



Dipartimento di Statistica
"Giuseppe Parenti"

Dipartimento di Statistica "G. Parenti" - Viale Morgagni 59 - 50134 Firenze - www.ds.unifi.it

S E R I E R I C E R C H E 2 0 1 0

Uno sguardo alla salute
dei toscani: differenze sociali e
territoriali attraverso l'indagine
*"Condizioni di salute e ricorso
ai servizi sanitari"* - 2005

Elena Pirani,
Silvana Salvini



Università degli Studi
di Firenze

UNO SGUARDO ALLA SALUTE DEI TOSCANI: DIFFERENZE SOCIALI E TERRITORIALI ATTRAVERSO L'INDAGINE "CONDIZIONI DI SALUTE E RICORSO AI SERVIZI SANITARI" - 2005

Elena Pirani – Silvana Salvini
Dipartimento di Statistica "G. Parenti", Università di Firenze

pirani@ds.unifi.it – salvini@ds.unifi.it

Riassunto

Nell'ambito del settore "salute" e delle politiche sanitarie, il Libro Bianco della Commissione Europea ha recentemente ribadito la necessità di adottare un approccio multidimensionale e integrato, necessario per la comprensione e il monitoraggio di come possa prodursi realmente un "invecchiamento in buona salute" da un punto di vista sia individuale che collettivo. Tale obiettivo fa riferimento a una visione della salute e delle sue determinanti che integra tutte le aree della vita quotidiana.

In tale prospettiva si pone questo studio sui diversi aspetti di diseguglianza nel settore salute e sui fattori socioeconomici interrelati, in Toscana. La possibilità di questa analisi a un livello territoriale dettagliato è offerta dall'Indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* condotta dall'Istat nel 2005, la quale grazie ad una convenzione tra Istat, Regioni e Ministero della salute, ha visto un aumento delle dimensioni campionarie dell'indagine, raggiungendo l'obiettivo della significatività delle stime anche a livello sub-regionale. In particolare, il disegno di campionamento ha individuato come domini di studio sub-regionali le *aree vaste*, aggregati territoriali di particolare interesse per la programmazione sanitaria a livello locale. La regione Toscana risulta suddivisa in 4 aree vaste, sulle quali si concentrerà l'analisi: il comune di Firenze, il resto della provincia di Firenze, insieme a quelle di Pistoia e Prato; l'area composta dalle province di Siena, Arezzo e Grosseto; le province di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa. Nell'ottica del decentramento secondo cui sono state attuate le riforme del sistema sanitario italiano negli ultimi anni, la conoscenza delle caratteristiche di un territorio e della sua popolazione – in termini sia di salute che socioeconomiche – è d'altra parte necessaria per potere monitorare gli eventuali divari che si possono venire a creare tra i bisogni di salute e le risorse del sistema sanitario.

Grazie alla ricchezza dei contenuti informativi dell'Indagine, la salute degli individui viene qui indagata e valutata in un'ottica multidimensionale e considerando

molteplici aspetti. Il capitolo 1 si concentra in particolare sulla percezione delle condizioni di salute, sulla presenza di malattie invalidanti croniche e di disabilità, valutando in un'ottica descrittiva le diseguaglianze socioeconomiche e territoriali in questi ambiti. Nel Capitolo 2 si prendono in considerazione i principali fattori di rischio legati agli stili di vita individuali (peso, attività fisica e abitudine al fumo) con un focus specifico sulla popolazione giovane, mentre nel Capitolo 3 si analizzano il consumo di farmaci tradizionali e non, e il ricorso alle attività di controllo diagnostico preventivo. Il ricorso ai servizi sanitari, alle visite mediche generiche e specialistiche e alle strutture ospedaliere è il tema del Capitolo 4. In questo ambito viene preso in considerazione, sempre in un'ottica di confronto intra-regionale, l'accesso e il pagamento per queste tipologie di servizi, oltre che l'opinione e la soddisfazione dei toscani riguardo ad essi. Il Capitolo 5 si concentra sulla salute della donna, studiando il ricorso ai controlli preventivi per i tumori femminili, e la salute riproduttiva della donna, con riferimento alla gravidanza, al parto e all'allattamento. Conclude l'analisi il Capitolo 6, nel quale viene presentato un esercizio di sintesi che ha l'obiettivo di mettere in luce l'eventuale associazione fra condizioni di salute e condizioni socio-economiche.

La disponibilità delle caratteristiche socio-demografiche degli intervistati, come il sesso, l'età, lo stato civile, la rete relazionale, il livello di istruzione, oltre che della situazione che essi dichiarano a proposito delle condizioni economiche e abitative, consente un esame delle associazioni fra salute, ambiente e caratteristiche individuali, allo scopo di delineare profili e disuguaglianze che permangono sia a livello territoriale di "area vasta", sia nei confronti dei diversi gruppi sociali.

In sintesi, l'analisi descrittiva mostra la persistenza in Toscana di una relazione fra diseguaglianze socio-economiche e diseguaglianze nella salute. Per ognuno degli indicatori di salute considerati, si osserva che gli individui maggiormente svantaggiati da un punto di vista sociale ed economico sembrano tali anche da quello delle condizioni di salute. Le diseguaglianze di salute sono dovute in misura rilevante anche ad un'iniqua distribuzione dei fattori di rischio, tra i quali vanno annoverati gli stili di vita, e del ricorso ai controlli diagnostici e a programmi di prevenzione. L'analisi ha permesso di verificare che, così come le condizioni di salute, anche questi comportamenti volontari sono distribuiti in modo assai diverso tra le classi sociali, ancora una volta a sfavore dei gruppi socio-economici più svantaggiati.

Dal punto di vista territoriale, emerge chiaramente come il dato medio della Toscana nasconda a sua volta un certo grado di variabilità intra-regionale, non solo per la condizione socio-economica, ma anche per le diverse dimensioni che compongono il concetto di salute o il ricorso ai servizi sanitari. L'analisi ha inoltre verificato la persistenza di differenziali di genere, anche se di diversa intensità a seconda dell'indicatore considerato. Un risultato di particolare interesse per la Toscana è il fatto che, nonostante alcune differenze sociali e intra-regionali, essa si posiziona a livelli superiori rispetto alla media nazionale per diffusione e utilizzazione dei programmi pubblici regionali di screening preventivo riguardanti i tumori femminili.

La relazione tra condizioni di salute e condizioni demografiche e socio-economiche viene confermata in un'ottica multidimensionale anche attraverso modelli di regressione logistica, che si focalizzano in particolare sulla popolazione toscana di 50 anni e oltre data la prevalenza delle condizioni di salute negative a partire da questa fascia di età.

Sia per la percezione della salute che per la multicronicità e la disabilità, la nostra analisi conferma che anche in Toscana il rischio di cattive condizioni di salute è maggiore per le donne e cresce all'aumentare dell'età. Dai modelli emerge inoltre che

ognuna delle tre componenti utilizzate per approssimare lo svantaggio socioeconomico degli individui – livello di istruzione, percezione della propria situazione economica e indice di condizioni abitative – risulta essere associata agli indicatori di salute studiati. In particolare, nel caso della percezione della salute, l'associazione con la scarsità di risorse economiche cambia in relazione all'area vasta di residenza. Infine, per quanto riguarda le variabili relative alle reti di sostegno disponibile, esse indicano un rischio più elevato di cattiva salute per coloro che non possono contare sull'aiuto di parenti, vicini e amici in caso di necessità o, in particolare per la disabilità, anche per coloro che non vivono con il partner.

Complessivamente, questo lavoro ha puntato l'attenzione sulle associazioni tra condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari da un lato, e status socioeconomico individuale dall'altro, senza poter tuttavia stabilire legami di causa-effetto, data la natura *cross-section* dell'indagine utilizzata. Questi risultati vogliono tuttavia rappresentare un contributo alla conoscenza delle diseguaglianze territoriali e sociali in termini di salute in Toscana. Questa conoscenza è un necessario punto di partenza per veri e propri interventi di policy mirati, necessari per ristabilire equilibri che le disuguaglianze sottolineate mettono in dubbio e per affrontare una popolazione che, date le prospettive di invecchiamento, manifesterà pertanto bisogni crescenti nel campo sanitario.

Ringraziamenti

Ringraziamo Carlo Corsini, Marco Marchi e Silvana Schifini per la loro revisione e i loro suggerimenti sulla prima stesura di questo lavoro.

Questa ricerca è stata realizzata nell'ambito del Progetto Finanziato dalla Regione Toscana – Settore Sistema Statistico.

HEALTH IN TUSCANY: SOCIAL AND TERRITORIAL DIFFERENCES THROUGH THE SURVEY “*HEALTH CONDITIONS AND RECOURSE TO HEALTH SERVICES*” - 2005

Elena Pirani – Silvana Salvini
Department of Statistics “G. Parenti”, University of Florence

pirani@ds.unifi.it – salvini@ds.unifi.it

Abstract

The *White Paper for Health* of European Commission has recently reaffirmed the necessity to adopt a multidimensional and integrated approach in the field of health. Such an approach is needed for the understanding and the monitoring of how to produce a “population ageing in good health”, from both an individual and a collective point of view. This objective refers to a view of health and of its determinants that encompasses all the daily life domains.

This study about different aspects of inequalities in health and its socioeconomic correlates in Tuscany gets into this framework. The possibility of a detailed analysis is provided by the Italian interview survey on *Health Conditions and Recourse to Health Services*, carried out by Istat in 2004-2005. Thanks to an agreement among Istat, Regional Authorities and the Department of Health, this survey can take advantage of large sample size that allows us to analyse the data at a sub-national level. Particularly, the sample design defines the so-called *large areas*, which identify geographical aggregates of particular interest for the health policies at local level from the points of view of administration, management and policies. Tuscany region is splitted in 4 large areas: the city of Florence; the rest of the province of Florence together with the provinces of Pistoia and Prato; the provinces of Siena, Arezzo and Grosseto; and finally the provinces of Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa. Bearing in mind that in Italy the competences on health care are delegated to a regional level, the knowledge of health and socioeconomic features of an area and of its population is necessary in order to monitor possible discrepancies between need of health and resources of health system.

Thanks to the richness of information provided by the survey, health of individuals is here investigated and evaluated from a multidimensional perspective and considering several aspects. Chapter 1 focuses on subjective health perception, on the presence of chronic diseases and of disabilities, evaluating socioeconomic and territorial inequalities in these domains. In Chapter 2 we consider the main risk factors related to individual lifestyles (weight, physical activity and smoking), with a specific focus on young

population, while in Chapter 3 we analyse the consumption of drugs and non-conventional cures, and the recourse to diagnostic tests and check-up. The recourse to health services, general practitioner and specialist visits, and hospital recovery represent the topics faced in Chapter 4. We consider, again in an intra-regional comparative perspective, the access and the payment of these services, besides the opinion and the satisfaction of Tuscany population about them. Chapter 5 deals with “women health”, investigating the recourse to screening programs about the feminine cancers and the reproductive health, with regard to the phases of pregnancy, childbirth and feeding. We conclude in Chapter 6 with a comprehensive analysis, which aims to highlight potential associations between health conditions and socioeconomic status.

Availability of socio-demographic characteristics of respondents, namely sex, age, marital status, relationship networks and education, besides the subjective evaluation of their socioeconomic situation and the reported housing conditions, enables an analysis of associations among health, environment and individual features. In this way, we are able to depict elements of inequalities that survive both at large area territorial level, and among social groups.

To summarise, the descriptive analyses show a relation between socioeconomic inequalities and health inequalities in Tuscany. For all the health indicators investigated we observe that people in lower socio-economic conditions are more exposed to bad health. Health inequalities are due also to disparities in the distribution of risk factors and in the use of screening programs. We found that people in disadvantaged socioeconomic conditions are more likely to adhere to unhealthy or health-damaging behaviours, do not always use the existing health facilities in an optimal way, as well as the prevention and screening protocols.

From a territorial point of view, it clearly emerges a certain degree of intra-regional heterogeneity, both for the socioeconomic status, for the different dimensions that compose the concept of health and for the recourse to health services. We remark also the persistence of gender imbalances, whose intensity may differ depending on the health indicator considered.

An interesting finding for Tuscany is that, notwithstanding some social and intra-regional differences, this region is above the national average for the diffusion and the utilization of public regional screening programs about the feminine cancers.

Finally, the relation between health status, demographic and socioeconomic characteristics is confirmed also by multivariate logistic regression models applied on Tuscany population aged 50 and more, given the prevalence of bad health status in this age. For all the indicators – self-rated health, presence of multiple chronic diseases and presence of disabilities – our analysis confirms that, also in Tuscany, the risk of bad health conditions is higher for women and it worsens with the increasing of age. Furthermore, we find that each component of the socioeconomic condition – educational level, economic satisfaction and housing assets – is strongly correlated with the individual health indicators. Particularly, for the self-rated health the association with the evaluation of economic situation changes in relation to the large area of residence. Finally, as for the relationships networks available to individuals, this indicator shows a higher risk of bad health for people who cannot rely on help in case of need, or, for the disabilities indicator, also for people who do not live with their partner.

These results in terms of association between health status, recourse to health services and individual socioeconomic conditions aim at contributing to the knowledge of social and territorial inequalities of health in Tuscany. This knowledge represents an

essential starting point for specific policy interventions, indispensable to remove the observed inequalities and to sustain a population that, given the ageing perspectives, will show raising needs in the field of health.

Acknowledgements

We thank Carlo Corsini, Marco Marchi and Silvana Schifini for their useful suggestions and comments on an earlier draft.

Financial support from the Regione Toscana – Regional Statistics System Management – is gratefully acknowledged.

Indice

Introduzione	1
1 Le condizioni di salute della popolazione Toscana	3
1.1 La percezione della salute.....	3
1.2 Le malattie croniche più diffuse e la multi cronicità.....	5
1.3 Il fenomeno della disabilità.....	8
1.4 Diseguaglianze socio-economiche e diseguaglianze nella salute.....	11
1.5 C'è variabilità intra-regionale nelle condizioni di salute in Toscana?.....	14
1.5.1 <i>Il contesto regionale</i>	15
1.5.2 <i>Le condizioni di salute</i>	16
2 Fattori di rischio e stili di vita	20
2.1 I problemi di peso.....	20
2.2 L'attività fisica e sportiva.....	25
2.3 L'abitudine al fumo.....	27
2.4 Stili di vita dei giovani toscani.....	32
3 Prevenzione, consumo di farmaci e ricorso a terapie non convenzionali	35
3.1 Il vaccino antinfluenzale.....	35
3.2 I controlli diagnostici preventivi.....	37
3.2.1 <i>I controlli per colesterolo, glicemia e pressione arteriosa</i>	38
3.2.2 <i>I controlli per l'osteoporosi</i>	40
3.3 Chi consuma più farmaci?.....	41
3.4 Le terapie non convenzionali.....	45
4 I servizi sanitari in Toscana	50
4.1 Visite, accertamenti e ricoveri ospedalieri.....	50
4.1.1 <i>Le visite mediche</i>	50
4.1.2 <i>Gli accertamenti diagnostici</i>	54
4.1.3 <i>Le caratteristiche dei ricoveri ospedalieri</i>	57
4.1.4 <i>Gli altri servizi socio-sanitari sul territorio</i>	60
4.2 Il tipo di struttura ed il contributo al pagamento delle spese dei servizi sanitari.....	61
4.3 Disuguaglianze nel pagamento dei servizi sanitari.....	64
4.4 L'accesso ai servizi sanitari nelle diverse aree toscane.....	67
4.5 L'opinione dei toscani sul Sistema Sanitario Regionale.....	70
4.5.1 <i>Il rapporto con il personale medico</i>	70
4.5.2 <i>I toscani sono soddisfatti dei servizi sanitari?</i>	72

5 La salute della donna.....	74
5.1 La prevenzione dei tumori femminili	74
5.1.1 Ricorso al Pap test.....	74
5.1.2 Ricorso alla mammografia	77
5.2 I programmi di screening in Toscana: differenze tra le aree vaste	79
5.3 Il percorso verso la maternità in Toscana	82
5.3.1 Gravidanza	82
5.3.2 Preparazione al parto e parto	87
5.3.3 Allattamento	91
6 I fattori socio-economici associati alle condizioni di salute.....	93
Considerazioni conclusive.....	96
Riferimenti bibliografici	100

Introduzione

In Italia si riscontrano ancora oggi forti disparità nel settore della sanità – dallo stato di salute all'incidenza delle malattie, dall'organizzazione al ricorso ai servizi sanitari – sia con riferimento alle condizioni socio-economiche degli individui sia a livello territoriale (Istat 2007a, Ongaro e Salvini 2009). La variabilità tra le regioni rappresenta solo un aspetto parziale del problema e un'ottica di confronto regionale rischia di non evidenziare importanti elementi di differenziazione in realtà presenti all'*interno* delle singole regioni. Nell'ottica del decentramento secondo cui sono state attuate le riforme del sistema sanitario italiano negli ultimi anni, è fondamentale conoscere le caratteristiche di un territorio e della sua popolazione per potere monitorare gli eventuali divari che si possono venire a creare tra i bisogni di salute e le risorse del sistema sanitario.

La possibilità di indagare ad un livello territoriale più dettagliato i diversi aspetti di disuguaglianza nel settore salute è offerta dall'Indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* condotta dall'Istat nel 2005. Tale indagine rappresenta un'importante innovazione nel quadro delle indagini multiscopo dal punto di vista del disegno di campionamento. Nell'ambito di una convenzione con le Regioni e il Ministero della salute, l'Istat ha infatti aumentato le dimensioni campionarie dell'indagine, raggiungendo l'obiettivo della significatività delle stime anche a livello sub-regionale. A tale scopo, è stato utilizzato un disegno campionario stratificato a doppio stadio (Comuni e famiglie) che ha coinvolto, a livello italiano, 50474 famiglie (contro le circa 24000 delle indagini multiscopo), per un totale di 128040 intervistati. L'indagine non ha quindi riguardato coloro che vivono in istituzioni e case di cura, e in generale tutti coloro che vivono in convivenze. Tuttavia questa esclusione in Italia non sembra sostanziale¹.

Il disegno di campionamento ha individuato come domini di studio sub-regionali le *aree vaste*, definite in relazione allo specifico contenuto informativo dell'indagine (Caranci et al. 2008). Le *aree vaste* sono costituite da aggregazioni di ASL (Aziende Sanitarie Locali), da province o da aggregazioni di province, e individuano aggregati territoriali di particolare interesse per la programmazione sanitaria a livello locale.

Per quanto riguarda la Regione Toscana, la copertura campionaria ha interessato oltre 7000 individui (più del doppio rispetto al campione tradizionale) appartenenti a circa 3000 famiglie², che corrispondono in termini di riporto all'universo a poco più di 3500000 individui e quasi 1500000 famiglie³ (prospetti A e B). Se non diversamente indicato, nel prosieguo dell'analisi ci riferiremo sempre ai valori ponderati.

¹ Ad esempio in Italia la quota di disabili che vivono in convivenza, pari nel complesso a circa 190 mila persone si mantiene ancora piuttosto ridotta (Istat, 2006c).

² Rimandiamo a Istat (2007b) per una descrizione dettagliata della strategia di campionamento e del livello di precisione dei risultati, così come per la presentazione del modello di rilevazione (http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/famiglia_societasalute/). Il campione ha riguardato cittadini italiani e stranieri. La numerosità di questi ultimi è tuttavia molto bassa, rappresentando nel campione della Toscana meno del 4% degli intervistati. Nelle analisi successive pertanto non potremmo considerare la nazionalità tra le caratteristiche discriminanti le condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari.

³ Per i dettagli sulla ponderazione e sui criteri di riporto all'universo si rimanda alle note metodologiche predisposte dall'Istat (Istat 2007b).

Il territorio regionale risulta suddiviso in 4 aree vaste: l'area del comune di Firenze (Firenze città), che in quanto comune metropolitano viene considerato separatamente; il resto della provincia di Firenze, insieme a quelle di Pistoia e Prato; l'area a sud-est composta dalle province di Siena, Arezzo e Grosseto; le province della costa Tirrenica, ovvero Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa.

Rispetto alle statistiche sanitarie esaustive, quali, ad esempio, le schede di dimissioni ospedaliere (che sono divenute lo strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative a ogni paziente dimesso dagli istituti di cura pubblici e privati su tutto il territorio nazionale ma che vanno considerate una fonte di dati sanitari istituita principalmente per finalità amministrative ed economico-gestionali, per cui il suo utilizzo a fini statistici e soprattutto a fini epidemiologici richiede una particolare cautela, Egidi e Ferruzza, 2009) le indagini multiscopo sulle condizioni di salute consentono analisi approfondite relative allo stato di salute percepito e a varie caratteristiche socio-economiche individuali. Una peculiarità dell'indagine del 2005 rispetto alle precedenti, condotte nel 1994-95 e 1999-2000, ha riguardato anche l'arricchimento dei contenuti informativi (Gargiulo *et al.* 2008), che consente di indagare la salute degli individui da diverse prospettive: dalla percezione delle condizioni di salute alla presenza di malattie e patologie invalidanti, dall'utilizzo dei servizi sanitari al consumo di farmaci e terapie non convenzionali, dall'attività di prevenzione, attività fisica e stili di vita degli individui, alle problematiche legate alla gravidanza. In questo studio si farà riferimento unicamente all'indagine svolta dall'Istat nel biennio 2004-2005.

Prospetto A – Distribuzione per aree vaste toscane del campione e della popolazione di individui per sesso, e del campione e della popolazione di famiglie

	individui						n. famiglie	
	campione			popolazione (dati ponderati)			campione	popolazione (dati ponderati)
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale		
aree vaste								
1. Fi città	672	851	1523	170287	194893	365180	736	169264
2. FI-PT-PO	938	1007	1945	537920	567265	1105185	735	415659
3. SI-AR-GR	901	972	1873	390919	415407	806326	716	318576
4. MC-LU-LI-PI	976	1050	2026	624284	670616	1294900	844	534226
Totale	3487	3880	7367	1723410	1848181	3571591	3031	1437725

Prospetto B – Distribuzione del campione e della popolazione di individui per classi di età e sesso

	campione			popolazione (dati ponderati)		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
classi di età						
25-34	433	481	914	256131	247340	503471
35-44	518	570	1088	283812	282407	566219
45-54	477	547	1024	217020	243508	460528
55-64	511	535	1046	243872	241053	484925
65-69	235	268	503	101543	119826	221369
70-74	204	240	444	90971	105322	196294
75-79	163	220	383	78409	104883	183292
80 e più	159	302	461	71173	143304	214477
Totale	3487	3880	7367	1723410	1848181	3571591

1 Le condizioni di salute della popolazione Toscana

1.1 La percezione della salute

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come "condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità". Questo implica che, se da un lato la misura del concetto di *salute* può essere fatta prendendo in considerazione singolarmente e in successione queste dimensioni – utilizzando quindi indicatori per la componente fisica, quella psichica e quella sociale – dall'altro una valutazione complessiva e completa del multidimensionale concetto di salute può essere fatta solo considerando simultaneamente i diversi aspetti.

Uno degli indicatori spesso utilizzati per dare una valutazione complessiva dello stato di salute degli individui è dato dalla percezione che gli individui stessi hanno del proprio status. L'indagine sulle "*Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*" del 2005 consente di indagare la percezione che gli individui hanno del proprio stato di salute attraverso la domanda, suggerita dall'OMS, "Come va in generale la sua salute?" alla quale gli individui potevano rispondere utilizzando una scala a 5 modalità: "molto bene", "bene", "discretamente", "male" o "molto male".

La valutazione individuale delle proprie condizioni di salute è esposta a diverse critiche, dovute al fatto che essa è considerata, proprio perché valutazione soggettiva, troppo suscettibile a distorsioni e variazioni determinate da meccanismi psicologici (tra l'altro legati all'età e alla percezione del proprio futuro) piuttosto che dall'effettivo stato di salute. Vi sono però alcune ragioni a favore dell'utilizzo di questa valutazione soggettiva. Innanzitutto, diversi studi dimostrano che la percezione della salute è un predittore affidabile della mortalità futura (Idler e Benyamini, 1997; Ferraro e Farmer 1999; Egidi e Spizzichino, 2006), strettamente connesso alle condizioni di salute oggettive (Egidi and Spizzichino, 2007). In secondo luogo, questa è l'unica misura che ci permette di dare una valutazione globale dello stato di salute individuale: l'intervistato, nel valutare la propria condizione, riesce a tenere conto simultaneamente di tutte le dimensioni che compongono il concetto di salute.

