell'ambito del Sistema statistico nazionale e dal regolamento comunitario n. 831/2002. Le stime diffuse in forma aggregata, sono tali da non poter risalire ai soggetti che hanno fornito i dati o a cui si riferiscono.

Diffusione

I dati dell'indagine relativi alla prevenzione ed agli stili di vita sono stati diffusi come Tavole di dati <http://www.istat.it/it/archivio/198878>.

In questo report sono diffusi i dati relativi alle condizioni di salute ed al ricorso ai servizi sanitari. Si tenga presente che per il confronto con i paesi della Ue a 28, gli indicatori sono calcolati al netto dei missing (ovvero escludendo chi non ha risposto al quesito) e, laddove specificato, delle risposte proxy (ovvero considerando solo chi ha risposto direttamente), così come richiesto da Eurostat. Lievi discrepanze possono quindi riscontrarsi tra i valori degli indicatori calcolati sui soli dati italiani (che includono tutti gli individui), rispetto a quelli calcolati per tutti i paesi europei. Questa differenza di calcolo è riportata in nota nelle tavole dell'allegato statistico che accompagna la statistica report, nei confronti con i dati europei.

Ulteriori dati sono reperibili nel database di Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>) sotto le voci "Population and social conditions / Health".