Considerando le risposte date al questionario, e soffermandoci sulla popolazione dai 14 anni e oltre in conformità alle analisi condotte dall'Istat per l'Italia (Istat 2007a), si osserva che in Toscana coloro che valutano positivamente la propria salute (bene o molto bene) rappresentano complessivamente il 56%, per un totale di 1787172 persone (Tavola 1), con una quota più alta a favore degli uomini (62,3 contro il 51% delle donne). D'altra parte, il 6,5% degli uomini e il 10,3% delle donne in Toscana riferiscono che la propria salute va male o molto male. A fronte di questi dati medi, l'analisi della percezione del proprio stato di salute per classi di età mette in luce chiaramente come la salute percepita peggiori con l'avanzare dell'età. Mentre nelle classi di età 45-54 e 55-64 poco meno del 5% e dell'8% rispettivamente dichiara di stare male o molto male, a partire dai 65 anni, la popolazione che valuta negativamente il proprio stato di salute supera il 12%. Inoltre, a partire da questa età si fanno più marcate le differenze di genere, a svantaggio delle donne, con scarti che oscillano tra i 7 e gli 11 punti percentuali. Tra gli ultraottantenni, poco più di un quarto degli uomini, e un terzo delle donne, percepisce uno stato di salute negativo. Questa situazione rilevata per la

regione Toscana è coerente con quanto si registra a livello nazionale, ed è dovuta ad una maggiore presenza tra le donne anziane di patologie invalidanti (cfr. § 1.2 e 1.3).

La percezione dello stato di salute generale si inserisce in una prospettiva di analisi che considera la salute come concetto multidimensionale, determinato quindi da un insieme di fattori diversi. L'indagine sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* del 2005 comprende i 12 quesiti del questionario SF12 (*Short Form Health Survey*) già utilizzato a livello europeo in diverse indagini, sia a carattere epidemiologico che per studi sulla popolazione. Tali quesiti indagano otto diversi aspetti relativi allo stato di salute: oltre alla già citata percezione dello stato di salute generale, troviamo l'attività fisica dei rispondenti, le limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, lo stato emotivo, il dolore fisico, la vitalità, le attività sociali e la salute mentale. Attraverso questa batteria di domande è possibile costruire (Gargiulo *et al.* 2008) due indicatori che aiutano a meglio caratterizzare la percezione delle condizioni psicofisiche degli individui: un indice di stato fisico (*Physical Component Summary*, PCS12) e un indice di stato psicologico (*Mental Component Summary*, MCS12). Per quanto riguarda la Toscana, l'indice di stato fisico assume valori individuali da 12,8 a 67,3, mentre l'indice di stato psicologico va da un minimo di 7,5 a un massimo di 68,9⁴. I punteggi medi di tali indici sono da confrontare in termini relativi, indicando al loro aumentare migliori condizioni di salute psicofisica. Si sottolinea che anche differenze dei punteggi medi di 0,5 punti sono da segnalarsi come significative (Istat 2007a).

Coerentemente con le risposte date alla domanda sulla "salute percepita", anche gli indici di stato fisico e di stato psicologico decrescono all'aumentare dell'età, suggerendo pertanto un peggioramento delle due dimensioni di salute psicofisica (Tavola 1).

Tavola 1 – Popolazione toscana di 14 anni e oltre secondo lo stato di salute percepito, l'indice di stato fisico e psicologico, per sesso e classe di età (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

età	male e molto male			discretamente			bene e molto bene			indice di stato fisico (pcs)			indice di stato psicologico (mcs)		
	maschi e		femmine	maschi e		femmine	maschi e		femmine	maschi e		femmine	maschi e		femmine
	maschi	femmine		maschi	femmine		maschi	femmine		maschi	femmine		maschi	femmine	
14-24	0.7	0.2	0.5	7.2	13.2	10.1	92.1	86.6	89.4	55.0	55.1	55.0	52.9	51.3	52.1
25-34	2.8	1.1	2.0	12.8	18.1	15.4	84.4	80.8	82.6	54.1	53.7	53.9	52.4	50.7	51.5
35-44	2.6	2.4	2.5	19.7	28.8	24.3	77.7	68.8	73.2	53.7	52.9	53.3	50.5	49.5	50.0
45-54	4.2	5.3	4.8	30.2	39.3	35.0	65.6	55.3	60.2	52.0	51.2	51.6	51.1	47.8	49.4
55-64	7.2	8.6	7.9	43.4	54.9	49.1	49.4	36.5	43.0	49.8	48.1	48.9	50.6	48.1	49.4
65-69	7.0	16.5	12.2	57.5	58.2	57.9	35.5	25.3	30.0	48.9	45.3	46.9	50.9	45.7	48.1
70-74	14.2	23.2	19.0	56.3	59.6	58.1	29.5	17.2	22.9	46.2	42.3	44.1	49.8	44.9	47.1
75-79	21.2	32.3	27.5	61.6	53.7	57.1	17.2	14.0	15.4	43.1	39.9	41.3	47.7	44.1	45.6
80 e più	26.2	33.9	31.3	60.9	52.4	55.2	12.9	13.7	13.5	38.2	35.6	36.4	45.8	43.9	44.5
Totale	6.5	10.3	8.5	31.3	38.7	35.1	62.3	51.0	56.4	51.0	48.7	49.8	50.8	48.0	49.3

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

⁴ Il campo di variazione degli indici è tra 0 e 100. Valori molto bassi dell'indice di stato fisico implicano un giudizio negativo sulle proprie condizioni di salute, oltre a sostanziali limitazioni nella cura di sé e nell'attività fisica, sociale e personale; bassi valori sottintendono inoltre importante dolore fisico e frequente stanchezza. Parallelamente, un frequente disagio psicologico, importanti problemi emotivi che comportano disabilità sociale e personale e un giudizio scadente sulla salute, determinano valori molto bassi dell'indice di stato psicologico (Gargiulo *et al.* 2008).

Per l'indice di salute fisica si va da un punteggio medio pari a 53,8 fino ai 44 anni, a 50,8 tra i 45 e i 64 anni, e che poi scende a 44,4 dai 65 ai 79 e ancora a 36,8 punti oltre gli 80 anni. Viceversa, per l'indice di salute psicologica, il differenziale tra le classi di età è meno marcato, con una media di 50 punti dai 14 ai 44 anni, di 48,5 tra i 45 e i 79 anni, e di 44,7 oltre gli 80. Inoltre, ancora una volta, i punteggi medi indicano una situazione di svantaggio per le donne; tuttavia, mentre il distacco si mantiene inferiori ai 2 punti percentuali in tutte le classi di età fino ai 64 anni per entrambi gli indicatori (eccetto che per il MCS tra i 45 e i 64 anni), lo svantaggio femminile si intensifica dopo i 65 anni. In particolare, per entrambi gli indici, è nelle due classi di età tra i 65 e i 74 anni che si registra il differenziale maggiore (5 punti percentuali per quanto riguarda l'indice di stato psicologico, e poco meno di 4 punti per l'indice di stato fisico), per poi riabbassarsi leggermente nelle classi di età successive.

1.2 Le malattie croniche più diffuse e la multi cronicità

Un secondo indicatore dello stato di salute disponibile sulla base dell'indagine sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* del 2005 è quello relativo alla presenza di malattie croniche. Le malattie croniche sono rilevate nell'indagine attraverso una batteria di 23 quesiti riferiti alle principali patologie cronico-degenerative o di lunga durata: asma, anche di tipo allergico; allergia (escluso asma allergica); diabete; cataratta; ipertensione; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus e emorragia cerebrale; bronchite cronica e enfisema; artrosi e artrite; osteoporosi; ulcera gastrica e duodenale; tumore maligno (incluso linfoma e leucemia); cefalea o emicrania ricorrente; ansietà cronica e depressione; Alzheimer, demenze senili; parkinsonismo; altre malattie del sistema nervoso; calcolosi del fegato e delle vie biliari, e calcolosi renale; cirrosi epatica; malattie della tiroide; gravi malattie della pelle. In particolare, l'indagine raccoglie le dichiarazioni degli individui circa la presenza di queste patologie, indipendentemente dalla certificazione della malattia da parte di un medico. In un certo senso, quindi, anche per la presenza di malattie croniche le informazioni provengono, seppure in modo attenuato rispetto alla salute percepita, da un indicatore di salute di tipo soggettivo.

L'incidenza delle malattie croniche tende ovviamente ad aumentare con l'avanzare dell'età e pertanto rappresenta un aspetto cruciale in tema di salute nei Paesi ad alto tasso d'invecchiamento come l'Italia. Inoltre, la maggior parte delle malattie croniche, una volta insorte, non sono suscettibili di guarigione e si caratterizzano per una persistenza della situazione debilitante, compromettendo in molti casi il livello di autonomia degli individui e comportando pertanto un'assistenza specifica e prolungata nel tempo per chi ne soffre. In tal senso, l'impatto delle malattie croniche si rivela essere particolarmente importante non solo per la qualità della vita degli individui, ma anche per ragioni di sostenibilità del sistema sanitario.

Per individuare il segmento di popolazione in peggiori condizioni di salute ed analizzarne le caratteristiche socio-demografiche, la presenza di malattie croniche viene studiata attraverso due indicatori: la multicronicità e la presenza di almeno una malattia cronica *grave* (Istat 2007a). Ci si riferisce ad una situazione di multicronicità quando una persona dichiara di essere affetta contemporaneamente da tre o più malattie croniche individuate dal questionario Istat. Tale definizione segue pertanto l'idea che indipendentemente dalla gravità delle patologie sussistenti, la contemporanea presenza di diverse malattie evidenzia condizioni di salute difficili e limitanti, associate ad un

peggiore della qualità della vita. L'indicatore della presenza di "almeno una malattia cronica grave" viene invece costruito aggregando nella categoria "gravi" alcuni gruppi di patologie selezionate in base all'ipotesi che esse implicino peggiori condizioni di salute e un elevato livello di limitazioni. Le malattie croniche gravi individuate sono: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili.

Per quanto riguarda la popolazione toscana (Tavola 2), poco più della metà dichiara di non soffrire di nessuna patologia cronicodegenerativa, circa un terzo lamenta una o due malattie croniche (1143479 persone), e il restante 14,6% è affetto da multicronicità (520856). In particolare, sono il 10,3% degli uomini e il 18,5% delle donne che dichiarano tre o più malattie croniche, discrepanza che trova spiegazione nella maggiore longevità, e quindi in un maggior rischio di malattia, della popolazione femminile.

La variabilità per classi di età è ovviamente molto elevata, e già a partire dai 45 anni la quota di popolazione che soffre di multicronicità comincia a diventare rilevante: si passa dal 12,3% tra i 45 e i 54 anni, al 29% tra i 55 e i 79, e si arriva al 41,4% oltre gli 80 anni per gli uomini, mentre per le donne le quote sono rispettivamente del 20,3, del 44,8 e del 48,1%. Oltre gli 80 anni solo il 14,1 degli uomini e il 12% delle donne non soffre di alcuna patologia cronicodegenerativa.

Le persone colpite da almeno una malattia cronica grave (444.634) rappresentano, complessivamente, il 12,4% della popolazione toscana, senza differenze di genere. Questa percentuale aumenta con l'età, e con l'età aumentano anche le differenze di genere, ma in questo caso sono gli uomini ad essere maggiormente svantaggiati: tra i 65 e i 79 anni circa il 38% degli uomini ha almeno una malattia cronica grave, contro il 28,9% delle donne, e il distacco diminuisce della metà oltre i 80 anni (quote rispettivamente di 45,2% per gli uomini e 40,3% per le donne).

Tavola 2 – Popolazione toscana per presenza di malattie croniche e multicronicità per classi di età e sesso (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

	maschi					femmine				
	nessuna malattia cronica	1 o 2 malattie croniche	3 o + malattie croniche	Totale	almeno 1 malattia cronica grave	nessuna malattia cronica	1 o 2 malattie croniche	3 o + malattie croniche	Totale	almeno 1 malattia cronica grave
0-24	83.6	16.3	0.2	100.0	0.7	82.4	17.4	0.2	100.0	0.8
25-44	68.8	28.9	2.4	100.0	3.4	65.2	29.7	5.1	100.0	3.0
45-64	50.1	37.6	12.3	100.0	12.5	39.0	40.7	20.3	100.0	12.0
65-79	27.0	44.0	29.0	100.0	38.3	16.6	38.6	44.8	100.0	28.9
80 e più	14.1	44.5	41.4	100.0	45.2	12.0	39.9	48.1	100.0	40.3
Totale	58.2	31.4	10.3	100.0	12.4	48.9	32.6	18.5	100.0	12.5

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Un'ulteriore conferma di queste differenze si ottiene considerando l'incidenza delle diverse malattie croniche, per classi di età e sesso (Tavola 3). Oltre un quinto della popolazione toscana soffre di artrosi o artrite (22,5%), mentre le altre malattie più diffuse sono l'ipertensione (13,9%) e le malattie allergiche (11,6%), per le quali i valori sono già elevati fin dall'infanzia; ne soffrono infatti il 10,3 dei maschi e l'8,7% delle femmine con meno di 14 anni. Anche se con quote più basse, sono diffuse le emicranie (8,2%), l'osteoporosi (6,4%), e la depressione (6,3%).

Queste malattie risultano essere le più diffuse sia tra gli uomini che tra le donne, anche se, ancora una volta, sono presenti differenze di genere riguardo la prevalenza delle diverse malattie. L'artrosi e l'artrite colpiscono infatti il 26,3% delle donne (contro 18,3% degli uomini), seguite dall'ipertensione (15,2% contro 12,6), dalle malattie allergiche (12,4% contro il 10,6%), dalle emicranie e cefalee (11,3% contro il 4,8%) e dall'osteoporosi (11% contro l'1,4%). Nelle fasce di età più anziane, inoltre, anche le malattie tiroidee, la cataratta e la depressione hanno una marcata prevalenza femminile.

Tavola 3 – Popolazione toscana secondo il tipo di malattia cronica dichiarata, per classe di età e sesso ((per 100 persone dello stesso sesso e classe di età))

	MASCHI										
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80 e più	Totale
* Diabete	0.0	0.0	0.0	1.4	2.1	7.1	20.4	11.3	13.5	12.6	4.8
* Bronchite cronica - enfisema	0.7	0.3	0.5	2.7	1.9	4.1	13.2	10.8	19.6	19.5	4.8
Osteoporosi	0.0	0.0	0.2	0.2	0.6	2.0	2.6	2.5	6.1	8.8	1.4
* Alzheimer, demenze senili	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	1.2	8.8	0.5
* Parkinsonismo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	0.9	1.0	4.9	4.4	0.7
* Cirrosi epatica	0.0	0.3	0.0	0.0	0.6	0.6	0.4	0.5	0.6	0.0	0.3
Malattie della tiroide	0.0	0.3	0.2	1.4	1.9	2.0	3.8	1.5	0.6	0.6	1.2
Gravi malattie della pelle	0.2	0.9	1.2	1.4	1.3	0.6	1.7	0.5	1.8	1.3	1.0
Asma	5.1	3.5	3.0	3.1	1.9	4.3	6.4	4.4	7.4	11.3	4.3
Malattie allergiche (escl. asma)	10.3	12.7	16.2	15.3	8.6	7.4	10.2	6.4	3.1	6.3	10.6
Cataratta	0.0	0.0	0.0	0.2	0.8	2.5	6.8	6.4	12.3	17.0	2.7
Ipertensione arteriosa	0.0	0.0	0.9	4.8	9.6	22.9	26.8	36.3	33.7	34.0	12.6
* Infarto del miocardio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.8	1.3	1.5	1.2	2.5	0.5
* Angina pectoris	0.0	0.0	0.0	0.2	0.4	0.6	1.7	2.0	1.8	3.8	0.7
* Altre malattie del cuore	0.0	0.0	0.7	0.6	1.3	3.5	7.2	6.9	8.6	13.2	2.8
* Ictus, emorragia cerebrale	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	1.5	3.7	3.1	0.5
Artrosi, artrite	0.0	0.0	1.6	5.4	14.5	28.8	48.5	50.0	46.0	59.8	18.3
Ulcera gastrica o duodenale	0.0	0.0	0.9	1.4	2.3	4.9	6.4	4.9	6.8	4.4	2.6
* Tumore maligno (incl. linfoma/leucemia)	0.0	0.0	0.2	0.0	1.3	1.8	1.7	2.5	3.7	3.1	1.0
Cefalea o emicrania ricorrente	0.9	1.2	4.9	7.5	8.4	6.9	4.3	2.5	3.7	1.9	4.8
Depressione o ansietà cronica	0.0	1.5	1.2	3.5	4.8	6.1	3.8	2.9	6.8	6.9	3.4
Altre malattie del sistema nervoso	0.0	0.9	0.7	1.0	1.5	0.6	0.4	0.5	1.8	1.3	0.8
Calcolosi fegato o vie biliari/calcolosi renale	0.0	0.0	0.5	1.5	3.1	3.9	4.7	3.4	5.5	3.1	2.2
Altro	1.8	0.9	3.0	4.6	5.0	4.9	9.4	5.9	6.8	8.8	4.5

	FEMMINE										
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80 e più	Totale
* Diabete	0.0	0.3	0.6	1.2	2.0	7.7	9.7	13.3	15.5	11.6	4.9
* Bronchite cronica - enfisema	0.3	0.0	1.5	0.7	2.9	3.9	7.5	9.2	8.2	11.3	3.7
Osteoporosi	0.0	0.3	0.0	0.7	5.3	15.9	29.5	29.6	27.7	31.5	11.0
* Alzheimer, demenze senili	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	1.4	7.3	0.7
* Parkinsonismo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	1.4	2.3	0.3
* Cirrosi epatica	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.8	0.4	0.0	0.0	0.2
Malattie della tiroide	0.0	1.3	2.7	5.6	9.5	10.8	9.7	13.8	9.6	4.0	6.5
Gravi malattie della pelle	0.3	1.0	1.5	1.8	1.7	2.1	3.7	2.5	2.3	1.0	1.7
Asma	2.3	4.4	3.5	4.6	3.3	4.5	6.0	6.3	7.3	8.0	4.6
Malattie allergiche (escl. asma)	8.8	14.5	16.0	15.1	13.7	10.1	11.9	14.6	9.6	7.3	12.5
Cataratta	0.0	0.0	0.2	0.4	0.7	3.0	6.3	12.9	21.8	20.9	4.7
Ipertensione arteriosa	0.0	0.3	0.8	1.6	9.5	22.1	36.2	41.3	42.7	38.4	15.2
* Infarto del miocardio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.4	0.0	2.0	0.2
* Angina pectoris	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.4	1.1	0.4	0.5	3.6	0.5
* Altre malattie del cuore	0.8	0.0	0.8	0.2	2.2	3.9	6.0	6.3	10.0	11.6	3.3
* Ictus, emorragia cerebrale	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.4	0.4	0.5	3.6	0.4
Artrosi, artrite	0.3	0.3	2.5	7.5	19.7	38.7	57.1	63.8	59.6	70.5	26.3
Ulcera gastrica o duodenale	0.0	0.0	1.0	1.2	1.8	3.2	5.6	5.8	1.8	3.3	2.1
* Tumore maligno (incl. linfoma/leucemia)	0.0	0.0	0.0	0.9	1.1	3.6	1.5	1.7	1.8	3.0	1.3
Cefalea o emicrania ricorrente	0.8	6.0	10.8	14.0	17.2	13.3	14.2	12.5	10.5	8.9	11.3
Depressione o ansietà cronica	0.0	1.9	2.5	5.8	9.3	11.0	17.2	17.1	16.4	19.9	8.9
Altre malattie del sistema nervoso	0.3	0.3	1.0	0.5	0.7	0.9	1.9	0.8	0.9	1.3	0.8
Calcolosi fegato o vie biliari/calcolosi renale	0.0	0.0	0.4	2.1	3.8	2.6	6.7	5.4	5.0	4.6	2.7
Altro	1.5	0.3	3.1	4.9	6.2	5.4	6.3	5.4	7.3	3.3	4.4

* indica le malattie croniche individuate come "gravi" (Istat 2007a).

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Le malattie croniche che vedono invece una prevalenza tra gli uomini in misura maggiore sono quelle broncopolmonari e l'enfisema (4,8 contro 3,7) e, seppure con quote non elevate, il Parkinson, le malattie cardiache quali infarto, angina e altre malattie di cuore e l'ulcera. Per ognuna di queste patologie, lo svantaggio maschile è presente soprattutto nelle età più anziane, a partire dai 65 anni. Tra gli uomini, l'emisfero sembra avere una presenza rilevante soprattutto tra i 35 e i 64 anni (tra il 6,9 e l'8,4%, valori che rimangono comunque inferiori a quelli rilevati sulla popolazione femminile).

Come detto precedentemente, dalla Tavola 3 emerge anche che le malattie a prevalenza femminile sono le patologie considerate non gravi, mentre quelle di più alta gravità riguardano in misura maggiore gli uomini. Di conseguenza si configura una situazione in cui l'uomo soffre di poche patologie ma considerate "gravi", fra cui diabete, bronchite e enfisema, e malattie del cuore, e nelle fasce di età più avanzate anche Alzheimer, Parkinson e ictus; al contrario, la donna risulta affetta da un maggior numero di patologie croniche, che pur portandole ad una condizione di multicronicità, non sono classificate come "gravi".

Per quanto riguarda le malattie croniche tipiche delle fasce di età più giovani, si rileva invece che le malattie allergiche sono presenti in misura maggiore nelle fasce di età più basse (raggiungendo la quota più alta tra i 25 e i 34 anni, sia per i maschi che per le femmine), seguite da quelle asmatiche (con quote che variano dal 2,2 al 5,1% tra gli 0 e i 44 anni). Fra le malattie tipiche della vecchiaia, invece, si nota come l'Alzheimer e il Parkinson sono presenti in misura maggiore tra gli uomini (con quote rispettivamente dell'8,8 e del 4,4% contro il 7,3 e il 2,3% oltre gli 80 anni).

1.3 Il fenomeno della disabilità

Il fenomeno della disabilità viene rilevato dall'indagine sulle Condizioni *di salute e ricorso ai servizi sanitari* per la popolazione di età 6 anni e oltre attraverso una batteria di quesiti che fanno riferimento alla classificazione ICIDH – *International Classification of Impairment, Disease, Disability and Handicap*, elaborata dall'OMS nel 1980⁵. Tali quesiti consentono di definire la disabilità in relazione a tre principali dimensioni connesse alla vita degli individui:

- la dimensione fisica, che può andare dalle difficoltà di movimento e locomozione, fino ai casi di maggiore gravità individuati nel confinamento nella propria abitazione (a letto, su una sedia o in casa) per motivi fisici o psichici;
- la dimensione delle funzioni quotidiane, ovvero l'assenza di autonomia nelle essenziali attività quotidiane e di cura della persona, come lavarsi o farsi il bagno da soli, mangiare da solo, mettersi a letto da soli, ecc.. Questa funzione viene indagata dal questionario Istat utilizzando la batteria di indicatori predisposta dall'OECD, la quale include la scala per la misurazione del livello di difficoltà nelle attività quotidiane (ADL – Activities of Daily Living, Katz *et al.*, 1963);
- la dimensione della comunicazione, che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola.

Ad ogni dimensione della disabilità corrisponde una batteria di quesiti che consentono di individuare diversi gradi di difficoltà e di conseguenza di autonomia della

⁵ La nuova classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) approvata dall'OMS nel 2001 e condivisa a livello internazionale, non è, allo stato attuale, resa operativa.

persona. Viene quindi definita “disabile” la persona che, pur tenendo conto dell’eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.), dichiara il massimo grado di disabilità in almeno una delle tre funzioni indagate.

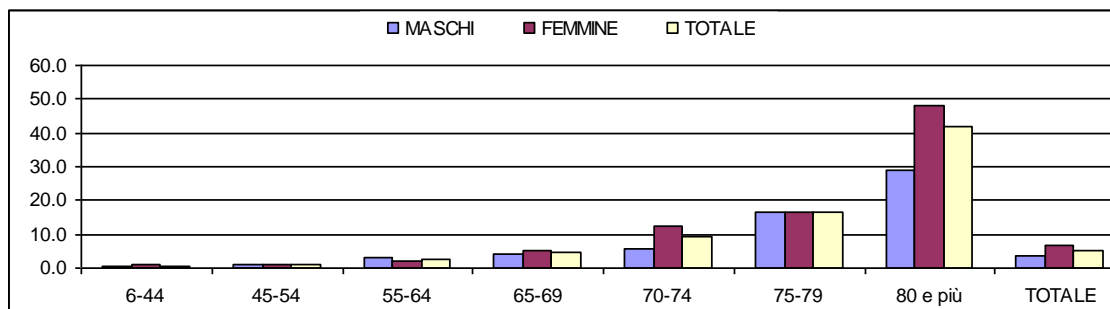
Occorre precisare che le risposte fornite alle domande sulle ADL, pur basandosi su condizioni di salute oggettivamente verificabili, implicano una valutazione soggettiva dell’individuo della propria condizione. Ed è plausibile ipotizzare che in questo processo di valutazione influiscano anche altri fattori, sia individuali che contestuali, che influiscono sulla percezione che l’individuo ha del proprio grado di autonomia: dalle caratteristiche sociali, economiche e culturali degli individui che ne determinano le capacità cognitive, alla disponibilità di sostegno materiale e relazionale che può alleviare una situazione di difficoltà. In questo senso, anche la presenza di fattori ambientali, quali le barriere architettoniche, le difficoltà materiali o “sociali” riguardanti sia l’inserimento nella scuola o nel mondo del lavoro, sia le possibilità di partecipazione alla vita collettiva, se da un lato non possono cambiare le condizioni fisiche e di salute degli individui disabili, dall’altro possono contribuire a migliorarne la qualità della vita.

I dati qui di seguito riportati presentano tre importanti limitazioni per quanto riguarda la popolazione di riferimento in tema di disabilità. Innanzitutto, poiché la scala ADL utilizzata non si adatta ai bambini con meno di 6 anni, questo segmento di popolazione viene escluso dalla stima. In secondo luogo, come detto, l’indagine non coglie gli individui istituzionalizzati, coloro che sono cioè residenti in modo permanente in istituzioni, case di cura, Residenze Sanitarie Assistenziali, ecc. D’altra parte, poiché in Italia i disabili vivono prevalentemente in famiglia, l’effetto in termini di sottostima dovrebbe essere contenuto (Sebastiani et al. 2008, Istat 2004). Infine, la batteria di domande utilizzate si concentra sulle limitazioni fisiche della persona, impedendo di cogliere, se non in maniera indiretta, le capacità cognitive e le disabilità connesse a insufficienze di tipo mentale.

Il fenomeno della disabilità così rilevato riguardava nel 2005 il 5,3% della popolazione toscana di 6 anni e oltre, per un totale di 179075 persone. Di queste, i due terzi sono donne, 12598 hanno meno di 45 anni, e quasi 90000 di 80 anni e più. Come atteso, la disabilità riguarda prevalentemente le persone anziane (Figura 1), e già a partire dai 65 anni la quota di popolazione con disabilità è pari al 5,4% delle donne e al 4% degli uomini; circa l’83% dei disabili ha più di 65 anni. Per la popolazione femminile, le quote di disabilità crescono a ritmi molto veloci nelle età successive, dal 12,4% nella classe 70-74 anni, fino ad arrivare al 48% tra le ultraottantenni. Al contrario, per gli uomini il fenomeno della disabilità sembra più lento e meno consistente, in quanto la quota di disabili raggiunge il 16,7% solo tra i 75 e i 79 anni, e aumenta fino al 29% dopo gli 80.

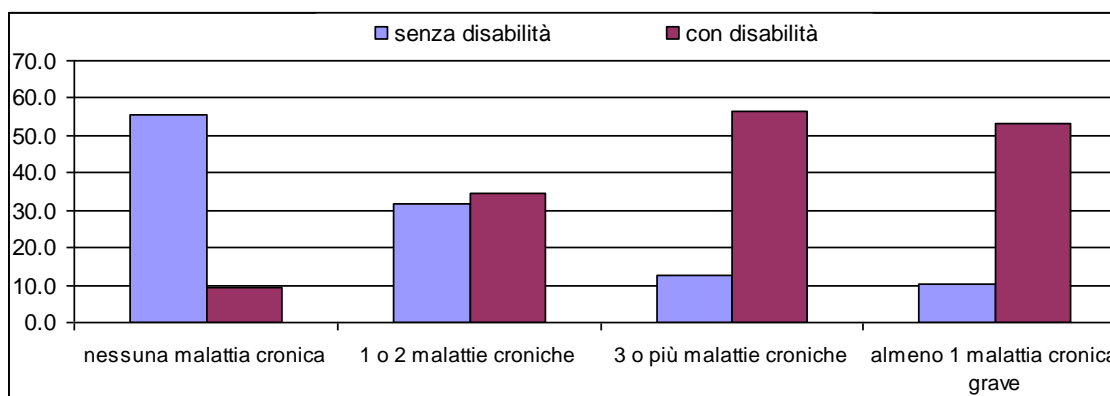
Queste differenze di genere possono essere spiegate da una maggiore longevità della donna, ma anche da quanto emerso dall’analisi delle malattie croniche e della multicronicità. Lo scarto tra uomini e donne si presenta infatti anche in età non troppo avanzate, già a partire dai 65 anni, età in cui nelle donne cominciano a essere presenti in misura rilevante patologie invalidanti che determinano una progressiva perdita dell’autonomia funzionale, quali l’artrosi e l’osteoporosi. In generale si osserva infatti una stretta correlazione tra presenza di malattie croniche e disabilità (Figura 2).

Figura 1 – Popolazione toscana di 6 anni e più disabili per classi di età e sesso (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Figura 2 – Popolazione toscana di 6 anni e più per presenza di disabilità e malattie croniche (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Se si considerano le diverse dimensioni della disabilità (Tavola 4) si osserva che quella legata allo svolgimento delle funzioni della vita quotidiana e di cura della persona (sedersi o vestirsi da soli, mettersi a letto, lavarsi o mangiare da soli), è quella più diffusa, con una percentuale del 3,5%. Questa quota aumenta di tre volte e mezzo se si considerano solo gli individui con 65 anni e oltre. Le limitazioni di movimento riguardano il 2,6% della popolazione con 6 anni e oltre, mentre per un altro 2,5% le difficoltà di tipo motorio sono così gravi da determinare un confinamento entro le mura domestiche. Anche per queste due tipologie di disabilità, l'incidenza aumenta in età anziana. Infine, le difficoltà nella sfera della comunicazione – limitazioni nel parlare, vedere, sentire – riguardano l'1,3% della popolazione toscana di 6 anni e oltre, per un totale di 43476 persone, senza differenze rilevanti tra uomini e donne. Le difficoltà di vista, udito e parola, pur essendo più presenti tra gli anziani rispetto al totale della popolazione, riguardano una proporzione (4,3%) molto più contenuta rispetto alle altre disabilità.

Tavola 4 – Popolazione toscana di 6 anni e oltre e di 65 e oltre con disabilità per sesso e tipo di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	6 anni e più			65 anni e più		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Presenza disabilità	3.4	6.8	5.3	12.6	22.4	18.3
Disabilità nelle funzioni	2.4	4.5	3.5	8.7	15.2	12.5
Difficoltà nel movimento	1.9	3.2	2.6	6.7	10.3	8.8
Confinamento individuale	1.6	3.2	2.5	6.3	11.2	9.2
Difficoltà vista, udito, parola	1.2	1.4	1.3	3.7	4.8	4.3

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

1.4 Diseguaglianze socio-economiche e diseguaglianze nella salute

In questa sezione cercheremo di mettere in luce le eventuali relazioni tra l'esistenza di fattori di svantaggio economico e diseguaglianze nelle condizioni di salute, concentrandoci in particolare sulla popolazione con 45 anni e più, che dall'analisi descrittiva precedente è emersa essere quella più esposta ai problemi di salute percepita e oggettivata sulla base della presenza di malattie croniche e di disabilità. Inoltre, a causa dell'esiguità del fenomeno nelle classi di età inferiori, un livello troppo dettagliato dell'analisi porterebbe ad una bassa numerosità per ogni cella con conseguente rischio di distorsione delle stime.

Sulla base delle informazioni contenute nell'indagine sulla salute del 2005, la condizione socio-economica degli individui può essere valutata attraverso diversi indicatori: oltre al titolo di studio viene considerato un indicatore soggettivo dell'adeguatezza delle risorse economiche, e un indicatore composito relativo alle condizioni abitative⁶.

Se consideriamo innanzitutto il titolo di studio degli individui (Tavola 5), emerge che a livelli di studio inferiori corrisponde una situazione più critica e svantaggiata, per tutti e tre gli indicatori di salute considerati. Si rileva però che una certa cautela nell'interpretazione va posta per quanto riguarda gli ultraottantenni laureati o diplomati, data la scarsa numerosità dei valori assoluti in alcune celle. In generale, all'aumentare del titolo di studio si riducono, a parità di classi di età, le quote di coloro che alla domanda "Come va in generale la sua salute" rispondono "male" o "molto male". Nella fascia di età 45-64 la quota di coloro che dichiarano cattive condizioni di salute diminuisce di tre volte passando dalle persone con un titolo di studio basso a quelle con un titolo di studio alto (rispettivamente 9,6 e 3,1%), e anche nelle altre fasce di età si ha una riduzione di circa 10 punti percentuali, passando dal 21% al 12% per la classe 65-79, e dal 31,5 al 20,6% per gli 80 e oltre.

L'associazione tra migliori condizioni di salute e più elevato titolo di studio si riscontra anche per la condizione di multicronicità, malattie croniche gravi⁷, seppure se

⁶ L'indice di condizione abitativa si basa su 6 indicatori di inadeguate condizioni abitative: assenza di bagno, assenza di riscaldamento, abitazione troppo piccola, presenza di macchie di umidità, abitazione in cattive condizioni, meno di 1 stanza per componente. Tale indice assume valori che vanno da 1 (condizioni abitative pessime: presenza di tutte e 6 le caratteristiche negative sopra elencate) a 7 (condizioni ottime: nessuna delle sei condizioni è presente). Nel presente lavoro si considerano in "condizioni non ottime" quelle abitazioni che presentano almeno una delle condizioni negative elencate.

⁷ In particolare, i risultati relativi agli individui con 80 anni e oltre che presentano almeno una malattia cronica grave sono da interpretare con cautela, data la bassa numerosità degli individui con livelli di istruzione più elevati in questa situazione.

in misura più attenuata e non sempre decrescente. Tra le persone tra i 45 e i 64 anni, 24 persone su 100 con un titolo di studio basso dichiarano di soffrire di tre o più malattie croniche, mentre si scende a 11 su 100 tra coloro che hanno un titolo di studio elevato. Anche la disabilità colpisce in misura maggiore le persone meno istruite: considerando gli ultraottantenni, per i quali il fenomeno appare particolarmente rilevante, si passa dal 27% di persone disabili tra i diplomati e i laureati al 43,5% tra coloro che hanno al massimo la licenza elementare.

Infine, passando a considerare gli indicatori sintetici di salute psicofisica, il PCS e l'MCS, in tutte le fasce di età si nota un aumento di 3 o 4 punti percentuali (e quindi una migliore condizione) per quanto riguarda l'indice di salute fisica, e un aumento di 2-3 punti per l'indice di salute mentale passando dal livello di istruzione più basso a quello più elevato.

Tavola 5 – Popolazione toscana di 45 anni e oltre secondo la percezione dello stato di salute (male o molto male), punteggio medio degli indicatori dello stato psicofisico, la presenza di multi cronicità e disabilità dichiarati, per classi di età e titolo di studio (per 100 con le stesse caratteristiche)

	percezione salute			indicatori di salute psicofisica		malattie croniche				disabilità			
	non cattiva	cattiva	Totale	pcs (media)	mcs (media)	nessuna malattia cronica	1 o 2 malattie croniche	3 o + malattie croniche	almeno 1 mal. cron. grave	nessuna disabil.	disabilità	Totale	
													Totale
50-64 anni													
Lic. elementare, nessun tit.	90.1	9.9	100.0	47.8	48.4	32.2	41.9	26.0	100.0	18.9	96.4	3.6	100.0
Licenza media	92.3	7.7	100.0	49.5	49.9	42.4	41.5	16.1	100.0	12.7	98.2	1.8	100.0
Dip. superiore, Laure	96.4	3.6	100.0	51.6	50.1	47.4	41.3	11.3	100.0	10.1	98.9	1.1	100.0
Totale	92.8	7.2	100.0	49.5	49.4	40.2	41.6	18.2	100.0	14.2	97.8	2.3	100.0
65-79 anni													
Lic. elementare, nessun tit.	79.0	21.0	100.0	43.4	46.3	20.7	40.0	39.3	100.0	34.6	89.4	10.6	100.0
Licenza media	82.6	17.4	100.0	45.6	47.6	22.0	45.8	32.2	100.0	29.6	91.5	8.5	100.0
Dip. superiore, Laure	88.0	12.0	100.0	46.8	49.5	23.3	40.0	36.7	100.0	30.8	91.9	8.1	100.0
Totale	80.9	19.1	100.0	44.3	47.0	21.3	41.0	37.7	100.0	33.2	90.1	9.9	100.0
80 anni e più													
Lic. elementare, nessun tit.	68.5	31.5	100.0	36.3	44.3	12.3	42.1	45.6	100.0	40.5	56.5	43.5	100.0
Licenza media	61.3	38.7	100.0	33.7	44.6	15.1	34.1	50.8	100.0	45.8	57.8	42.2	100.0
Dip. superiore, Laure	79.5	20.6	100.0	40.9	46.1	12.9	44.8	42.3	100.0	48.8	72.9	27.1	100.0
Totale	68.7	31.3	100.0	36.4	44.5	12.7	41.4	45.9	100.0	41.9	58.2	41.8	100.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Consideriamo ora come indicatore della situazione socio-economica degli individui il giudizio che gli stessi danno delle risorse economiche proprie e della propria famiglia (Tavola 6). La percezione delle condizioni di salute sembra essere maggiormente negativa tra coloro che dichiarano risorse economiche scarse o insufficienti, con percentuali che aumentano da 2 a 3 volte nelle diverse classi di età. Anche gli indici sintetici di salute psicofisica mostrano variazioni di rilievo in base alla condizione economica, mentre per quanto riguarda le malattie croniche l'associazione sembra più lieve. In quest'ultimo caso, per la presenza di una o due malattie, e nelle classi di età più anziane, le risorse economiche sembrano rappresentare un elemento meno discriminante. Infine, anche per l'ultimo indicatore di salute considerato, le quote di individui disabili sono superiori tra coloro che dichiarano di avere risorse scarse o insufficienti (ad es. si passa dall'8,5 al 12,2% tra i 65 e i 79 anni, e dal 35,4 al 51% dopo gli 80).

Tavola 6 – Popolazione toscana di 45 anni e oltre secondo la percezione dello stato di salute (male o molto male), punteggio medio degli indicatori dello stato psicofisico, la presenza di multi cronicità e disabilità dichiarati, per classi di età e giudizio sulle risorse economiche (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	percezione salute			indicatori di salute psicofisica		malattie croniche					disabilità		
	non cattiva	cattiva	Totale	pcs (media)	mcs (media)	nessuna	1 o 2	3 o +	almeno 1 mal. cron. grave	nessuna	disabilità	Totale	
						malattia cronica	malattie croniche	malattie croniche					
50-64 anni													
ottime/adequate	68.5	31.5	100.0	50.2	50.5	44.6	40.8	14.7	100.0	12.0	98.2	1.8	100.0
scarse/insufficienti	87.5	12.5	100.0	47.8	46.6	29.3	43.5	27.2	100.0	19.7	96.6	3.4	100.0
Totale	92.8	7.2	100.0	49.5	49.4	40.2	41.6	18.2	100.0	14.2	97.8	2.3	100.0
65-79 anni													
ottime/adequate	68.5	31.5	100.0	45.4	48.3	24.7	42.6	32.8	100.0	30.6	91.5	8.5	100.0
scarse/insufficienti	73.0	27.0	100.0	42.2	44.8	15.4	38.3	46.4	100.0	37.8	87.8	12.2	100.0
Totale	80.9	19.1	100.0	44.3	47.0	21.3	41.0	37.7	100.0	33.2	90.1	9.9	100.0
80 anni e più													
ottime/adequate	68.5	31.5	100.0	37.8	46.0	14.2	42.5	43.2	100.0	40.3	64.6	35.4	100.0
scarse/insufficienti	59.0	41.1	100.0	34.4	42.4	10.4	39.8	49.7	100.0	44.3	49.0	51.0	100.0
Totale	68.7	31.3	100.0	36.4	44.5	12.7	41.4	45.9	100.0	41.9	58.2	41.8	100.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Infine, anche l'abbassarsi dell'indice di condizione abitativa (Tavola 7) sembra essere rilevante nel peggiorare la percezione delle proprie condizioni di salute: tra chi vive in condizioni abitative non ottime (indice da 1 a 6), la percentuale di coloro che dichiarano di sentirsi male o molto male è dell'8,8, del 27,5 e del 34,7% nelle diverse classi di età, contro il 5,7, il 17,6 e il 30,6% di coloro che stanno bene o molto bene. Per quanto riguarda l'indice di salute fisica e mentale, le condizioni abitative sembrano essere discriminanti sono nella classe di età 65-79, e per la presenza di malattie croniche le differenze riguardano prevalentemente la presenza di almeno 3 malattie croniche e le malattie croniche gravi, fino agli 80 anni. Per la presenza di disabilità, invece, l'associazione con le condizioni abitative si ha con intensità rilevanti dopo gli 80 anni.

Tavola 7 – Popolazione toscana di 45 anni e oltre secondo la percezione dello stato di salute (male o molto male), punteggio medio degli indicatori dello stato psicofisico, la presenza di multi cronicità e disabilità dichiarati, per classi di età e indice di condizione abitativa (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	percezione salute			indicatori di salute psicofisica		malattie croniche					disabilità		
	non cattiva	cattiva	Totale	pcs (media)	mcs (media)	nessuna	1 o 2	3 o +	almeno 1 mal. cron. grave	nessuna	disabilità	Totale	
						malattia cronica	malattie croniche	malattie croniche					
50-64 anni													
non buone	90.1	9.9	100.0	48.8	48.8	40.2	37.9	22.0	100.0	17.1	98.1	1.9	100.0
ottime	93.5	6.5	100.0	49.7	49.6	40.2	42.5	17.3	100.0	13.4	97.7	2.4	100.0
Totale	92.8	7.2	100.0	49.5	49.4	40.2	41.6	18.2	100.0	14.2	97.8	2.3	100.0
65-79 anni													
non buone	72.5	27.5	100.0	41.8	45.0	11.6	40.1	48.3	100.0	42.1	86.7	13.3	100.0
ottime	82.4	17.6	100.0	44.7	47.4	23.1	41.2	35.7	100.0	31.5	90.8	9.2	100.0
Totale	80.9	19.1	100.0	44.3	47.0	21.3	41.0	37.7	100.0	33.2	90.1	9.9	100.0
80 anni e più													
non buone	65.3	34.7	100.0	35.0	44.7	11.2	39.3	49.5	100.0	44.1	47.6	52.4	100.0
ottime	69.4	30.6	100.0	36.8	44.5	13.0	41.9	45.2	100.0	41.5	60.4	39.6	100.0
Totale	68.7	31.3	100.0	36.4	44.5	12.7	41.4	45.9	100.0	41.9	58.2	41.8	100.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

In sintesi, per ognuno dei tre indicatori di salute considerati, si osserva che gli individui maggiormente svantaggiati da un punto di vista sociale ed economico sembrano tali anche da quello delle condizioni di salute. Tale associazione tra stato di

salute e caratteristiche socioeconomiche sarà analizzata in un'ottica multivariata tramite modelli di regressione logistica, applicati al sottoinsieme della popolazione adulta e anziana toscana, nel Capitolo 6.

1.5 C'è variabilità intra-regionale nelle condizioni di salute in Toscana?

Il quadro di decentramento in cui si sono svolte le riforme del sistema sanitario in Italia negli ultimi anni ha spostato l'attenzione – non solo della programmazione economico-sanitaria, ma anche dell'analisi statistica – sempre più verso le regioni. Tuttavia, è ormai opinione diffusa che la variabilità tra le regioni rappresenti solo un aspetto parziale del problema, e un'ottica di confronto regionale rischi di nascondere importanti elementi di differenziazione in realtà presenti all'*interno* delle singole regioni. Questo ci porta a spostare il focus dell'analisi ancor di più verso il territorio, rendendo fondamentale la conoscenza e l'analisi delle caratteristiche di questo territorio e della sua popolazione per poter monitorare gli eventuali divari che si possono venire a creare tra i bisogni di salute e le risorse del sistema sanitario. Come detto precedentemente, l'Indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* del 2005 ci offre l'opportunità di indagare i diversi aspetti di disuguaglianza nel settore salute ad un livello territoriale piuttosto dettagliato. In questo paragrafo, sulla base degli indicatori di salute presentati e descritti precedentemente, proponiamo una prima lettura della variabilità intra-regionale con riferimento alle *aree vaste* (cfr. Introduzione).

Poiché le condizioni di salute degli individui dipendono fortemente dall'età dell'individuo stesso, la maggior parte delle informazioni rilevate nell'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* è influenzata dalla struttura per età della popolazione nei diversi territori presi in esame, siano essi regioni o aree vaste. Poiché la distribuzione per età della popolazione non è identica tra le diverse aree vaste toscane – così come, d'altra parte, non lo è rispetto a quella dell'intera regione Toscana e dell'intero territorio nazionale – nell'analisi delle differenze territoriali vengono utilizzati i cosiddetti tassi standardizzati, i quali hanno l'obiettivo di rimuovere gli effetti delle differenze della struttura demografica sul verificarsi degli eventi studiati⁸. Il metodo della standardizzazione ci consente di concentrare l'attenzione sulle componenti e sulle caratteristiche della salute degli individui, confrontando opportunamente aree con caratteristiche demografiche e strutturali diverse. In questo caso i valori stimati possono essere utilizzati per confrontare in termini relativi diverse aree, ma non devono essere considerati nel loro valore assoluto.

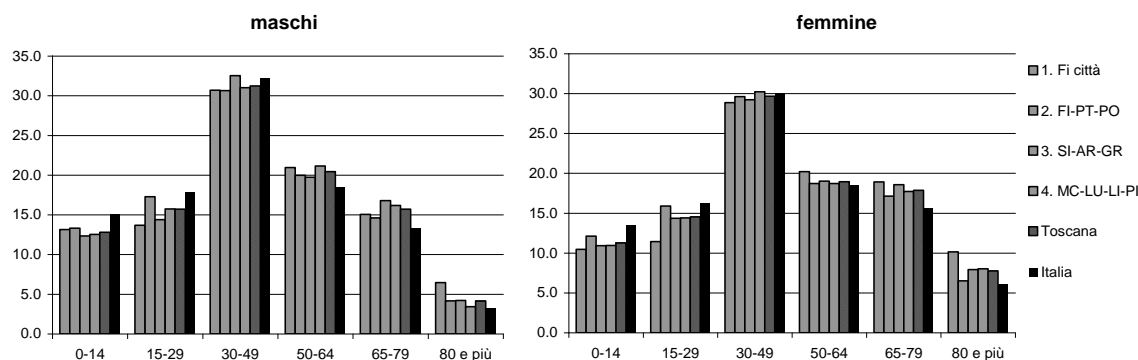
La regione Toscana risulta suddivisa in quattro *aree vaste*: il comune di Firenze (FI città) con 365180 abitanti; la provincia di Firenze (escluso il comune), insieme a quelle di Pistoia e Prato (FI-PT-PO) che conta 1105185 abitanti; le province di Siena, Arezzo e Grosseto (SI-AR-GR) che coprono l'area a sud-est della Regione e comprendono 806326 abitanti; le province della costa Tirrenica, ovvero Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa (MC-LU-LI-PI), per un totale di 1294900 abitanti.

⁸ Il metodo suggerito dall'Istat e qui utilizzato è quello della standardizzazione diretta dei tassi usando una popolazione arbitraria di riferimento definita "standard". Nel caso specifico, si utilizza come popolazione standard la stima della popolazione italiana residente al 31 dicembre 2004. Per maggiori dettagli sulla costruzione dei tassi standardizzati, si rimanda alla Nota metodologica (ISTAT 2007b).

1.5.1 Il contesto regionale

Consideriamo innanzitutto in termini generali il territorio regionale. Le quattro aree vaste toscane rappresentano un insieme piuttosto eterogeneo da diversi punti di vista, sia demografico che socio-economico. Innanzitutto, nel capoluogo toscano risiede una popolazione mediamente più anziana (Figura 3), sia maschile che femminile. In secondo luogo, l'area che comprende la città di Firenze si caratterizza anche per avere mediamente un titolo di studio alto: il 19,8% dei maschi e il 12,4% delle femmine è laureato, contro una media per l'intera regione pari rispettivamente all'8 e al 5,3%. Il divario dei livelli di istruzione tra le sub-aree regionali rimane elevato (fino a 22 punti percentuali per gli uomini e 17 per le donne) anche considerando complessivamente la quota di individui con almeno un diploma superiore (Tavola 8).

Figura 3 – Popolazione toscana e italiana per classi di età, aree geografica di residenza, e sesso (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Tavola 8– Valori percentuali di alcune variabili di contesto: persone con laurea o diploma, persone che ritengono le loro risorse economiche ottime o adeguate, e persone in condizione abitativa ottima, per area geografica di residenza e sesso

	% laurea/diploma		% risorse economiche ottime o adeguate		% condizione abitativa ottima	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
1. Fi città	58.4	54.5	70.7	67.0	79.4	78.2
2. FI-PT-PO	36.0	37.6	69.7	66.0	78.3	77.6
3. SI-AR-GR	41.5	37.8	74.0	72.2	76.1	76.2
4. MC-LU-LI-PI	40.4	38.8	71.6	69.8	79.4	77.5
Toscana	41.0	39.9	71.5	68.9	78.3	77.3
Italia	41.5	39.4	69.5	67.4	70.5	71.5

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Come in precedenza, utilizziamo come *proxi* della condizione socio-economica un indicatore costruito sulla base del giudizio soggettivo sulle risorse economiche, e un indicatore composito relativo alle condizioni abitative (Tavola 8). Per quanto riguarda il giudizio espresso dagli individui circa l'adeguatezza delle loro risorse economiche, distinguendo fra chi le giudica ottime o adeguate da chi le ritiene scarse o insufficienti, le quote maggiori di soddisfazione si rilevano nelle province di Siena, Arezzo e Grosseto (rispettivamente 74% per gli uomini e 72,2% per le donne), e Massa Carrara,

Lucca, Livorno e Pisa (71,6 e 69,8%). Considerando, invece, l'indice di condizione abitativa, le aree vaste della Toscana fanno registrare mediamente valori migliori rispetto alla media nazionale, ma anche in questo caso non mancano lievi differenze intra-regionali non facilmente interpretabili. Non possiamo comunque attribuire questi andamenti alla numerosità delle categorie: si tratta infatti di valori assoluti che oscillano tra le 500 e le 800 osservazioni campionarie per le dichiarazioni positive, contro i 150-350 individui che dichiarano risorse economiche insufficienti o condizione abitativa non ottimale.

1.5.2 Le condizioni di salute

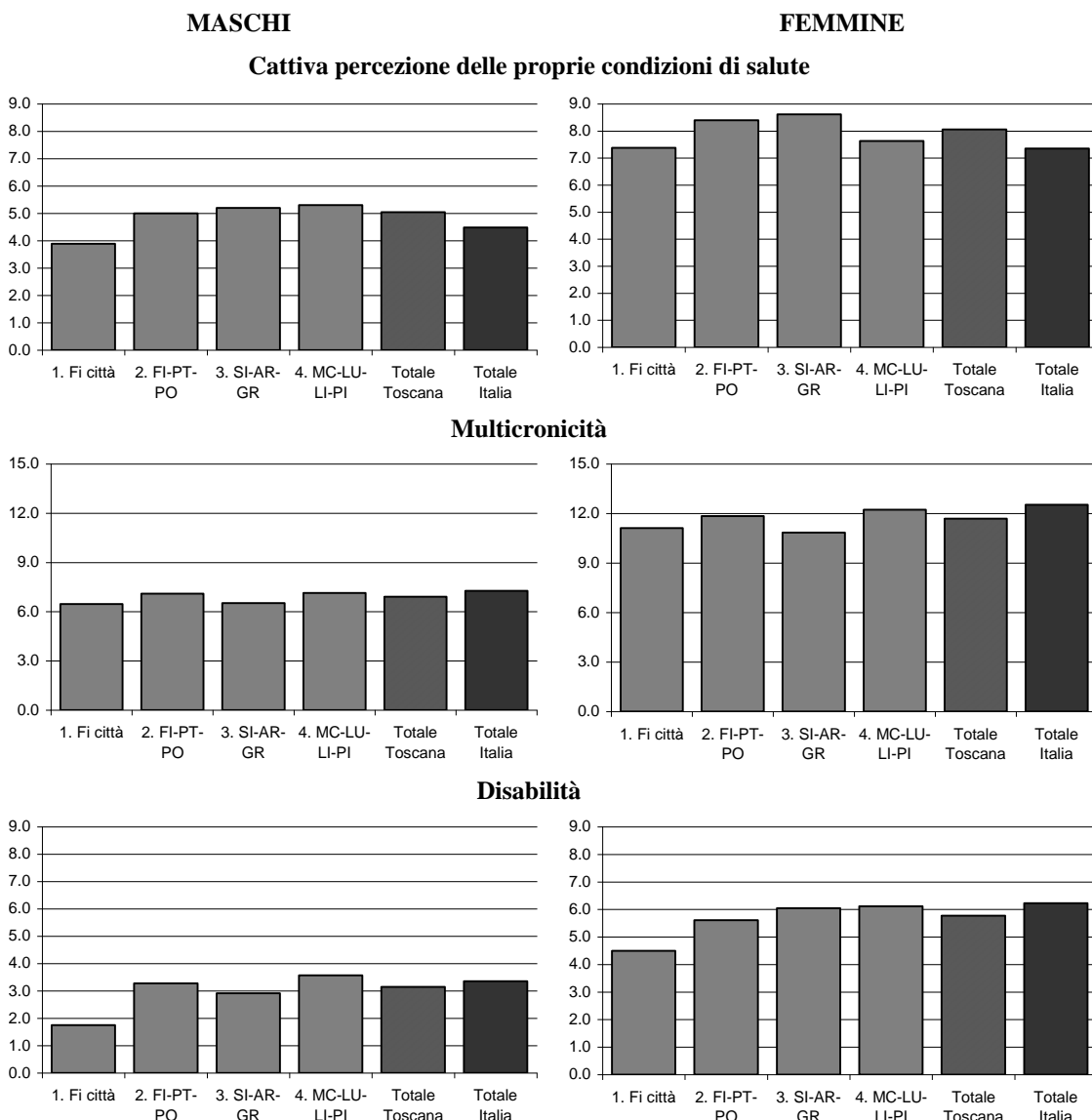
L'utilizzo dei tassi standardizzati ci consente di verificare, al netto della struttura per età della popolazione, che il dato medio registrato per la Toscana per i tre indicatori di salute utilizzati nei paragrafi precedenti – percezione soggettiva, presenza di multicronicità e presenza di disabilità – si discosta da quello medio nazionale (Figura 4). Inoltre, osservando i grafici della Figura 4, emerge chiaramente come il dato medio della Toscana nasconda a sua volta un certo grado di variabilità intra-regionale, seppure di diversa intensità a seconda dell'indicatore considerato. I grafici mettono poi in evidenza, ancora una volta, le differenze di genere esistenti in tema di condizioni di salute.

Consideriamo innanzitutto la percezione soggettiva dello stato di salute. In questo caso, il tasso standardizzato per età delinea per la Toscana una situazione leggermente peggiore che per il resto d'Italia. Si discosta da questa tendenza il comune di Firenze, per il quale si stimano, sia per gli uomini che per le donne, quote più basse di persone che dichiarano di percepire cattive condizioni di salute. Per quanto riguarda la popolazione femminile, anche l'area vasta formata dalle province di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa fa registrare un valore più basso rispetto alle altre aree e in linea con la media italiana.

Anche la presenza di persone che dichiarano di avere tre o più malattie croniche varia tra le quattro aree vaste toscane, con differenze particolarmente marcate tra la popolazione femminile (cfr ancora Fig. 4). I valori più bassi sono registrati dalla città di Firenze unitamente alle province di Siena, Arezzo e Grosseto. Tuttavia, mentre la prima area ha una elevata presenza di donne che dichiarano di avere una o due malattie croniche (di quasi 4 punti percentuali più alta della media italiana), le seconde registrano la quota più elevata di donne che hanno almeno una malattia cronica grave (valore che è in questo caso pari a quello medio italiano).

Infine, anche per quanto riguarda la presenza di disabilità (ultimi due grafici della Fig. 4), la situazione migliore è quella fatta registrare dalla città di Firenze. Questa area vede una proporzione di persone disabili decisamente più bassa rispetto alle altre tre, che presentano invece valori piuttosto simili. Al secondo posto per quanto riguarda la presenza di disabilità troviamo per gli uomini l'area che comprende le province di Siena, Arezzo e Grosseto, e per le donne le province intorno alla città di Firenze (Firenze, Prato e Pistoia). Per questo indicatore, così come per la multicronicità, il dato medio della Toscana è, inoltre, leggermente più basso di quello fatto registrare a livello italiano.

Figura 4 – Popolazione toscana per e italiana percezione dello stato di salute (male o molto male), presenza di multi cronicità e disabilità dichiarati, per area geografica di residenza e sesso (per 100 persone con le stesse caratteristiche, tassi standardizzati per età)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

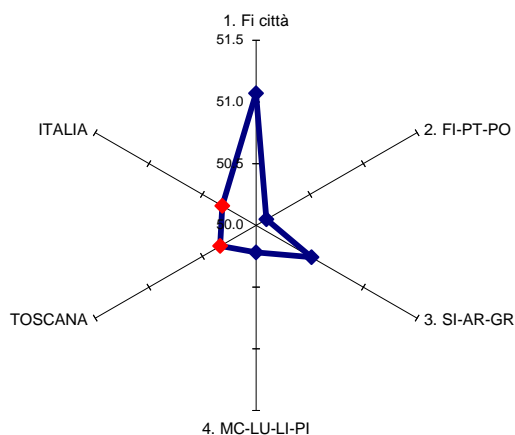
La variabilità intra-regionale emerge anche considerando i valori assunti per le quattro aree vaste da alcuni indici compositi, i quali descrivono da diverse prospettive il multidimensionale concetto di salute. Oltre agli indici di stato fisico e di stato psicologico (PCS12 e MCS12) già introdotti nel paragrafo 1.1, considereremo qui altre due dimensioni che concorrono a comporre lo stato di salute: l'indice di vitalità e l'indice di salute mentale⁹. Queste quattro componenti mostrano una maggiore

⁹ L'indice di vitalità è costruito dall'Istat sulla base di quattro quesiti del questionario che indagano il livello di energia e affaticamento (Gargiulo *et al.* 2008). Valori molto bassi dell'indice implicano situazioni in cui l'individuo si sente sempre stanco e sfinito, mentre valori molto alti si hanno per coloro

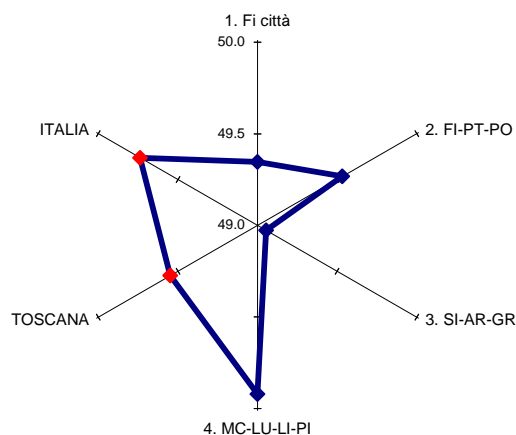
omogeneità tra le diverse aree vaste toscane rispetto alle precedenti misure di salute (Figura 5 e Tavola 9) sebbene si affermi (Istat, 2007a) che per questi indici compositi anche differenze lievi possono essere ritenute significative. Emerge come i valori dell'area vasta della città di Firenze siano leggermente più alti (denotando quindi una situazione maggiormente positiva) per l'indice di stato fisico. L'area che comprende le province di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa si trova invece in una situazione più favorevole per quanto riguarda l'indice di salute mentale e di vitalità.

Figura 5 – Indice di stato fisico, indice di stato psicologico, indice di vitalità e indice di salute mentale, per area geografica di residenza, Toscana e Italia (tassi standardizzati per età)

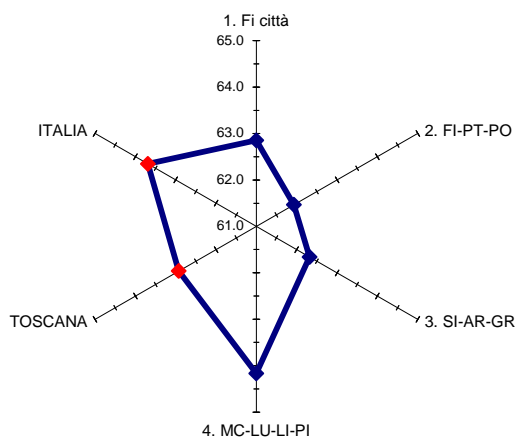
(a) indice di stato fisico (PCS12)



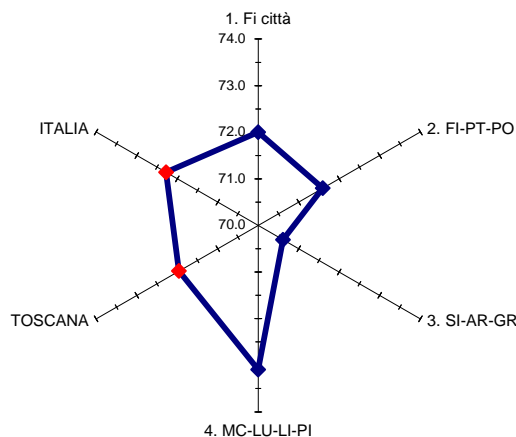
(b) indice di stato psicologico (MCS12)



(c) indice di vitalità (VT)



(d) indice di salute mentale (MH)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

che si sentono sempre brillanti e pieni di energia. L'indice di salute mentale considera invece cinque domande che ne studiano le quattro dimensioni principali: ansia, depressione, perdita del controllo comportamentale e/o emotivo, e benessere psicologico. Anche in questo caso, valori bassi dell'indice indicano sensazioni di nervosismo e di depressione riportate in tutto il periodo delle quattro settimane precedenti l'intervista.

Tavola 9 – Indice di stato fisico (pcs), indice di stato psicologico (mcs), indice di vitalità (vt) e indice di salute mentale (mh), per area geografica di residenza e sesso, Toscana e Italia (tassi standardizzati per età)

	maschio				femmina				Totale			
	pcs	mcs	vt	mh	pcs	mcs	vt	mh	pcs	mcs	vt	mh
1. Fi città	52.6	50.4	65.8	74.4	49.7	48.4	60.3	69.9	51.1	49.3	62.9	72.0
2. FI-PT-PO	51.2	51.2	65.2	74.7	49.1	48.0	58.8	68.7	50.1	49.5	61.9	71.6
3. SI-AR-GR	51.6	50.5	65.2	73.1	49.5	47.7	59.6	68.3	50.5	49.1	62.3	70.6
4. MC-LU-LI-PI	51.2	51.2	67.2	75.8	49.3	48.7	61.4	70.6	50.2	49.9	64.2	73.1
<i>Totale Toscana</i>	<i>51.4</i>	<i>51.0</i>	<i>66.0</i>	<i>74.7</i>	<i>49.3</i>	<i>48.2</i>	<i>60.1</i>	<i>69.4</i>	<i>50.3</i>	<i>49.5</i>	<i>62.9</i>	<i>72.0</i>
<i>Totale Italia</i>	<i>51.4</i>	<i>51.1</i>	<i>67.2</i>	<i>75.1</i>	<i>49.3</i>	<i>48.5</i>	<i>60.5</i>	<i>69.6</i>	<i>50.3</i>	<i>49.7</i>	<i>63.7</i>	<i>72.3</i>

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Da quanto detto è comunque evidente che la capacità discriminante di questi indicatori è piuttosto limitata, e, dato il loro carattere di indici compositi, anche la loro interpretazione può essere soggetta a critiche. Pertanto, nel seguito dell'analisi le condizioni di salute saranno analizzate facendo prevalentemente riferimento ad indicatori di salute più consolidati e maggiormente in grado di rendere conto dell'eterogeneità sia tra gli individui che tra le aree territoriali, quali la percezione soggettiva, la presenza di malattie croniche e di disabilità.

Nonostante alcune differenze in base all'indicatore di salute di volta in volta considerato, possiamo quindi concludere che in Toscana esiste un certo grado di eterogeneità intra-regionale, non solo per la condizione socio-economica, ma anche per le diverse dimensioni che compongono il concetto di salute.

2 Fattori di rischio e stili di vita

Le differenze di salute tra gli individui trovano spiegazione in molteplici fattori, in primo luogo quelli genetici e ambientali. Tuttavia, tra gli elementi che determinano le condizioni di salute, un posto di rilievo è occupato anche dallo stile di vita degli individui, ovvero l'attitudine a condurre una vita più o meno sana. L'accento sarà posto sulle problematiche inerenti l'obesità, l'abitudine al fumo e la sedentarietà. Altri aspetti, come l'abuso di alcool, non possono essere presi in considerazione in questa analisi in quanto non rilevati dall'Indagine.

L'obiettivo di questa sezione è descrivere le caratteristiche della popolazione toscana in termini di abitudini, comportamenti e stili di vita, analizzandone le eventuali associazioni con altre caratteristiche demografiche, sociali ed economiche, ovviamente senza poter effettuare, in assenza di dati longitudinali, valutazioni di causa-effetto tra gli stili di vita e le condizioni di salute.

2.1 I problemi di peso

Negli ultimi anni, l'aumento della frequenza del sovrappeso e dell'obesità sono diventate, a livello mondiale, vere e proprie emergenze in campo medico e sanitario. Anche se ad oggi l'Italia si colloca al di sotto della media europea, e lontana dai livelli degli Stati Uniti, le problematiche connesse ai problemi di peso e ai disturbi alimentari sono sempre più discusse e studiate. È ormai noto che un peso eccessivo, soprattutto l'obesità, rappresenta un importante fattore di rischio per la salute, accrescendo il rischio di insorgenza di diverse patologie, anche di carattere grave: dal diabete alle patologie cardiovascolari, dalle malattie del fegato alle complicanze osteoarticolari, fino ad alcune forme tumorali (Istat 2007a). D'altra parte, anche livelli di peso troppo bassi comportano seri rischi per la salute e anche questa seconda faccia della medaglia dei problemi legati all'alimentazione andrebbe seriamente monitorata e approfondita.

In linea con le indicazioni dell'OMS, l'analisi della condizione degli individui per quanto riguarda la loro forma fisica e il loro peso, viene svolta facendo riferimento all'indice di massa corporea¹⁰ (IMC) ricodificato in 4 classi: sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso (Tavola 10). La popolazione normopeso ammonta a poco più della metà della popolazione toscana, con percentuali più elevate per le donne (61,4 contro 48%, per un rapporto di 0,8). Fra queste è in sovrappeso il 23,4%, mentre tra gli uomini la percentuale sale al 41,8%, facendo così registrare in questa categoria le differenze di genere più marcate. Le quote delle persone con problemi di obesità sono invece piuttosto simili tra i due sessi: 9,2% degli uomini e 8,7% delle donne, valori leggermente inferiori al dato medio nazionale (rispettivamente 10,5 e 9,1% per uomini e donne). Tra le donne si segnala un 6,5% con un indice di massa corporea tale da configurare situazioni di sottopeso, mentre per gli uomini questa quota è inferiore

¹⁰ L'indice di massa corporea (IMC o Body Mass Index BMI) è dato dal rapporto tra peso corporeo di un individuo, espresso in Kg, e il quadrato della sua statura, espressa in metri. Le soglie utilizzate dall'OMS per classificare gli individui in base all'indice di massa corporea sono le seguenti: sottopeso per valori dell'IMC inferiori a 18,4; normopeso per quelli compresi nell'intervallo 18,5-24,9; sovrappeso da 25 a 29,9; obeso per valori dell'IMC uguali o superiori a 30.

all'1%, come messo in evidenza nell'ultima parte della Tavola 10 dal rapporto tra uomini e donne.

Analizzando nel dettaglio le differenze per classi di età, emergono ulteriori spunti di analisi. Per gli uomini, fino ai 34 anni si registrano percentuali elevate di individui con un peso nella norma, dopodiché la quota dei sovrappeso comincia ad aumentare in modo marcato e raggiunge oltre il 50% tra i 55 e i 75 anni. In queste età si registrano anche le quote più alte di popolazione maschile obesa, che comunque rimane intorno all'8-9% anche per gli ultrasettantacinquenni. Per quanto riguarda la popolazione femminile, le donne normopeso sono i tre quarti circa fino ai 44 anni, quando poi la quota comincia a ridursi, per arrivare al 60% tra i 45 e i 54 anni, al 50% tra i 55 e i 69, e al 41,2% tra i 70 e i 74, per poi risalire leggermente. A partire dai 45 anni, infatti, cresce in modo rilevante la quota di donne in sovrappeso, che si mantiene piuttosto alta anche nelle età anziane (con valori che oscillano dal 30 al 40% circa), e si registrano anche le percentuali più alte di donne con problemi di obesità, dal 10 al 14% a seconda dell'età.

L'elemento che tuttavia emerge essere maggiormente problematico per quanto riguarda le condizioni di peso nella popolazione femminile è il sottopeso: in Toscana, infatti, le donne con un peso inferiore alla norma sono il 19,2% tra i 18 e i 24 anni, e il 12,4% tra i 25 e i 34, quote più elevate della media nazionale (rispettivamente pari a 16,3% e 10,8%, Istat 2007a).

Tavola 10– Popolazione toscana di 18 anni e oltre secondo l'indice di massa corporea, per sesso e classe di età (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

MASCHI										
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80 e più	Totale
sottopeso	3.3	0.9	0.1	0.0	0.6	0.7	0.9	1.4	2.7	0.9
normopeso	82.8	65.3	47.2	37.9	38.4	35.5	30.7	39.8	46.7	48.1
sovrappeso	11.9	28.8	43.5	47.2	50.6	52.6	56.2	50.5	40.7	41.8
obeso	2.0	5.0	9.2	14.9	10.4	11.2	12.2	8.3	10.0	9.2
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FEMMINE										
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80 e più	Totale
sottopeso	19.2	12.5	5.2	3.7	1.4	2.2	3.2	3.7	10.4	6.5
normopeso	72.3	73.7	77.4	60.2	52.5	51.0	41.3	47.6	50.2	61.4
sovrappeso	6.6	11.6	13.2	23.9	31.8	35.9	41.2	35.9	29.3	23.4
obeso	1.9	2.3	4.2	12.2	14.3	11.0	14.2	12.9	10.0	8.7
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

RAPPORTO MASCHI/FEMMINE										
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80 e più	Totale
sottopeso	0.2	0.1	0.0	0.0	0.4	0.3	0.3	0.4	0.3	0.1
normopeso	1.1	0.9	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	0.8	0.9	0.8
sovrappeso	1.8	2.5	3.3	2.0	1.6	1.5	1.4	1.4	1.4	1.8
obeso	1.0	2.1	2.2	1.2	0.7	1.0	0.9	0.6	1.0	1.1
Totale	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0

Nota: per l'indice di massa corporea i dati sono resi disponibili solo per la popolazione di 18 anni e oltre

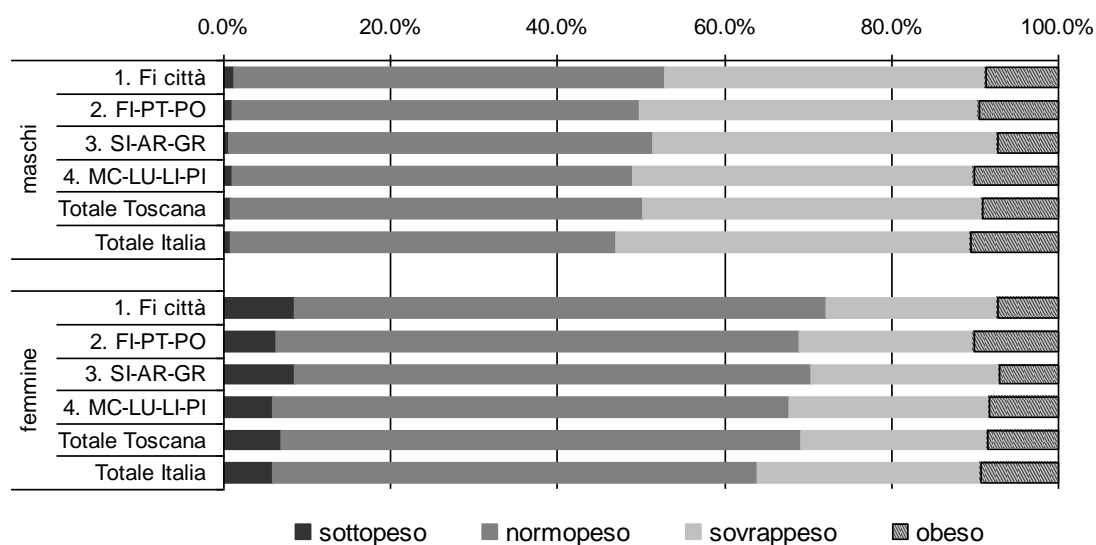
Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Dai dati standardizzati (e quindi depurati dell'effetto della struttura per età della popolazione, Figura 6) sembra inoltre che i toscani prestino maggiore attenzione al proprio peso rispetto a quanto non faccia mediamente la popolazione italiana: in Toscana, infatti, la quota di persone con un peso nella norma è maggiore della media nazionale. Tuttavia, mentre per le donne vi è una significativa variabilità intra-regionale,

per quanto riguarda la popolazione maschile le differenze tra le aree vaste della Toscana sembrano essere meno rilevanti. Concentrandoci sulla popolazione femminile, vediamo che la quota più alta di donne sovrappeso è registrata nel complesso dall'area di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa, mentre le province di Firenze, Pistoia e Prato hanno la più elevata quota di donne con problemi di obesità.

L'analisi per area vasta mette in evidenza una quota di donne sottopeso superiore alla media nel comune di Firenze e nelle province di Siena, Arezzo e Grosseto.

Figura 6 – Popolazione toscana e italiana di 18 anni e oltre secondo l'indice di massa corporea, per sesso e area geografica di residenza, valori percentuali (tassi standardizzati per età)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Le differenze di genere in termini di peso sono messe in luce anche dalla frequenza con cui uomini e donne controllano il proprio peso. Le donne controllano il proprio peso più frequentemente degli uomini: il 5,5% tutti i giorni, il 20,5% almeno una volta a settimana, e oltre il 31% almeno una volta al mese, quote che si riducono rispettivamente al 3,3%, al 13,4% e al 26,6% per gli uomini (Tavola 11). Complessivamente quindi il 43% degli uomini e il 57% delle donne controlla periodicamente il proprio peso, indipendentemente rispetto alle condizioni di peso, ma in modo differenziato tra le classi di età (dati non riportati). In particolare, tra coloro che non controllano periodicamente il proprio peso (ovvero non lo fanno mai o solo qualche volta l'anno) vi sono soprattutto gli anziani, e fra questi i rapporti di genere si invertono, e vedono gli uomini più attenti al controllo del peso rispetto alle donne.

Tavola 11 – Popolazione toscana di 18 anni e oltre secondo la frequenza con cui controlla il proprio peso, per sesso (valori percentuali)

	tutti i giorni	1 o più volte la settimana	qualche volta al mese	qualche volta l'anno	mai	totale
maschio	3.5	13.3	27.1	40.1	16.1	100.0
femmina	5.3	20.1	30.9	30.0	13.8	100.0
totale	4.4	16.8	29.0	34.9	14.9	100.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Il 17,3% delle donne toscane segue una dieta, mentre per gli uomini la quota scende al 12,7% (Tavola 12). In particolare, sono soprattutto gli adulti e gli anziani a prestare maggiore attenzione a ciò che mangiano, anche se le donne cominciano già alle età più giovani a seguire particolari regimi dietetici (il 10,5% fino ai 24 anni e il 14,8% tra i 25 e i 44, contro, rispettivamente, al 4,7 e al 7,6% degli uomini).

I due terzi della popolazione che segue una dieta speciale o un particolare regime dietetico lo fa perché gli è stato prescritto dal medico. In particolare il 78,3% degli uomini anziani con 65 anni e oltre segue il consiglio del medico, mentre nelle età più giovani è più alta la quota di coloro che lo fa di propria iniziativa. Anche tra le donne sono soprattutto le anziane a seguire la dieta perché prescritta dal medico (76,2%), mentre nelle altre classi di età questa quota va dal 51 al 69,7%.

Tavola 12 – Popolazione toscana che segue una dieta, per sesso e classe di età (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

	maschi			femmine			seguita su prescrizione medica	
	no	sì	totale	no	sì	totale	maschi	femmine
0-24	95.3	4.7	100.0	89.5	10.5	100.0	59.9	51.1
25-44	92.4	7.6	100.0	85.2	14.8	100.0	51.8	54.4
45-64	83.9	16.1	100.0	80.6	19.4	100.0	64.0	69.7
65 e più	74.8	25.2	100.0	76.7	23.3	100.0	78.3	76.2
Totale	87.3	12.7	100.0	82.7	17.3	100.0	67.0	66.0

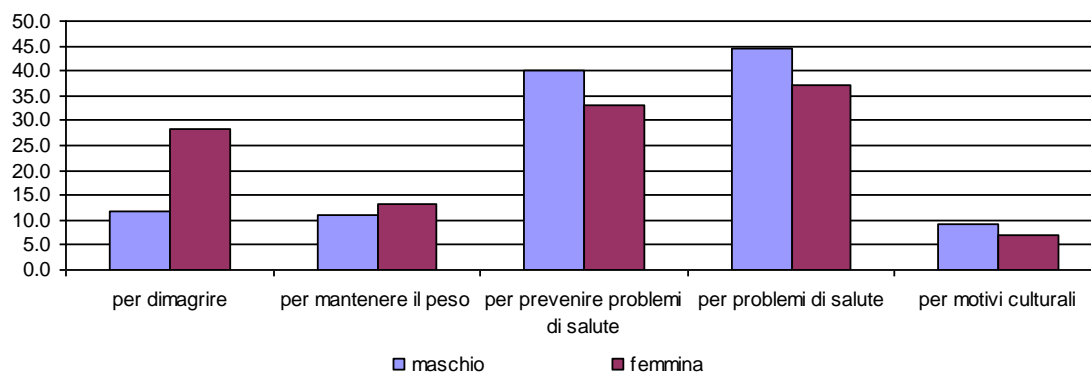
Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Per quanto riguarda le ragioni per cui i toscani seguono una particolare dieta, oltre il 28% delle donne lo fa per dimagrire (quota che aumenta tra i 25 e i 44 anni e si riduce invece dopo 65), e un altro 13,1% per mantenere il peso; questi motivi sono invece indicati solo dall'11% degli uomini (Figura 7). Questi ultimi, infatti, seguono regimi dietetici particolari prevalentemente per prevenire problemi di salute o a causa di problemi di salute esistenti (rispettivamente 39,9 e 44,5%), in misura maggiore rispetto alle donne (33,1 e 37%). La dieta legata a problemi di salute è seguita in misura maggiore dagli individui più anziani. Coloro che dichiarano di aver scelto uno stile alimentare particolare per motivi culturali sono una quota esigua della popolazione toscana (poco meno dell'8%).

Infine, per quanto riguarda il tipo di dieta (Figura 8), oltre la metà di chi la segue ha optato per una dieta povera di grassi, senza grandi differenze di genere e a tutte le età. Le diete povere di zuccheri sono seguite in misura maggiore dalle donne (47,6% contro 39,1%), mentre per quelle iposodiche le percentuali sono invertite (41,9% per le donne e 47,9 per gli uomini), e sono seguite prevalentemente dalla popolazione adulta e anziana.

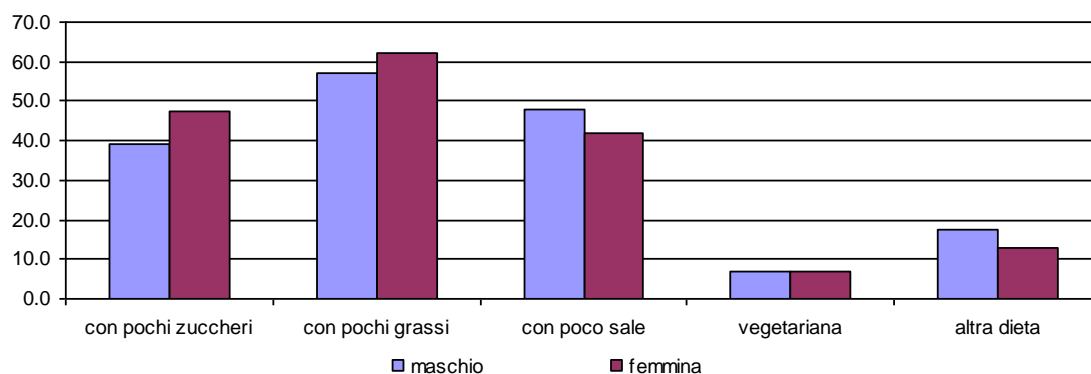
In ogni classe di età si registra una associazione significativa (testata mediante il calcolo dell'indice chi-quadrato χ^2 , dati non riportati) tra la presenza di patologie croniche e il fatto di seguire un particolare regime alimentare. In particolare, vi è una chiara associazione con alcune patologie croniche che possono essere corrette o quanto meno attenuate da un appropriato stile di vita alimentare: tra queste troviamo, ad esempio, una associazione tra il diabete e la dieta povera di zuccheri, tra l'ipertensione e la dieta iposodica, e tra le malattie croniche legate ai problemi cardiaci e la dieta con pochi grassi.

Figura 7– Popolazione toscana per motivo per cui si segue la dieta e sesso (valori percentuali)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Figura 8 – Popolazione toscana per tipo di dieta seguita e sesso (valori percentuali)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

A livello italiano, emerge una netta relazione inversa tra livello di istruzione ed eccesso di peso (Istat 2007a). Per quanto riguarda la Toscana, tale associazione è presente tra le donne, in tutte le fasce di età, mentre per gli uomini i dati sono contraddittori (Tavola 13).

La quota di donne obese tra i 18 e i 44 anni è di poco inferiore al 6% fra coloro che hanno un titolo di istruzione basso, mentre si riduce di quasi due terzi tra le diplomate o laureate; allo stesso modo, nella fascia di età 45-64 si passa dal 17,5% all'8,9%, e oltre i 65 anni dal 12,8 al 7,3%. Livelli intermedi si registrano per le donne con licenza media. Anche la quota di donne in sovrappeso si riduce per i titoli di studio più alti, con la maggiore differenza che si raggiunge nella classe di età 45-64. Infine, le quote più elevate di donne in sottopeso si riscontrano tra i titoli di studio più elevati (dalla licenza media in su), in tutte le fasce di età.

Come detto, tra gli uomini toscani la relazione tra livello di istruzione e peso corporeo non segue uno specifico *pattern*: tra i 18 e i 44 anni le quote più elevate di persone in sovrappeso o obese si hanno per i titoli di studio più alti, mentre è solo per gli ultrasessantacinquenni che il 44,6% dei diplomati o laureati è normopeso, contro il 36% circa per i livelli di istruzione più bassi.

Tavola 13 – Popolazione toscana di 18 anni e oltre per indice di massa corporea e titolo di studio, per sesso e classi di età (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

	MASCHI					FEMMINE					TOTALE				
	sotto peso	normo peso	sovra peso	obeso	Totale	sotto peso	normo peso	sovra peso	obeso	Totale	sotto peso	normo peso	sovra peso	obeso	Totale
18-44															
Lic. elem./nessun titolo	0.0	75.9	19.3	4.8	100.0	1.7	78.7	13.8	5.9	100.0	0.7	77.1	17.0	5.3	100.0
Lic. media	1.0	56.3	35.4	7.4	100.0	9.6	70.2	15.1	5.1	100.0	4.6	62.1	26.8	6.4	100.0
Dip. sup./Laurea	1.1	61.9	31.3	5.7	100.0	11.3	76.9	9.8	2.1	100.0	6.6	70.0	19.7	3.7	100.0
Totale	1.0	60.6	32.2	6.3	100.0	10.5	75.1	11.4	3.1	100.0	5.7	67.8	21.9	4.7	100.0
45-64															
Lic. elem./nessun titolo	0.7	36.1	47.6	15.6	100.0	0.7	45.0	36.8	17.5	100.0	0.7	41.2	41.4	16.7	100.0
Lic. media	0.4	35.2	54.0	10.4	100.0	4.0	59.8	23.2	13.0	100.0	2.2	47.5	38.6	11.7	100.0
Dip. Sup./Laurea	0.0	42.0	46.0	12.0	100.0	3.2	65.4	22.5	8.9	100.0	1.5	53.0	34.9	10.6	100.0
Totale	0.3	38.2	49.0	12.5	100.0	2.6	56.4	27.8	13.2	100.0	1.5	47.5	38.1	12.9	100.0
65 e più															
Lic. elem./nessun titolo	1.6	36.0	51.5	10.9	100.0	4.3	46.6	36.3	12.8	100.0	3.2	42.5	42.2	12.1	100.0
Lic. media	1.4	36.6	48.0	14.1	100.0	9.6	48.3	32.1	10.1	100.0	5.8	42.9	39.3	11.9	100.0
Dip. Sup./Laurea	0.3	44.6	49.7	5.5	100.0	5.8	56.0	30.9	7.4	100.0	2.9	50.0	40.8	6.4	100.0
Totale	1.3	37.6	50.6	10.5	100.0	5.2	47.9	35.1	11.8	100.0	3.6	43.5	41.6	11.3	100.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

2.2 L'attività fisica e sportiva

Lo svolgimento regolare e costante di una attività fisica e sportiva rappresenta un importante fattore in grado di aiutare gli individui a mantenere un certo grado di benessere non solo fisico ma anche mentale. Inoltre, è noto come la scarsa attività fisica e uno stile di vita sedentario rappresentino, insieme ai fattori genetici e ai comportamenti alimentari, uno dei principali determinanti dell'eccesso, più o meno grave, di peso (ISS 2005).

La popolazione toscana che non svolge alcuna attività fisica almeno una volta a settimana – nemmeno di tipo leggero, come passeggiate e ginnastica dolce – è pari a poco più di 1 milione e mezzo di persone, di cui poco più della metà sono donne (Tavola 14). Le donne, infatti, svolgono attività fisica in misura minore degli uomini, praticamente in tutte le fasce di età. La quota dei "sedentari" aumenta al crescere dell'età, e già dopo i 25 anni si avvicina al 40%, in particolare arrivando a poco meno del 50% per gli uomini e a più del 60% per le donne dopo i 65 anni. Nella popolazione di 65 anni e oltre, fascia di età in cui iniziano ad essere rilevanti le diverse patologie, si nota una associazione tra attività fisica e percezione delle condizioni di salute: l'89% di chi svolge un qualche tipo di attività fisica percepisce buone condizioni di salute, contro il 68,6% di coloro che sono completamente inattivi.

Lo svolgimento di attività sportiva si concentra tuttavia tra i più giovani, fino a 24 anni. In queste età, oltre il 40% dei toscani svolge una attività sportiva con rilevante sforzo fisico, come sport agonistici e non, palestra, jogging, ecc; tale percentuale, tuttavia, si riduce drasticamente a meno del 20% considerando le ragazze. Queste ultime svolgono invece, in misura maggiore dei coetanei maschi, attività fisica moderata (palestra, passeggiate a velocità moderata, ecc.) o leggera. Da notare una certa associazione, che possiamo attenderci negativa, tra sforzo compiuto nell'attività lavorativa e attività sportiva nel tempo libero: tra coloro che svolgono un lavoro definito pesante, quasi il 57% dichiara di non svolgere alcuna attività sportiva, mentre le proporzioni sono intorno al 35-40% per coloro che nel lavoro non affrontano sforzi

fisici. Lo svolgimento di attività sportiva sembra anche in parte associato all'indice di massa corporea. Senza alcuna pretesa di individuare relazioni precise, si osserva che la condizione di sottopeso o di obesità si associa con quote sopra la media all'assenza di ogni tipo di attività sportiva (dati non riportati, ma disponibili presso gli autori).

Come detto, in età adulta e anziana, l'attività sportiva diventa meno frequente, e in ogni caso chi fa sport predilige attività sportiva moderata (soprattutto gli uomini dai 35 ai 44 anni) o leggera (svolta da oltre il 30% della popolazione dopo i 55 anni).

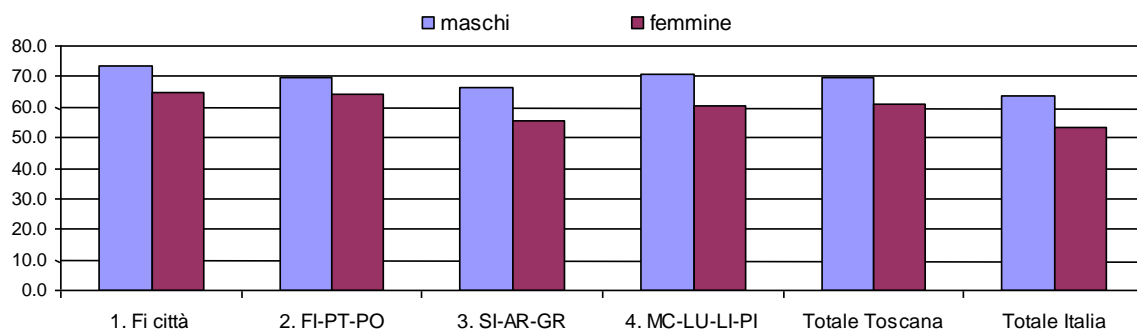
Pur non raggiungendo quote elevate, complessivamente la popolazione toscana svolge attività fisica (indipendentemente dal tipo) in misura maggiore rispetto alla media nazionale (Figura 9). Gli uomini che svolgono in misura maggiore qualche attività fisica sono quelli della città di Firenze, mentre i meno attivi risiedono nell'area formata dalle province di Siena, Arezzo e Grosseto, anche se le differenze tra le diverse aree toscane sono piuttosto basse. Anche per le donne quelle che risiedono nelle province di Siena, Arezzo e Grosseto risultano essere le meno attive, seguite da quelle delle province di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa. Le quote più elevate (e di circa 10 punti superiori alla media nazionale) si hanno per la città di Firenze e le tre province limitrofe. Per la popolazione femminile, le differenze tra le aree vaste, calcolate sulla base della popolazione standardizzata per età, sono più rilevanti che tra gli uomini.

Tavola 14 – Popolazione toscana di 3 anni e oltre attività fisica svolta, per sesso e classi di età (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

	attività sportiva pesante		attività fisica moderata		attività fisica leggera		nessuna attività fisica	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
3-14	42.0	20.3	33.2	44.3	20.7	20.8	22.7	28.7
15-24	43.6	16.3	35.0	32.1	15.8	23.9	23.2	37.5
25-34	26.5	11.6	28.3	26.5	16.4	33.6	37.8	38.1
35-44	18.4	6.8	25.6	22.9	22.9	36.8	44.3	43.5
45-54	11.3	1.9	22.6	17.6	31.9	38.4	43.8	48.1
55-64	3.2	1.0	22.9	16.9	43.0	39.2	40.8	48.2
65 e più	1.4	0.2	13.7	4.6	42.3	34.8	46.9	61.7
Totale	17.8	6.4	24.5	19.9	29.1	33.8	39.0	46.9

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Figura 9 – Popolazione toscana di 3 anni e oltre che svolge attività sportiva e fisica (pesante, moderata o leggera), per sesso e area geografica di residenza (per 100 persone con le stesse caratteristiche, tassi standardizzati per età)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

2.3 L'abitudine al fumo

I rischi per la salute dovuti al vizio del fumo sono ormai noti e verificati, ma nonostante questo rimane rilevante la quota di fumatori. In particolare, in Toscana questa quota è intorno al livello medio italiano per gli uomini, mentre è superiore per le donne (Tavola 15).

In Toscana si stima che i fumatori – senza distinguere tra fumatori occasionali e abituali – siano poco più di 700mila persone; in particolare, fuma il 26,6% della popolazione maschile e il 18,9% di quella femminile (Tavola 15). In generale le donne fumano meno degli uomini, con un distacco di circa 10 punti percentuali dai 25 ai 64 anni, e inferiore nella età più avanzate. Le quote di fumatori sono invece molto simili tra ragazzi e ragazze nelle età più giovani, tra i 14 e i 24 anni: in questa età le ragazze che nel 2005 dichiaravano di fumare erano pari al 23,2%, contro il 24,9% dei maschi.

I fumatori si concentrano tra i 25 e i 54 anni per gli uomini, e tra i 14 e i 54 per le donne, poi le quote cominciano a ridursi. Mediamente oltre i 70 anni fuma il 10,4% degli uomini contro il 4,7% delle donne.

La maggior parte di chi fuma lo fa abitualmente, cioè tutti i giorni, e la quota di fumatori occasionali è praticamente nulla dopo i 55 anni. Questo dato sottolinea come la pratica del fumo, una volta iniziata, diventi una abitudine quotidiana per la stragrande maggioranza dei fumatori, e sia pertanto molto difficile da “controllare”.

I non fumatori maschi sono circa i tre quarti della popolazione (con percentuali che variano dal 66 al 92%), mentre tra le donne è circa l'80% che non fuma (con quote dal 70 al 96% in base all'età). Tra i non fumatori maschi, coloro che non hanno mai fumato rappresentano oltre il 90% tra i giovanissimi e oltre il 70% tra i 25 e i 34 anni, mentre nelle fasce di età più alte la percentuale di coloro che ha fumato in passato è più elevata (tra il 40 e l'80%). Tra le donne, invece, non ha mai fumato mediamente quasi l'80% delle non fumatrici, con livelli inferiori di circa 10 punti percentuali soltanto nelle classi di età dai 35 ai 54 anni.

Tavola 15 – Popolazione toscana e italiana di 14 anni e oltre per abitudine al fumo, sesso e classi di età (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

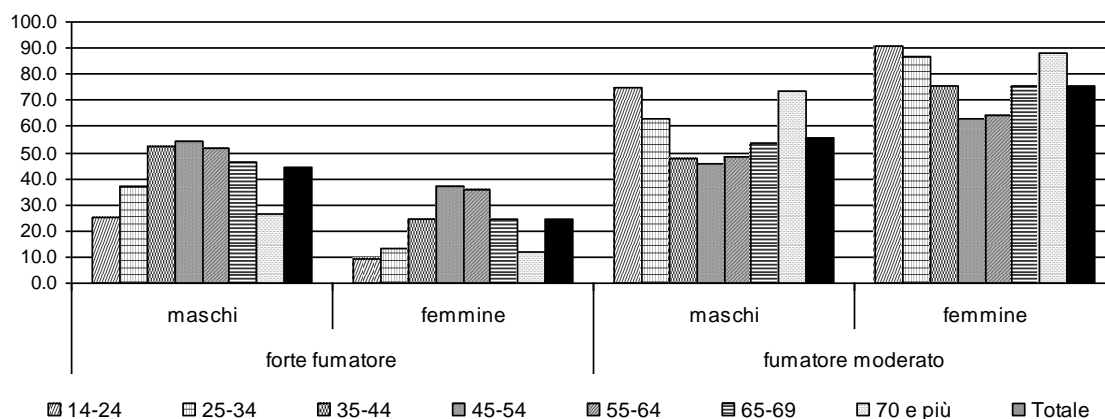
	fumatori abituali		fumatori occasionali		totale fumatori		Ex-fumatori		Mai fumato	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
14-24	20.2	18.4	4.7	4.9	24.9	23.2	5.1	7.0	70.0	69.8
25-34	31.5	21.6	2.5	3.0	34.0	24.6	17.5	17.0	48.5	58.4
35-44	30.6	22.2	3.0	1.5	33.7	23.8	27.0	21.7	39.3	54.5
45-54	29.2	26.7	2.2	3.6	31.4	30.3	39.5	19.9	29.1	49.8
55-64	26.6	17.1	1.3	0.7	27.9	17.8	46.7	19.4	25.4	62.8
65-69	13.4	10.0	2.7	0.0	16.1	10.0	47.9	20.5	36.0	69.5
70-74	14.6	7.5	0.0	0.5	14.6	8.0	47.6	16.0	37.8	76.0
75-79	8.3	3.8	0.0	0.0	8.3	3.8	63.6	16.9	28.1	79.3
80 e più	7.3	3.2	0.3	0.0	7.5	3.2	52.8	20.8	39.7	76.0
Toscana	24.4	17.0	2.2	1.9	26.6	18.9	33.6	18.1	39.8	63.0
<i>Toscana (tassi std)</i>	24.1	17.6	3.1	2.1	27.2	19.7	31.9	17.8	40.8	62.5
Italia	24.8	14.5	2.8	1.8	27.6	16.3	29.2	14.4	43.2	69.3

Nota: per l'abitudine al fumo l'informazione è richiesta solo per la popolazione di 14 anni e oltre

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, Istat, 2005.

Tra i fumatori generalmente si distinguono i forti fumatori – ovvero coloro che fumano 20 e più sigarette al giorno – dai fumatori moderati, nei quali sono compresi anche i fumatori di pipa e di sigaro che pesano meno del 2% della popolazione di fumatori. Dalla Figura 10 emerge come i forti fumatori siano presenti in misura maggiore tra gli uomini piuttosto che tra le donne, in tutte le fasce di età (con una media del 44,7% contro il 24,5%). Sia tra gli uomini che tra le donne, inoltre, la percentuale di coloro che fumano almeno un pacchetto al giorno è più alta nell'età adulta (per gli uomini si supera anche il 50% dei fumatori), poi si abbassa nelle età più anziane, dove tuttavia la bassa numerosità impone una certa cautela nell'interpretazione. Anche rispetto al numero di sigarette fumate mediamente al giorno si riscontrano delle differenze di genere, che vedono le donne a livelli leggermente inferiori rispetto agli uomini (Tavola 16).

Figura 10 – Popolazione toscana di fumatori di 14 anni e oltre per tipologia di fumatore (forte o moderato), sesso e classi di età (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Tavola 16 – Popolazione toscana di fumatori di 14 anni e oltre per numero medio sigarette fumate al giorno, tipologia di fumatore (forte o moderato), sesso e classi di età (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

	n. medio sigarette fumate			
	fumatore moderato		forte fumatore	
	maschio	femmina	maschio	femmina
14-34	10.1	8.5	21.9	22.9
35-64	11.0	9.3	24.1	22.2
65 e più	9.0	8.7	26.0	21.8
totale	10.4	9.0	23.8	22.2

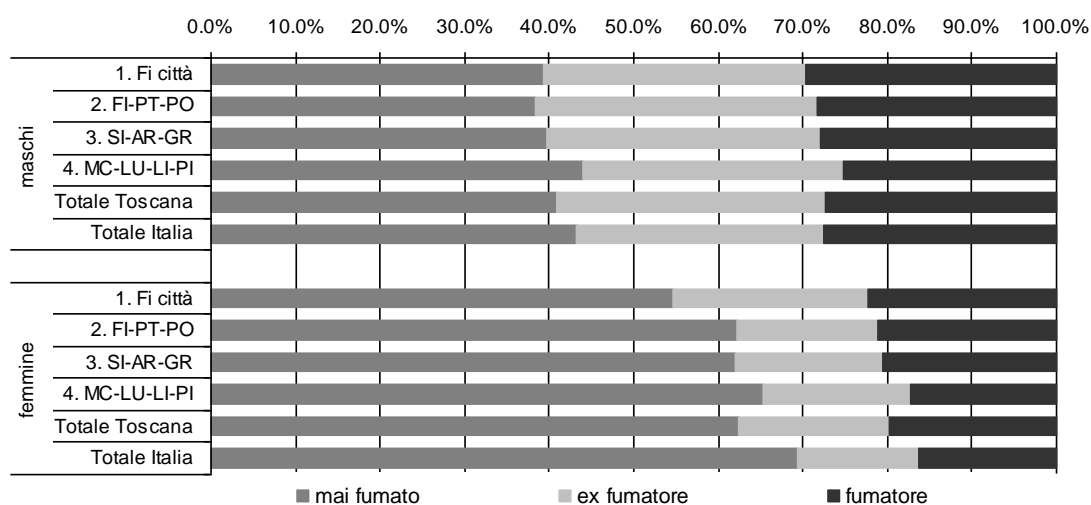
Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Abbiamo detto che il consumo di tabacco è diffuso in misura minore nelle donne toscane rispetto agli uomini toscani, tuttavia abbiamo altresì verificato che le donne toscane fumano in misura maggiore rispetto alle donne italiane. Se confrontiamo ora i dati all'interno della regione Toscana, osserviamo che per gli uomini l'area che si differenzia dalle altre per avere una minore percentuale di fumatori è quella della province di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa, mentre le quote di ex fumatori e di coloro che non hanno mai fumato sono sostanzialmente costanti tra le aree. Tra le donne

si registra una più elevata presenza di fumatrici (sia occasionali che abituali e indipendentemente dal numero di sigarette fumate) nella città di Firenze. Inoltre, Firenze è anche l'area che registra un'alta percentuale di donne che hanno smesso di fumare, più elevata sia della media regionale che di quella nazionale. Anche per le donne, l'area che vede la più bassa presenza di fumatrici è quella delle province di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa, nella quale vi è anche la più alta percentuale di donne che dichiara di non aver mai fumato.

Non vi sono invece differenze significative tra le aree vaste per quando riguarda il fatto di iniziare a fumare in età precoce.

Figura 11 – Popolazione toscana e italiana di 14 anni e oltre per abitudine al fumo, sesso e area geografica di residenza (valori percentuali, tassi standardizzati per età)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Come detto, tra coloro che nell'indagine del 2005 hanno dichiarato di non essere un fumatore, mediamente il 45,8% degli uomini e il 22,3% delle donne aveva però fumato in passato. Agli ex fumatori è stato chiesto in che modo sono riusciti a liberarsi dal vizio del fumo (Tavola 17): oltre il 90% ha dichiarato di essere riuscito a smettere di fumare da solo, senza l'aiuto di altri. Coloro che fumavano almeno un pacchetto al giorno hanno smesso con l'aiuto di un medico in misura maggiore di chi fumava meno di 20 sigarette al giorno (3,9% contro 1,2%), mentre solo quote residuali (intorno all'1%) dichiarano di aver fatto ricorso a gruppi di sostegno, all'assunzione di farmaci o a terapie non convenzionali. L'indagine Istat non rileva i motivi per cui si è deciso di smettere di fumare.

Tavola 17 – Popolazione toscana di 14 anni e oltre che ha smesso di fumare, per metodo utilizzato tipologia di ex fumatore (valori percentuali)

	da solo	aiuto medico	gruppi di aiuto	farmaci tradizionali	terapie non convenz.	altro metodo	totale
ex forte fumatore	90.9	3.9	1.0	1.1	1.0	2.2	100.0
ex fumatore occasionale	95.7	1.2	0.0	0.5	0.0	2.6	100.0
Totale	92.2	3.1	0.7	0.9	0.7	2.3	100.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

L'eventuale associazione tra fumo e status socio-economico viene studiata considerando ancora una volta il titolo di studio degli individui (Tavola 18).

Se seguiamo la teoria dell'epidemia del fumo (Lopez *et al.* 1994) vediamo che a partire dal secondo dopoguerra, periodo in cui si è registrato un forte aumento del tabagismo nei paesi occidentali, la diffusione del consumo di tabacco tra i diversi strati sociali ha seguito, e in alcuni casi sta ancora seguendo, alcuni fasi tipiche: mentre in una prima fase il consumo di tabacco è prevalentemente diffuso tra gli uomini delle classi sociali più agiate, in un secondo momento esso diventa un fenomeno "di popolazione" diffuso cioè in modo piuttosto uniforme tra le diverse classi sociali. Nella terza fase si ha un aumento del consumo di tabacco tra le donne, accompagnato da una riduzione tra gli uomini, e infine, nella quarta fase, l'abitudine al fumo si riduce per entrambi i generi rimanendo però prerogativa dei gruppi sociali più svantaggiati da un punto di vista socio-economico. Pertanto, mentre nelle fasi iniziali di questo ciclo si ha una associazione positiva tra consumo di tabacco e status socio-economico, nell'ultima fase si registra una inversione di tendenza. Diversi recenti studi hanno esaminato il gradiente sociale del consumo di tabacco nei paesi occidentali (Cavelaars *et al.* 2000, Huisman *et al.* 2005, Harman *et al.* 2006, Voller e Buiatti 2006). In base ad essi, l'Italia all'inizio degli anni Novanta si collocava all'inizio del terzo stadio.

In Toscana l'abitudine di fumare è diffusa maggiormente tra coloro che hanno un titolo di studio medio o alto, anche se con andamenti differenziati per fasce di età e genere. Tra gli uomini tra 14 e 34 anni circa il 30% di coloro che hanno almeno la licenza media fumano, contro il 24,9% di coloro che hanno al massimo la licenza elementare, mentre nella stessa fascia di età le differenze tra i livelli di istruzione sono meno marcate tra le donne (anche se con una leggera prevalenza verso i titoli di studio più elevati). Tra i 35 e i 64 anni, tra gli uomini fuma in misura maggiore chi ha un titolo di studio medio-basso, mentre tra le donne chi ha la licenza media. Oltre i 65 anni, la presenza di fumatori è maggiore tra i diplomati e laureati, per la donna in misura maggiore che per gli uomini. Pertanto, tra le donne l'associazione positiva tra consumo di tabacco e livello di istruzione è più marcata, in tutte le fasce di età considerate, mentre tra gli uomini l'andamento è sconnesso ed è più difficile l'identificazione di un chiaro *pattern*.

In secondo luogo tra le donne risulta essere strettamente connesso al livello di istruzione anche il fatto di aver smesso di fumare: le quote di ex-fumatrici sono più alte tra le diplomate e le laureate, in tutte e tre le classi di età considerate (rispettivamente 16,1, 25,2 e 3,6%). Tra gli uomini, invece, gli ex-fumatori prevalgono per i livelli di istruzione inferiori tra i 35 e i 64 anni (circa il 40%), e tra coloro che hanno la licenza media oltre i 65 anni (61,9%). Questi dati sono confermati anche dal livello di istruzione di chi, nel 2005, diceva di aver tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi (Figura 12). Le donne con livelli di istruzione più alti hanno provato a smettere di fumare in misura maggiore delle altre, a parità di classe di età, mentre per gli uomini solo nella classe 35-64 la percentuale di coloro che hanno provato a smettere è più alta tra i diplomati e i laureati che per i livelli di istruzione inferiori.

Sulla base di questa analisi, sembra quindi di poter dire che, almeno con riferimento alla regione Toscana, il fenomeno del consumo di tabacco si trova ancora nella terza fase, quella in cui si registra ancora una elevata diffusione del fenomeno anche tra gli strati sociali più elevati, soprattutto per le donne. Sebbene sia crescente (sia in Toscana che in Italia, Istat 2007a) la quota di persone che smette di fumare, occorrerà forse aspettare qualche anno per verificare se e in che misura la recente introduzione del

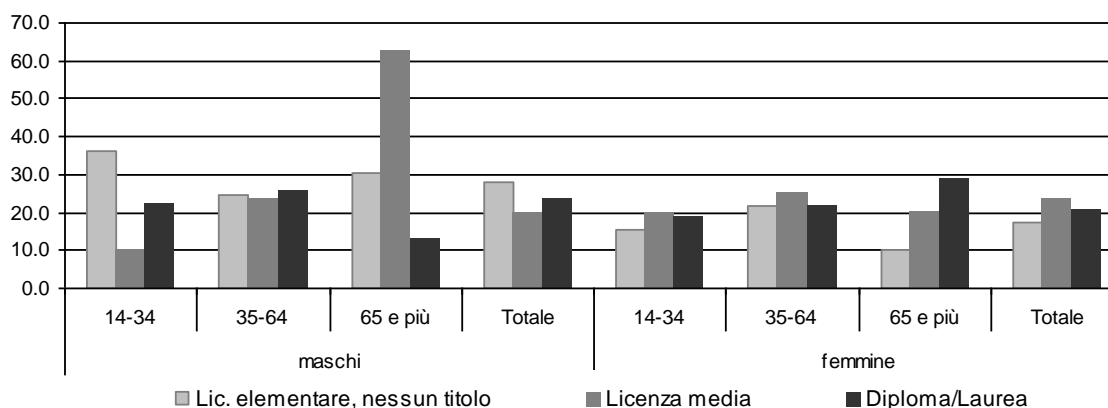
divieto di fumo nei locali pubblici, porterà a considerare il consumo di tabacco un comportamento socialmente sanzionato con una riduzione del tabagismo.

Tavola 18 – Popolazione toscana di 14 anni e oltre per abitudine al fumo, titolo di studio, sesso e classi di età (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

	maschi				femmine				totale			
	fumatori	ex-fumatori	mai fumato	totale	fumatori	ex-fumatori	mai fumato	totale	fumatori	ex-fumatori	mai fumato	totale
14-34												
Lic. elem., nessun tit.	24.9	11.5	63.6	100.0	22.0	12.5	65.6	100.0	24.0	11.8	64.2	100.0
Licenza media	32.2	12.4	55.4	100.0	23.5	6.9	69.7	100.0	28.5	10.0	61.5	100.0
Diploma/Laurea	29.4	12.8	57.8	100.0	24.5	16.1	59.4	100.0	26.7	14.6	58.7	100.0
Totale	30.3	12.5	57.2	100.0	24.1	13.0	63.0	100.0	27.3	12.7	60.0	100.0
35-64												
Lic. elem., nessun tit.	30.6	41.4	28.0	100.0	15.8	13.6	70.6	100.0	22.1	25.5	52.3	100.0
Licenza media	34.9	39.2	25.9	100.0	31.3	19.1	49.7	100.0	33.2	29.6	37.3	100.0
Diploma/Laurea	28.5	33.8	37.8	100.0	23.5	25.2	51.4	100.0	26.0	29.5	44.5	100.0
Totale	31.1	37.1	31.8	100.0	24.0	20.4	55.6	100.0	27.5	28.6	43.9	100.0
65 e più												
Lic. elem., nessun tit.	12.1	50.3	37.6	100.0	4.5	18.7	76.9	100.0	7.5	31.0	61.5	100.0
Licenza media	9.8	61.9	28.3	100.0	9.1	16.0	74.9	100.0	9.4	36.9	53.7	100.0
Diploma/Laurea	14.6	50.9	34.5	100.0	13.3	23.6	63.1	100.0	14.0	38.0	48.0	100.0
Totale	12.1	52.4	35.4	100.0	6.1	18.8	75.1	100.0	8.6	32.9	58.5	100.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Figura 12 – Popolazione toscana di 14 anni e oltre che ha provato a smettere di fumare negli ultimi 12 mesi, per titolo di studio, sesso e classi di età (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

2.4 Stili di vita dei giovani toscani

Nei paragrafi precedenti abbiamo descritto alcuni comportamenti e stili di vita della popolazione toscana che possono rappresentare fattori di rischio per la salute, mettendoli in relazione di volta in volta con le principali caratteristiche demografiche, sociali ed economiche. In questo paragrafo svolgiamo un'operazione di sintesi attraverso l'analisi delle corrispondenze multiple (Lebart et al., 1997), per osservare simultaneamente le caratteristiche socio-demografiche individuali e le variabili utilizzate per descrivere queste abitudini e stili di vita. In particolare, l'analisi delle corrispondenze multiple è stata svolta sugli intervistati più giovani, dai 18 ai 39 anni.

La maggior parte dei problemi in questa fascia di età deriva, più che da patologie croniche gravi, da comportamenti "volontari" e che possono in realtà essere modificati, quali tabagismo e uso di droghe, abuso di alcol, scorrette abitudini alimentari e inattività fisica o stile di vita sedentario (Ongaro e Salvini 2009b). Come noto, tutti questi elementi rappresentano fattori di rischio per l'insorgenza di gravi patologie, e la loro contemporanea presenza nei giovani acuisce il rischio di cattiva salute, se non nell'immediato, quanto meno nelle età più adulte. L'obiettivo di questa analisi è di confermare, attraverso una analisi multivariata, l'associazione, già emersa nei paragrafi precedenti, tra condizioni socio-economiche individuali, esposizione ai fattori di rischio e status di salute per questo insieme di individui. Come detto, questa associazione può essere guardata solo in un'ottica cross-sectional, senza poter effettuare, in assenza di dati longitudinali, valutazioni di causa-effetto tra gli stili di vita e le condizioni di salute.

Le variabili considerate attive in questa analisi delle corrispondenze multiple sono quelle strutturali e socio-demografiche: sesso, classe di età, stato civile, titolo di studio e condizione occupazionale prevalente. L'analisi è stata svolta congiuntamente per i due sessi. Tali variabili determinano attivamente lo spazio fattoriale, nel quale verranno successivamente proiettate le variabili che si riferiscono ad alcuni comportamenti individuali considerati negativi per la salute. In particolare, le variabili disponibili dall'indagine ISTAT che abbiamo introdotto come variabili supplementari nell'analisi delle corrispondenze sono (1) l'abitudine al fumo, (2) lo svolgimento di attività fisica, e (3) l'indice di massa corporea. Infine, per valutare le caratteristiche generali di salute, verrà proiettata sul piano fattoriale risultante anche la valutazione espressa dai *respondents* riguardo il proprio stato di salute.

La prima dimensione del piano fattoriale (asse delle ascisse) spiega il 55,5% dell'inerzia totale, mentre la seconda dimensione (asse delle ordinate) spiega il 13,4% (Figura 13). Di conseguenza, il commento dei risultati può basarsi esclusivamente sull'esame del piano fattoriale formato dalle prime due dimensioni, che congiuntamente spiegano quasi il 70% dell'inerzia complessiva.

Osservando la collocazione delle modalità dei caratteri sul piano fattoriale emerge che l'asse verticale differenzia gli individui prevalentemente sulla base del sesso (carattere fortemente discriminante come abbiamo visto nelle analisi precedenti), del loro livello di istruzione e della condizione occupazionale prevalente, mentre l'asse orizzontale contrappone gli individui in base alla loro età. È quindi possibile identificare sul piano fattoriale, piuttosto chiaramente anche da un punto di vista interpretativo, alcune tipologie di individui.

Nella parte superiore del grafico della Figura 13 (primo e quarto quadrante) troviamo, in linea generale, i maschi e coloro che hanno un titolo di studio basso o molto basso e svolgono un lavoro manuale. Sempre nella parte superiore del grafico, ma

più schiacciati verso l'asse delle ascisse sulla sinistra, troviamo coloro che hanno tra 35 e 39 anni, i lavoratori autonomi, e le casalinghe. Anche nella parte inferiore del grafico, dove si collocano prevalentemente le donne, emergono due gruppi differenziati: sulla destra individuiamo la popolazione più giovane (18-24 anni), la quale risulta composta prevalentemente da celibi che stanno ancora studiando o che non sono ancora riusciti ad entrare attivamente nel mondo del lavoro. Spostandosi in senso antiorario verso il basso l'età aumenta (troviamo i 25-29enni) e il titolo di studio prevalente è il diploma superiore. Infine, come detto, i giovani adulti (30-34 e 35-39 anni), tra i quali vi sono anche prevalentemente individui sposati o separati/divorziati, si collocano nella parte a sinistra dell'asse delle ordinate. La parte inferiore del piano fattoriale vede la presenza di individui che hanno un titolo di studio alto (Laurea), e che svolgono un lavoro dipendente di tipo intellettuale o altro tipo di lavoro.

Proiettando su questa soluzione fattoriale le variabili supplementari (Figura 14) emerge che gli stili di vita negativi per le condizioni di salute (i cosiddetti comportamenti *health-damaging*) risultano essere maggiormente legati ai bassi livelli di istruzione, come d'altra parte era emerso dalla precedente analisi descrittiva. In particolare, i livelli di istruzione più bassi (licenza elementare o inferiore, ma anche la licenza media) si associano al fatto di fumare abitualmente un elevato numero di sigarette (forti fumatori abituali), al fatto di non svolgere nessun tipo di attività fisica, e all'eccesso di peso, più o meno grave.

Per quanto riguarda l'abitudine al fumo, nella parte superiore del grafico troviamo anche i fumatori moderati – a destra, quindi nelle fasce di popolazione più giovani – e coloro che hanno smesso di fumare – caratteristica invece legata prevalentemente a coloro che hanno più di 30 anni. Al contrario, i non fumatori o coloro che fumano solo occasionalmente si individuano tra coloro che hanno un titolo di studio più alto e svolgono lavori maggiormente qualificati.

Si noti poi come l'attività fisica sia svolta in maniera rilevante soprattutto nelle fasce di età più giovani (parte destra del piano fattoriale).

Nella parte bassa del grafico, che come detto individua fra gli altri anche le donne con un elevato titolo di studio, ritroviamo anche i soggetti caratterizzati da una condizione di sottopeso, condizione che pure potrebbe rappresentare, al pari dell'eccesso di peso, un rischio per la salute.

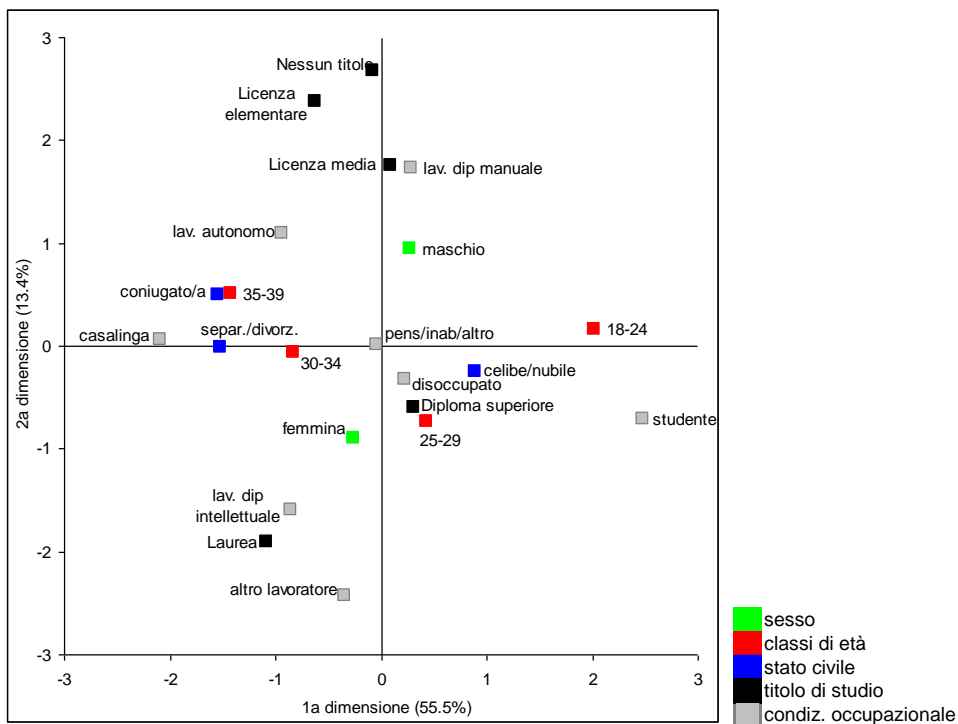
Infine, dal grafico della Figura 14 si vede che la percezione negativa delle proprie condizioni di salute è legata agli status sociali inferiori.

L'analisi multivariata qui svolta ha quindi messo in luce l'esistenza di una stretta relazione, anche per i giovani toscani, tra disuguaglianze in termini di salute e condizioni socio-economiche individuali, coerentemente con quanto generalmente osservato sia livello internazionale (Mackenbach 2006), che a livello italiano (Ongaro e Salvini 2009a) e anche con riferimento alla popolazione toscana ultracinquantenne (Pirani e Salvini 2009).

L'analisi presentata ha inoltre permesso di verificare che, così come le condizioni di salute, anche gli stili di vita sono distribuiti in modo assai diverso tra le classi sociali. Le disuguaglianze di salute sono dovute in misura rilevante ad una iniqua distribuzione dei fattori di rischio i quali affliggono in misura maggiore i gruppi socio-economici più svantaggiati, e tra questi fattori di rischio vanno sicuramente annoverati gli stili di vita.

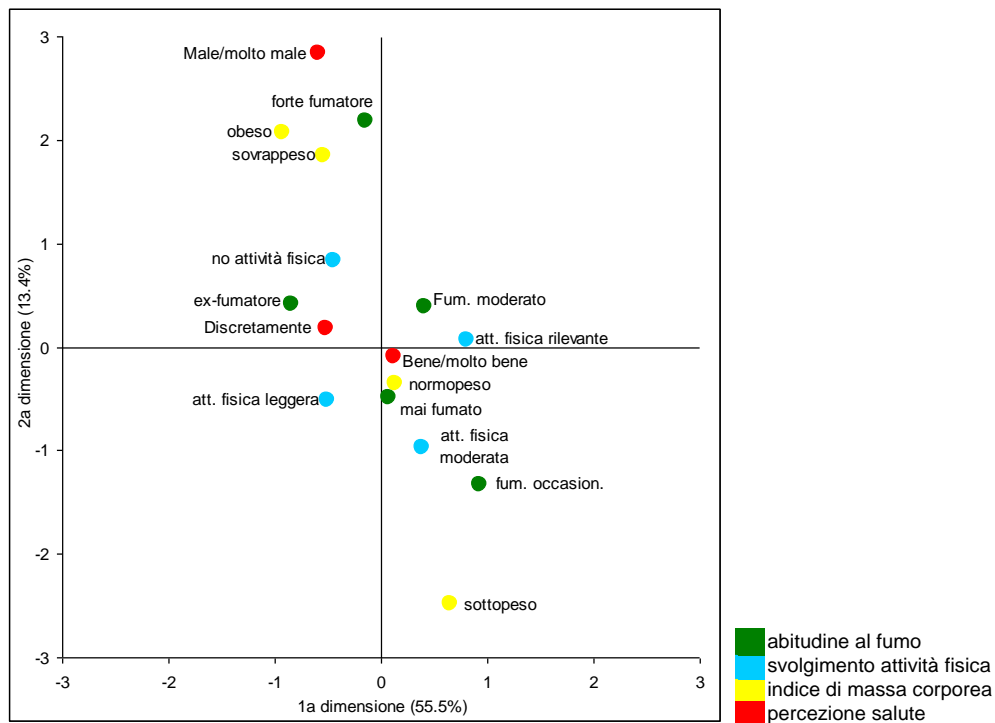
Un aspetto che rimane da approfondire è quanto nella diffusione di questi comportamenti e stili di vita conti la volontarietà dell'individuo e quanto il ruolo socio-culturale.

Figura 13 – Risultati dell'analisi delle corrispondenze multiple: le variabili attive



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Figura 14 – Risultati dell'analisi delle corrispondenze multiple: le variabili supplementari



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

3 Prevenzione, consumo di farmaci e ricorso a terapie non convenzionali

L'attività di prevenzione è indicata come una delle principali garanzie non solo contro l'insorgenza, ma anche per la cura, di diverse patologie, anche gravi. Tuttavia, mentre vi è sostanziale accordo sul fatto che l'esecuzione periodica di controlli diagnostici specifici rappresenta uno dei principali strumenti di diagnosi precoce e di prevenzione per diverse patologie, uno degli aspetti maggiormente dibattuti nel campo della prevenzione riguarda l'efficacia della vaccinazione antinfluenzale. L'influenza costituisce un importante problema di Sanità Pubblica a causa della considerevole morbosità e mortalità ad essa associate e, come ribadito anche dal Ministero della Salute e delle Politiche Sociali (2009) *“rappresenta ancora oggi la terza causa di morte in Italia per patologia infettiva. In particolare si stima che in Italia l'influenza stagionale causi ogni anno circa 8.000 decessi in eccesso. L'84% di questi riguarda persone di età maggiore o uguale a 65 anni”*. Per molte persone anziane e già affette da patologie di particolare gravità l'influenza può infatti rappresentare l'evento che porta al decesso. È pertanto evidente come le politiche di vaccinazione antinfluenzale rappresentino una priorità in questo ambito. A maggior ragione, i recenti allarmi lanciati riguardo il possibile rischio di pandemie dovute alla diffusione del nuovo virus dell'influenza A-H1N1 richiamano l'attenzione su questo tema. Il dibattito sull'efficacia dei vaccini antinfluenzali è molto forte nella letteratura medico-scientifica, sia per quanto riguarda la classica influenza stagionale che per la nuova influenza A, ma, senza addentrarci in una discussione che esula dagli obiettivi di questo studio, ci sembra opportuno ricordare che l'obiettivo della strategia di vaccinazione non è tanto prevenire l'influenza nella popolazione generale, ma ridurre il rischio di complicanze, l'ospedalizzazione e la mortalità legata all'influenza stessa, più frequenti in determinate categorie di soggetti.

In questo capitolo cercheremo quindi di valutare, attraverso i dati dell'Indagine campionaria Istat, se e in che misura la popolazione toscana abbia aderito, nel 2005, alla campagna di vaccinazione antinfluenzale promossa dal Sistema Sanitario Regionale. In secondo luogo, sempre in tema di prevenzione descriveremo quale è la situazione dell'attività di controlli diagnostici in Toscana. La terza parte del capitolo sarà dedicata all'analisi, anche in un'ottica di confronto intra-regionale, delle caratteristiche inerenti al consumo di farmaci. Infine, un breve paragrafo sarà dedicato alla descrizione della diffusione delle terapie di cura cosiddette non convenzionali, cercando di tracciare un profilo dei loro utilizzatori.

3.1 Il vaccino antinfluenzale

La vaccinazione rappresenta oggi l'unico intervento per la prevenzione primaria dell'influenza, sia essa influenza stagionale o di altra origine. I dati qui analizzati non fanno riferimento alla recente emergenza dovuta alla diffusione del virus influenzale A-H1N1. Questi dati ci permetteranno comunque di descrivere lo stato della situazione per quanto riguarda la diffusione della vaccinazione antinfluenzale in Toscana negli anni più recenti.

Sulla base dei dati dell'indagine sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* del 2005 si stima che circa un quinto della popolazione toscana abbia fatto il

vaccino antinfluenzale nei 12 mesi precedenti l'intervista. In particolare, la vaccinazione antinfluenzale è stata eseguita da circa il 12% dei soggetti sotto i 14 anni, mentre nelle fasce di età dai 15 ai 54 anni si registrano proporzioni più basse (Tavola 19). La quota dei vaccinati ricomincia a salire dai 55 anni (24,4%), e in misura ancora più evidente nelle età successive: dal 58% della popolazione maschile e femminile tra i 70 e i 74 anni, a poco meno del 70% di quella tra i 75 e i 79 anni, al 72% degli ultraottantenni. Le differenze di genere sono rilevanti soprattutto in quest'ultima classe di età, con una percentuale che raggiunge il 78% tra gli uomini. La popolazione anziana rappresenta il principale segmento di popolazione a rischio¹¹ per il quale la vaccinazione contro l'influenza stagionale è consigliata dalle politiche di prevenzione. Tuttavia, se si considera che il Ministero della Salute, in linea con le indicazioni dell'OMS, ha fissato come obiettivo *minimo* di copertura il 75% della popolazione *target*, è evidente come le campagne di prevenzione risultino ancora largamente disattese.

Le proporzioni rilevate in Toscana di chi si è sottoposto alla vaccinazione contro l'influenza risultano essere leggermente inferiori rispetto a quelle a livello nazionale, soprattutto tra gli anziani (Tavola 20). Da questa Tavola emerge anche una elevata variabilità tra le aree toscane nel ricorso alla vaccinazione: l'area della città di Firenze e le province limitrofe di Firenze, Pistoia e Prato registrano quote elevate di vaccinazione antinfluenzale nelle età giovanili rispetto alle altre aree e rispetto alla media italiana, e complessivamente la proporzione di coloro che hanno effettuato la vaccinazione è di 2-3 punti percentuali superiore rispetto alle altre due aree toscane. Sono invece le province di Siena, Arezzo e Grosseto quelle in cui si ha la più alta percentuale di vaccinazione tra gli anziani, mentre l'area compresa tra le province di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa registra proporzioni di vaccinati sotto la media sia toscana che italiana in tutte le fasce di età.

Oltre agli anziani, le altre categorie a rischio per le quali è consigliata la vaccinazione sono rappresentate da coloro che soffrono di alcune patologie croniche. Tra chi soffre di diabete, complessivamente è il 50% degli individui a vaccinarsi, percentuale due volte e mezzo più elevata rispetto alla media generale. Il differenziale è più elevato soprattutto tra i 35 e i 64 anni, ovvero in quella fascia di popolazione che in assenza di problemi di salute tende generalmente a non vaccinarsi. Allo stesso modo, le percentuali di chi si vaccina sono più alte in presenza di malattie respiratorie (in generale il 44% circa dei toscani, con andamento differenziato per classi di età), e di malattie cardiovascolari. In questo caso, oltre il 63% delle donne preferisce vaccinarsi, mentre per gli uomini la quota è di circa 10 punti più bassa, e le percentuali cominciano ad essere già elevate a partire dai 45 anni, per entrambi i sessi.

¹¹ I gruppi di popolazione *target* per la vaccinazione antinfluenzale stagionale sono rappresentati dagli individui di età pari o superiore a 65 anni, dai soggetti di tutte le età definiti ad altro rischio a causa della presenza di particolare patologie, e dalle persone che per motivi di lavoro sono particolarmente esposte al rischio di contagio. Per questi gruppi di popolazione a rischio l'offerta attiva e gratuita di vaccinazione è considerata prioritaria. L'obiettivo individuato come *ottimale* per i gruppi *target* è quantificato nel 95%. Per quanto riguarda altre forme influenzali (in particolare il virus H1N1) l'individuazione della popolazione a rischio segue criteri leggermente diversi. Per maggiori dettagli si consulti il sito del Ministero della Salute, <http://www.ministerosalute.it/>.

Tavola 19 – Popolazione toscana che nei dodici mesi precedenti l'intervista ha effettuato la vaccinazione antinfluenzale per sesso, classe di età e presenza di alcune patologie (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	totale		presenza di patologie					
	maschi	femmine	diabete		malattie respiratorie		malattie cardiovascolari	
			maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
0-14	12.7	11.1			23.0	10.7		73.2
15-24	5.4	2.5		0.0	14.8	11.3		
25-34	4.8	4.7		48.8	15.9	12.4	0.0	0.0
35-44	7.1	8.0	21.3	36.7	15.8	13.7	0.0	100.0
45-54	11.3	11.5	17.6	31.9	10.1	27.9	12.9	29.2
55-64	25.3	23.5	44.5	33.7	38.3	36.4	44.0	46.2
65-69	43.8	45.6	44.1	45.0	53.5	61.7	42.8	73.2
70-74	59.7	56.8	56.7	54.2	62.4	58.9	54.7	62.4
75-79	69.1	70.1	52.9	69.0	74.4	91.4	65.9	87.1
80 e più	78.1	69.6	84.1	67.9	73.7	65.9	87.4	68.6
Totale	21.1	23.5	49.0	51.0	43.5	44.8	53.9	63.8

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Tavola 20 – Popolazione toscana e italiana che nei dodici mesi precedenti l'intervista ha effettuato la vaccinazione antinfluenzale per area geografia di residenza e classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche, tassi standardizzati per età all'interno delle classi)

	1. Fi città	2. FI-PT-PO	3. SI-AR-GR	4. MC-LU-LI-PI	TOSCANA	ITALIA
	hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale					
0-14	13.6	20.7	3.8	8.0	11.5	9.6
15-44	7.1	7.4	5.3	3.9	5.6	6.1
45-64	17.1	20.1	17.3	16.5	17.9	17.1
65-79	60.1	57.3	56.6	55.3	56.7	59.3
80 e più	69.3	73.3	76.0	70.5	72.5	73.1
Totale	21.2	22.8	18.8	18.2	20.1	20.2

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

3.2 I controlli diagnostici preventivi

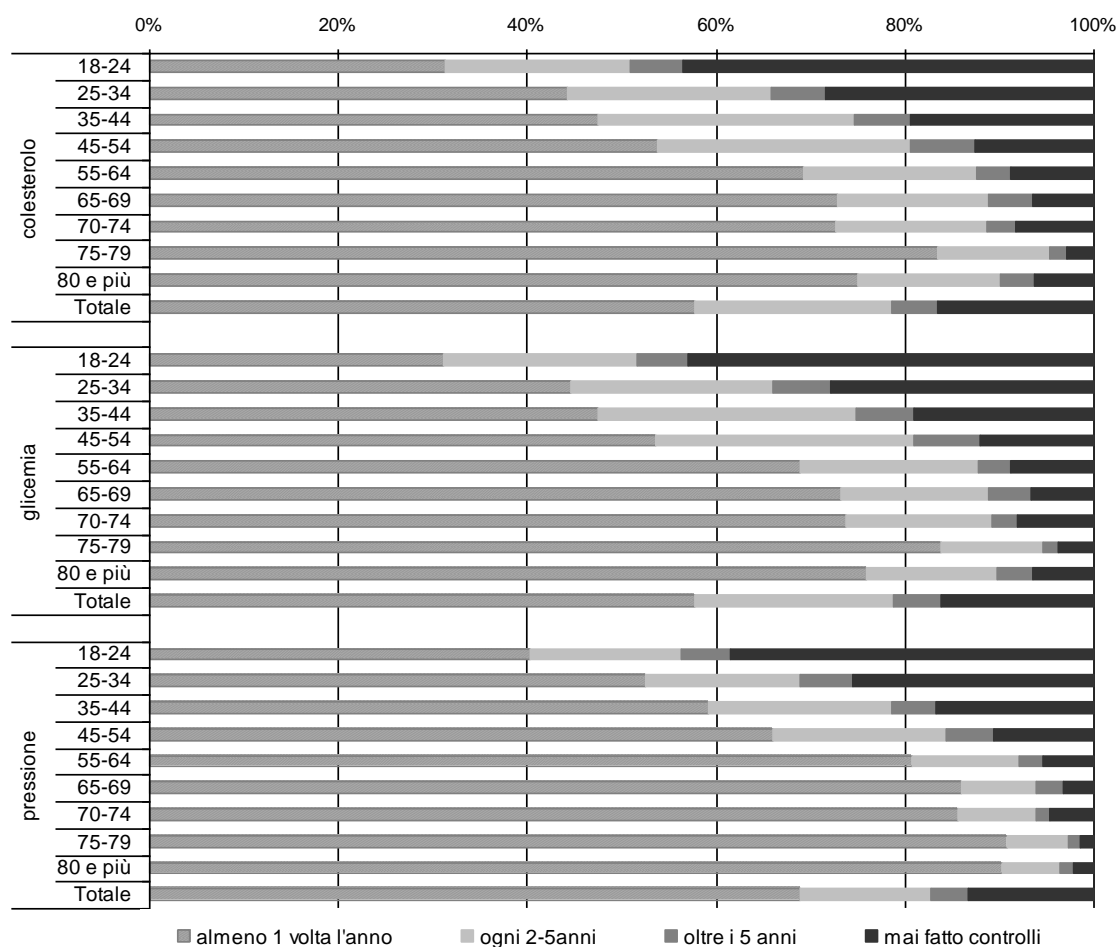
Alcune patologie per le quali si riscontrano i più elevati tassi di mortalità – quali il diabete, l'ipertensione, l'ipercolesterolemia e alcune malattie cardiovascolari spesso a queste associate – possono essere più efficacemente affrontate e curate se diagnosticate nella loro fase iniziale. L'esecuzione periodica di controlli specifici rappresenta uno dei principali strumenti di diagnosi precoce e di prevenzione per queste patologie, e pertanto anche un valido aiuto nella loro cura. In questa sezione prenderemo in considerazione i controlli preventivi del colesterolo, della glicemia, e della pressione arteriosa. Poiché, come emergerà dai grafici seguenti, l'andamento e le caratteristiche dei tre tipi di controlli sono piuttosto simili – soprattutto per quanto riguarda quelli del colesterolo e della glicemia – nel commento ai dati faremo riferimento in generale ai controlli, senza distinguere in modo particolare tra di essi. Un paragrafo conclusivo sarà dedicato ai controlli per l'osteoporosi.

3.2.1 I controlli per colesterolo, glicemia e pressione arteriosa

Circa il 17% degli uomini e il 15% delle donne toscane non ha mai fatto controlli per colesterolo e glicemia, e quote leggermente più basse (rispettivamente 15,1 e 11%) non hanno mai controllato la pressione del sangue (Grafici della Figura 15). Nella classe di età fino ai 24 anni, queste quote salgono a oltre il 40%, sia per i maschi che per le femmine. D'altra parte, in questo caso si tratta di soggetti ancora giovani, che tendenzialmente non hanno particolari problemi di salute. Tuttavia, anche fra i 35 e i 54 anni una quota non trascurabile di persone non ha mai effettuato controlli (si raggiunge il 20% tra i 35 e i 44 anni, e il 10% circa tra i 45 e i 54), con leggere differenze a seconda del tipo di controllo considerato e in base al sesso.

I controlli per colesterolo e glicemia cominciano a essere più frequenti (ovvero vengono fatti ogni 2-5 anni) tra i 35 e i 54 anni, ma è soprattutto a partire dai 65 che oltre i tre quarti dei toscani esegue annualmente questi esami. Per quanto riguarda la pressione arteriosa, già dai 55 anni oltre l'80% degli individui esegue questo controllo con cadenza annuale, quota che supera il 90% tra gli ultrasessantacinquenni.

Figura 15– Frequenza con cui le popolazione toscana di 18 anni e più si è sottoposta a controlli per il colesterolo, glicemia e pressione arteriosa, per classe di età (valori percentuali)

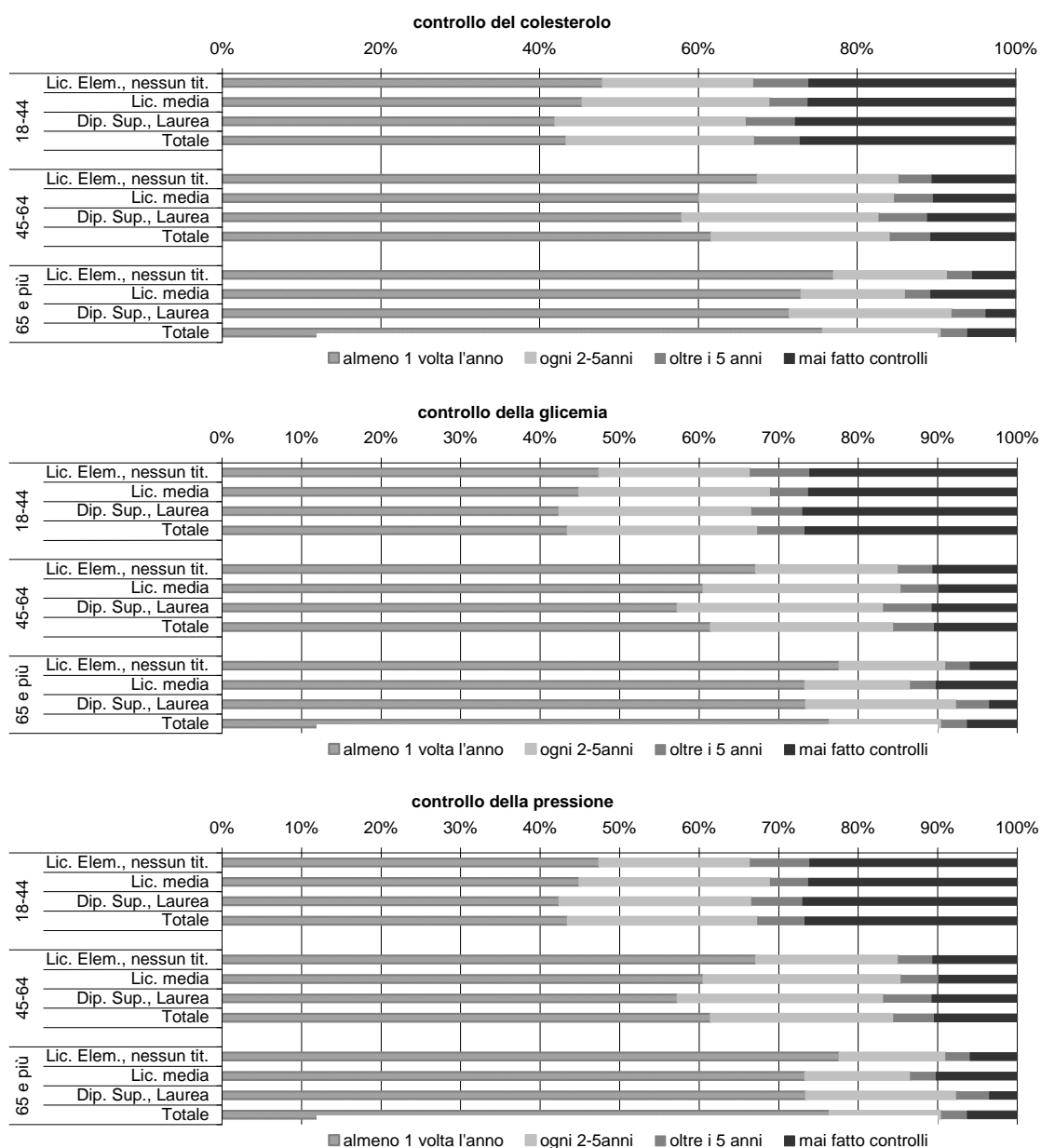


Nota: le informazioni relative ai controlli diagnostici sono chieste solo alla popolazione di 18 anni e oltre

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Tra coloro che non hanno mai fatto controlli diagnostici specifici una quota superiore alle media si riscontra tra gli individui con 65 anni e oltre che hanno al massimo la licenza media (Grafici della Figura 16). Al contrario, nelle altre due classi di età considerate (18-44 e 45-64) si registrano percentuali elevate di chi fa controlli almeno una volta l'anno soprattutto tra coloro che hanno la licenza elementare; le quote sono mediamente più alte di circa 5 punti percentuali per le donne, a parità di età. Queste differenze tra i diversi livelli di istruzione sono presenti in tutti e tre i tipi di controlli, seppure in misura meno marcata per quanto riguarda il controllo della pressione.

Figura 16 – Frequenza con cui la popolazione toscana di 18 anni e più si è sottoposta a controlli per il colesterolo, glicemia e pressione arteriosa, per classe di età e titolo di studio (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Infine, i dati mostrano che l'indicazione e il consiglio del medico di svolgere il controllo è rilevante soprattutto tra coloro che hanno un titolo di studio basso, con percentuali che vanno dal 60% circa tra i 18 e i 44 anni, a oltre l'80% tra gli over 65. Al contrario, sono soprattutto i diplomati e i laureati che decidono di sottoporsi a controlli di propria iniziativa o su suggerimento di familiari. Questo andamento è simile tra uomini e donne, anche se per le ultrasessantacinquenni le differenze sono meno forti. Anche tra chi ha la licenza media si registra una maggiore propensione a fare i controlli indipendentemente dalla prescrizione del medico.

Dall'analisi dei tassi standardizzati (Tavola 21) emerge che i maschi toscani fanno i controlli di colesterolo, glicemia e pressione arteriosa più spesso rispetto alla media italiana, mentre non vi sono differenze significative per le donne. D'altra parte, per queste ultime la percentuale di coloro che fa controlli almeno una volta l'anno è già più elevata di quella degli uomini anche a livello nazionale. In Toscana si ha quindi, su questo fronte, una attenuazione delle differenze di genere.

Se consideriamo le differenze intra-regionali, le province di Firenze, Pistoia e Prato registrano un ricorso ai controlli superiore alla media (oltre 10 punti sopra la media nazionale, considerando i tassi standardizzati), sia per gli uomini che per le donne, mentre sono coloro che vivono a Firenze città che fanno registrare quote leggermente più basse.

Tavola 21 – Popolazione toscana e italiana con 18 anni e oltre che esegue controlli per colesterolo, glicemia e pressione almeno una volta l'anno, per sesso e aree vaste (valori percentuali, tassi standardizzati per età)

	maschi			femmine		
	esegue controlli almeno una volta l'anno			esegue controlli almeno una volta l'anno		
	colesterolo	glicemia	pressione	colesterolo	glicemia	pressione
1. Fi città	49.1	47.9	59.5	55.9	55.5	68.2
2. FI-PT-PO	61.1	61.2	70.3	60.6	61.0	72.3
3. SI-AR-GR	50.8	51.3	62.1	55.4	56.4	67.4
4. MC-LU-LI-PI	53.9	53.8	63.8	56.2	56.1	68.4
<i>Toscana</i>	<i>55.0</i>	<i>54.9</i>	<i>65.0</i>	<i>57.4</i>	<i>57.6</i>	<i>69.4</i>
<i>Totale Italia</i>	<i>50.9</i>	<i>51.3</i>	<i>60.9</i>	<i>56.8</i>	<i>57.2</i>	<i>68.4</i>

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

3.2.2 I controlli per l'osteoporosi

L'osteoporosi è una malattia prevalentemente femminile – ne sono infatti colpite, in Italia, il 9,2% delle donne contro l'1,1% degli uomini, e in Toscana queste percentuali sono rispettivamente dell'11 e dell'1,4% – e tipica delle età anziane, dove si arriva a quote del 30% circa (cfr. Cap. 1 del presente Rapporto e Istat 2007a). Questo dato si riflette anche nei controlli preventivi eseguiti (Tavola 22): solo il 5,2% degli uomini dichiara di aver eseguito accertamenti per constatare la presenza di osteoporosi, con le percentuali più alte registrate tra i 70 e i 79 anni (9-10% circa). È invece del 40% la proporzione di donne toscane che ha effettuato questo controllo almeno una volta nella vita; in particolare, dal 22% tra coloro che hanno tra i 45 e i 54 anni, si sale intorno al 50% tra i 55 e i 74 anni, per poi scendere nuovamente tra le donne più anziane (il 34% delle donne con 80 anni e oltre non ha mai fatto controlli per verificare la presenza di l'osteoporosi). La percentuale di donne che ha eseguito controlli per l'osteoporosi in

Toscana è leggermente superiore a quella rilevata a livello nazionale. Questa differenza raggiunge gli 8 punti percentuali per le donne tra i 55 e i 64 anni (54,8% in Toscana contro il 46,8% in Italia), e si attenua nelle età più avanzate.

Il livello di istruzione non sembra essere un fattore discriminante sulla decisione di sottoporsi ad accertamenti preventivi (dati non riportati ma disponibili a richiesta presso gli autori).

Tavola 22 – Popolazione toscana e italiana con 45 anni e oltre che si è sottoposta ad almeno un accertamento per verificare la presenza di osteoporosi, per sesso e classe di età

	maschi		femmine	
	Toscana	Italia	Toscana	Italia
45-54	1.2	2.0	22.2	20.5
55-64	4.3	4.1	54.8	46.8
65-69	6.5	5.7	51.1	46.6
70-74	9.3	7.3	49.8	45.2
75-79	9.9	8.8	38.3	40.1
80 e più	8.7	10.3	34.3	33.7
Totale	5.2	4.8	40.6	36.9

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

3.3 Chi consuma più farmaci?

Per studiare il consumo di farmaci l'indagine campionaria Istat ha chiesto agli intervistati se avessero assunto farmaci nei due giorni precedenti l'intervista, e in caso di risposta negativa, se ci fosse stata comunque assunzione di farmaci nelle due settimane precedenti l'intervista.

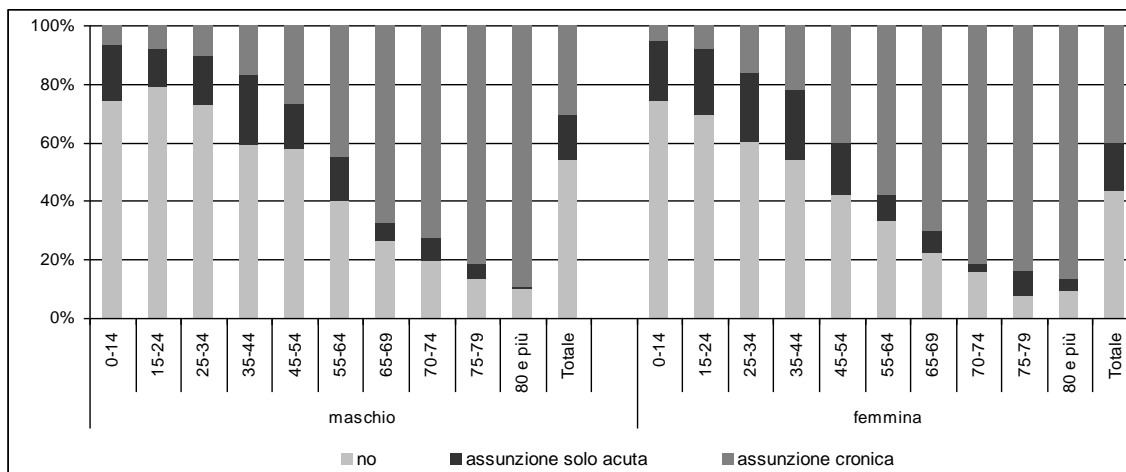
Dai dati analizzati emerge che in Toscana, così come in Italia, le donne assumono farmaci in misura maggiore degli uomini, in tutte le fasce di età (Figure 17 e 18). Se distinguiamo in base al tipo di assunzione del farmaco, vediamo che l'assunzione acuta¹² è rilevante soprattutto nelle età giovanili e adulte, e in particolar modo nelle donne (con quote dal 20 al 24% circa, rispetto al 13-19% per i maschi fino ai 34 anni). Al contrario, l'assunzione cronica di farmaci è tipica delle età più avanzate: oltre i due terzi dei 65-69enni sono utilizzatori regolari di farmaci, con quote che crescono al crescere dell'età, fino ad arrivare a quasi 9 persone su 10 tra gli ultraottantenni. Si registrano però anche differenze di genere. In Toscana la quota di donne che ha assunto farmaci nelle due settimane precedenti l'intervista o li assume comunque periodicamente, è superiore al 50% già a partire dai 55 anni, mentre per gli uomini tale quota comincia ad essere elevata dopo i 65 anni (63,9%). È però importante sottolineare che l'assunzione cronica riguarda quote relativamente importanti anche di persone giovani o giovanissime. Il 6,5% dei ragazzi e il 5,4% delle ragazze toscane con meno di 15 anni sono utilizzatori cronici di farmaci.

La Toscana complessivamente ha un andamento molto simile a quello medio italiano (Figura 18). L'unica area che si differenzia leggermente è quella del comune di Firenze, la quale vede una proporzione di poco superiore di persone (sia uomini che

¹² Nell'analisi è definita come "acuta" l'assunzione di farmaci avvenuta nei due giorni o nelle due settimane precedenti l'intervista che non è dovuta ad assunzione regolare di farmaci prescritti durante l'anno. Viene invece classificata come "cronica" l'assunzione di farmaci prescritti dal medico che devono essere assunti regolarmente per tutto l'anno.

donne) che hanno assunto farmaci nei due giorni o nelle due settimane precedenti l'intervista. La distribuzione territoriale dell'assunzione cronica di farmaci non sembra invece presentare differenze di rilievo.

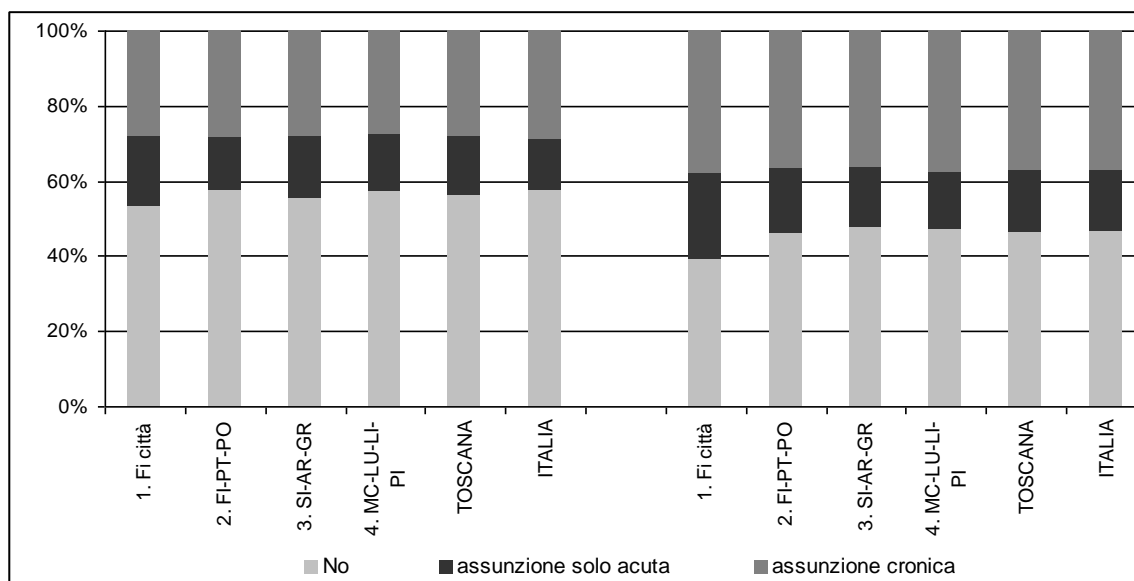
Figura 17 – Popolazione toscana per assunzione di farmaci nelle due settimane e nei due giorni precedenti l'intervista, per sesso e classe di età (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età))



Nota: si considera "solo acuta" l'assunzione di farmaci avvenuta nei due giorni o nelle due settimane precedenti l'intervista ma che non è dovuta ad assunzione regolare di farmaci prescritti durante l'anno. È invece considerata "cronica" l'assunzione di farmaci prescritti dal medico che devono essere assunti regolarmente per tutto l'anno.

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Figura 18 – Popolazione toscana e italiana per assunzione di farmaci nelle due settimane e nei due giorni precedenti l'intervista, per sesso e area geografica di residenza (valori percentuali, tassi standardizzati per età)



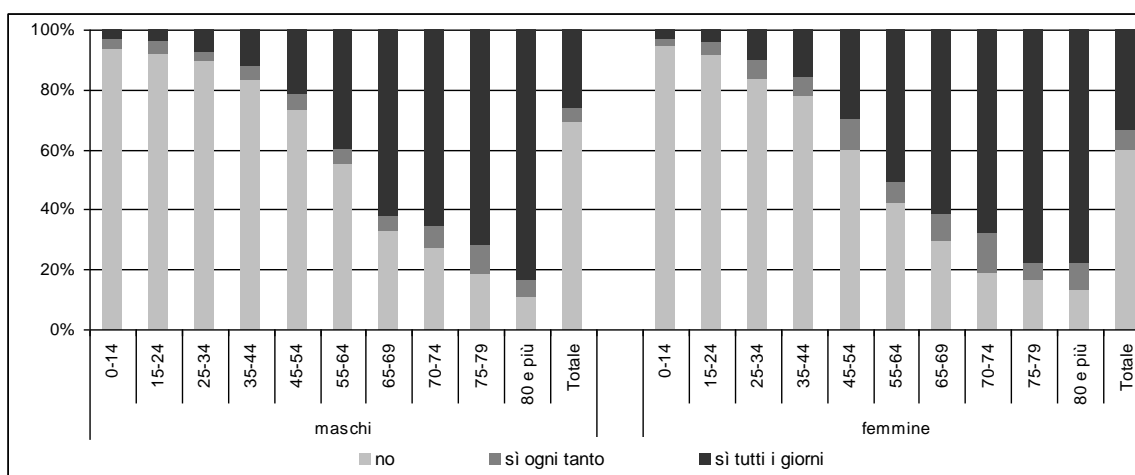
Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

I farmaci sono assunti su consiglio o prescrizione medica nella quasi totalità dei casi, soprattutto nelle età anziane (quota superiore al 96% oltre i 65 anni). È generalmente tra i 15 e i 44 anni che si decide di assumere farmaci di propria iniziativa (38,6%), mentre la decisione dei genitori è rilevante (15,3%) solo tra i minori di 14 anni. I dati non sono riportati ma sono disponibili presso gli autori.

Come detto, la quota di coloro che assumono quotidianamente farmaci prescritti è elevata soprattutto alle età anziane: da poco più del 60% dai 65 ai 69 anni, si arriva gradualmente all'83,5% tra la popolazione ultraottantenne maschile e al 78,2% di quella femminile (Figura 19). I differenziali maggiori tra uomini e donne si hanno nelle fasce di età 45-54 e 55-64, dove si registra un consumo quotidiano di farmaci rispettivamente del 21,3 e del 39,6% per gli uomini e del 30 e 50,9% per le donne, mentre dopo gli 80 anni la frequenza maschile nel consumo di farmaci è superiore a quella femminile (83,5 contro 78,2%). Nelle classi di età più giovani il consumo di farmaci è quotidiano per il 3,4% dei bambini fino a 14 anni, e per poco meno del 4% dei ragazzi tra 15 e 24 anni, senza rilevanti differenze di genere.

Coloro che assumono farmaci prescritti più raramente (più volte la settimana o meno) sono circa il 6% della popolazione (4,8% degli uomini e 6,8% delle donne), con un andamento che varia leggermente nelle diverse classi di età.

Figura 19 – Popolazione toscana per frequenza nell'uso di farmaci prescritti, per sesso e classe di età (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

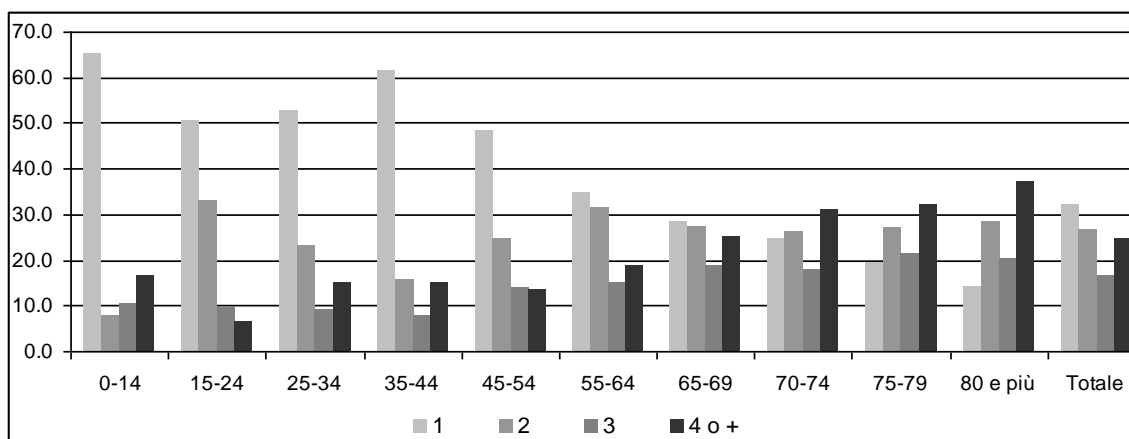


Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Se ci soffermiamo a considerare solo chi assume farmaci prescritti tutti i giorni (Figura 20), si nota che fino ai 44 anni la maggior parte (dal 50 al 65%) ne assume uno solo, ma già tra i 15 e i 24 anni ben un terzo della popolazione ne deve assumere quotidianamente due. È però opportuno ricordare che la quota di soggetti con meno di 44 anni che assume quotidianamente farmaci è piuttosto bassa (mediamente poco più dell'8% che scende al 3% nelle fasce di età più basse, Figura 19) per cui l'assunzione di più di un farmaco riguarda in realtà una quota marginale della popolazione giovane. Un quarto della popolazione che assume quotidianamente farmaci prescritti ne assume due, e un altro quarto 4 o più, quota che corrisponde a meno dell'8% dell'intera popolazione toscana. Come era ovvio attendersi, il fatto di assumere 4 o più farmaci prescritti

contemporaneamente è prevalente nelle età anziane (circa 31% dai 70 ai 79 anni, e 37% oltre gli 80).

Figura 20 – Popolazione toscana che usa quotidianamente farmaci prescritti, per numero di farmaci assunti al giorno, per classe di età (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

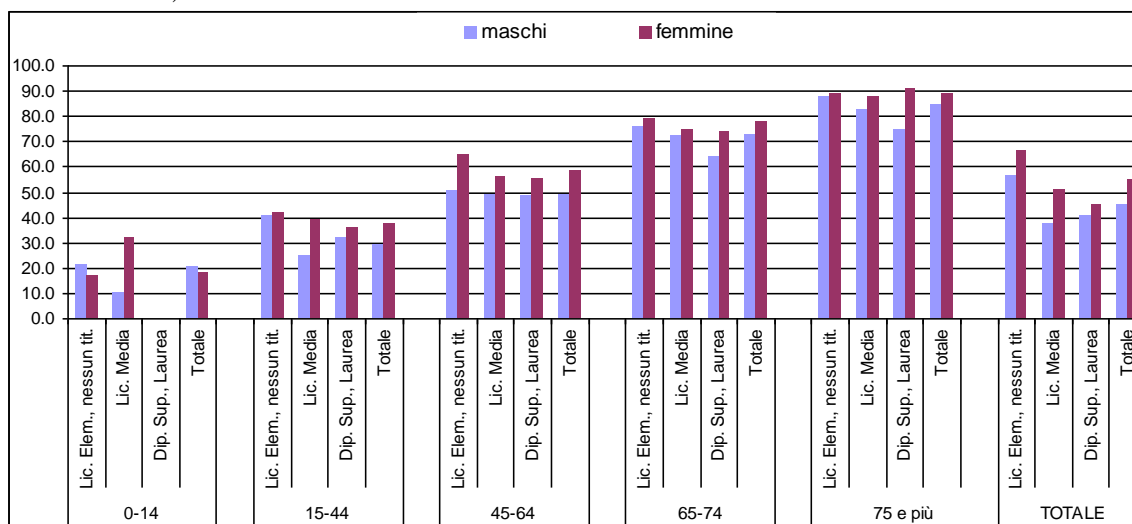
Esaminiamo ora il consumo di farmaci in relazione al livello di istruzione degli individui (Figura 21). In questo caso consideriamo insieme il consumo di farmaci, sia prescritti che assunti su propria iniziativa, negli ultimi due giorni e nelle ultime due settimane. A livello generale, i soggetti che hanno un titolo di studio basso hanno consumato farmaci nelle ultime due settimane in misura maggiore di chi ha un titolo di studio medio-alto in tutte le classi di età. In particolare, per gli uomini coloro che hanno consumato farmaci negli ultimi due giorni o nelle ultime due settimane rappresentano il 40% di coloro che hanno il diploma o la laurea, il 37,5% di chi ha la licenza media, e il 56,4% di chi ha al massimo la licenza elementare. Il divario si mantiene in tutte le classi di età, in particolare oltre i 65 anni, anche se con proporzioni diverse. Per le donne, invece, questa associazione inversa tra titolo di studio e assunzione di farmaci è verificata solo fino ai 64 anni, mentre dai 65 e oltre rimane elevata la quota di donne che ha assunto farmaci recentemente anche tra le diplomate o laureate.

Anche considerando la frequenza nell'assunzione di farmaci, le quote di coloro che fanno uso di farmaci tutti i giorni è più elevata tra gli individui meno istruiti, a parità di età, con differenze dai 4 ai 16 punti percentuali. L'unica eccezione si ha tra le donne con 80 anni e oltre. D'altra parte questa tendenza può trovare spiegazione nel fatto che il consumo di farmaci è più elevato nelle età più anziane, e che in questo collettivo di persone il livello medio di istruzione è più basso.

Come atteso, l'utilizzo quotidiano di farmaci diventa più frequente al peggiorare delle condizioni di salute. Oltre l'80% delle persone che riferiscono di essere in cattive condizioni di salute, o di avere tre o più malattie croniche o almeno una malattia cronica grave, o di essere disabile, utilizza farmaci prescritti tutti i giorni, quota più elevata di oltre due volte e mezzo rispetto alla media della popolazione (Tavola 23). Le maggiori differenze si riscontrano soprattutto nelle classi di età più giovani, nelle quali l'incidenza di condizioni negative di salute è generalmente più bassa. Ad esempio, tra i 15 e i 44 anni si passa da una media complessiva di assunzione giornaliera poco più

bassa del 10%, al 60% tra chi dichiara di stare male o molto male, al 51% tra chi è in una condizione di multicronicità, al 68% tra chi ha almeno una disabilità.

Figura 21 – Popolazione toscana che ha assunto farmaci negli ultimi due giorni o nelle ultime due settimane, per sesso, classe di età e titolo di studio (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Tavola 23 – Popolazione toscana che assume quotidianamente farmaci prescritti per classe di età e condizioni di salute (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	assume farmaci prescritti tutti i giorni				
	salute percepita: malo o molto male	almeno una malattia cronica	3 o più malattie croniche (multicronicità)	presenza di disabilità	totale
0-14	3.4	14.7		13.0	
15-44	9.8	60.6	37.8	51.1	68.3
45-64	35.8	79.0	74.0	71.8	66.0
65-74	64.1	89.7	90.5	90.8	88.5
75 e più	78.0	90.5	90.1	92.0	86.1
Totale	29.9	84.7	81.2	82.4	81.9

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

3.4 Le terapie non convenzionali

Oltre all'utilizzo dei farmaci tradizionali, si sta diffondendo sempre più in Italia il ricorso a terapie e farmaci cosiddetti non convenzionali per curare e trattare alcuni problemi di salute. In particolare, le terapie non convenzionali prese in considerazione dall'indagine sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 2005 sono state l'agopuntura, l'omeopatia, la fitoterapia e i trattamenti manuali per l'apparato osteoarticolare.

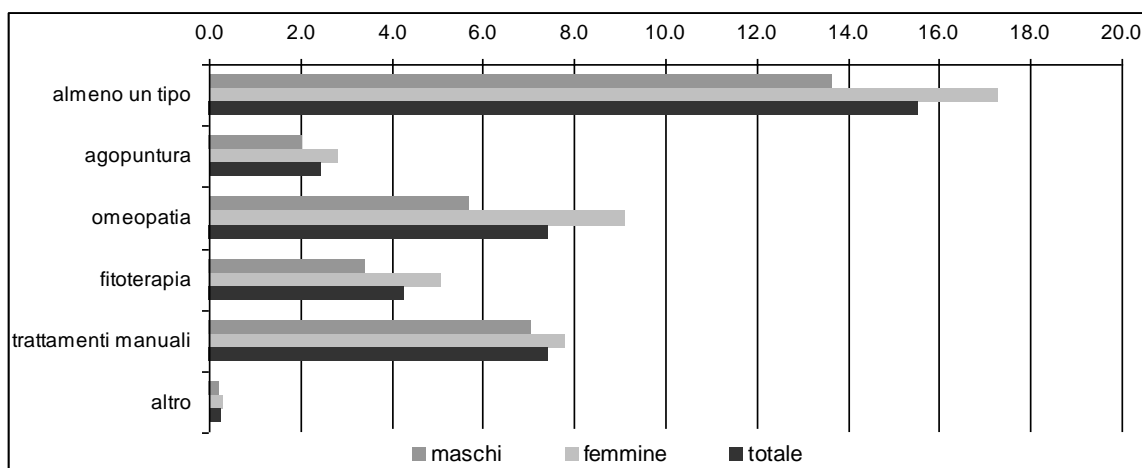
Sulla base dei dati raccolti si stima che siano più di mezzo milione i toscani che hanno dichiarato di aver fatto uso di almeno un tipo di terapia non convenzionale nei 3 anni precedenti l'intervista, pari al 15,5% della popolazione (Figura 22). Di questi, il 57% sono donne. Seguendo l'andamento riscontrato a livello nazionale (Istat 2007c),

questa quota si è tuttavia ridotta negli ultimi 5 anni: sulla base dell'indagine del 1999-2000 era infatti il 19,3% della popolazione toscana a fare ricorso alle terapie non tradizionali.

Come riscontrato per l'Italia, anche in Toscana le terapie non convenzionali a cui si fa maggiormente ricorso sono quelle omeopatiche (5,7% degli uomini e 9,1% delle donne con punte del 15% per le donne tra i 25 e i 44 anni), seguite dai trattamenti manuali (rispettivamente 7 e 7,8% per uomini e donne). Meno del 3% della popolazione toscana è ricorsa all'agopuntura negli ultimi 3 anni, mentre i trattamenti fitoterapici sono scelti da poco più del 4% della popolazione (anche in questo caso con una leggera prevalenza femminile). Le maggiori differenze di genere emergono soprattutto per quanto riguarda il ricorso all'omeopatia e alla fitoterapia.

Di coloro che hanno fatto ricorso ad almeno un tipo di terapia non convenzionale negli ultimi 3 anni (pur con le cautele che i dati retrospettivi in questo caso suggeriscono), poco più di un quarto dichiara di esservi avvicinato in particolare negli ultimi 12 mesi.

Figura 22 – Popolazione toscana che nei 3 anni precedenti l'intervista ha fatto uso di terapie non convenzionali, per tipo di terapia e sesso (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Come detto sono le donne a fare ricorso in misura maggiore alle terapie non convenzionali (17,3% contro il 13,7% degli uomini), in particolare nella fascia di età tra i 25 e i 44 anni (25%). Tra gli uomini quote elevate si riscontrano sia nella classe di età 25-44 (il 16,4%), ma anche in quella successiva (45-64, con il 17,1%). In secondo luogo, sono generalmente le persone con un titolo di studio più alto (diploma superiore o laurea) che fanno ricorso in misura maggiore a queste terapie, differenza che rimane significativa a parità di età e per entrambi i sessi (Tavola 24). Complessivamente, il 22% di chi ha il diploma superiore o la laurea ha fatto ricorso ad almeno un tipo di terapia non convenzionale negli ultimi 3 anni, contro il 14,7 di coloro che hanno la licenza media, e il 10,2 di chi ha conseguito al massimo la licenza elementare. L'associazione tra titolo di studio e terapie non convenzionali si riscontra per tutti i rimedi presi in considerazione, anche se in misura minore per l'agopuntura. Nell'interpretazione dei diversi comportamenti per titolo di studio, spesso proxy del

reddito, oltre i fattori culturali, non si possono escludere gli effetti del costo di questa tipologia di farmaci e di terapie.

È quindi possibile delineare il profilo della persona che in Toscana ricorre in misura maggiore alle terapie non convenzionali per curare la propria salute: donna, con un'età compresa tra i 25 e i 44 anni e con un elevato livello di istruzione.

Tavola 24 – Popolazione toscana che nei 3 anni precedenti l'intervista ha fatto uso di almeno un tipo di terapia non convenzionale, per sesso, classe di età e titolo di studio (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	uso di terapie non convenzionali					
	maschi		femmine		totale	
	no	si	no	si	no	si
classi di età						
0-24	90.0	10.0	89.7	10.3	89.8	10.2
25-44	83.6	16.4	74.5	25.5	79.1	20.9
45-64	82.9	17.1	81.6	18.4	82.2	17.8
65 e più	91.2	8.8	87.7	12.3	89.2	10.8
titolo di studio						
licenza elementare, nessun titolo	91.4	8.6	88.7	11.3	89.8	10.2
Licenza media	86.7	13.3	83.7	16.3	85.3	14.7
Diploma superiore, laurea	81.7	18.3	74.6	25.4	78.0	22.0
Totale	86.3	13.7	82.7	17.3	84.5	15.5

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Mediamente, oltre la metà della popolazione toscana con 14 anni e oltre giudica non utili le terapie non convenzionali, con qualche differenza a seconda del trattamento considerato (ad es. si va dal 58% per i trattamenti manuali, al 68% per la fitoterapia). Generalmente i più scettici sono gli ultrasessantacinquenni, mentre sono soprattutto i 25-44enni che riconoscono l'utilità di queste terapie (Tavola 25). D'altra parte, come visto, questa è anche la fascia di età in cui si concentrano gli utilizzatori di queste terapie. Infatti, discriminando in base all'utilizzo di almeno un tipo di terapia non convenzionale negli ultimi 3 anni, emerge, come atteso, una prevalenza dei giudizi di utilità fra coloro che le utilizzano (seconda parte della Tavola 25). È comunque interessante notare che anche tra coloro che dichiarano di non aver fatto ricorso recentemente a terapie non convenzionali, oltre il 40% dia un giudizio positivo sull'utilità di almeno una delle quattro terapie indagate.

Il livello di soddisfazione per i risultati ottenuti dalle terapie non convenzionali è piuttosto alto: fra coloro che vi hanno fatto ricorso, oltre il 90% ritiene di averne ottenuto dei benefici, in tutto o almeno in parte. Alcune differenze si registrano per le diverse fasce di età e in base alla terapia considerata (Figura 23). La terapia che risulta essere valutata meno positivamente in termini di benefici ottenuti è l'agopuntura: in questo caso solo il 50% di chi l'ha fatta ne ha avuto un beneficio, e un altro 25% solo in parte. In particolare, per questa terapia sono prevalentemente gli anziani a esserne soddisfatti. Il 67 e il 71,7% della popolazione ha avuto benefici dopo aver fatto ricorso rispettivamente alle cure omeopatiche e a quelle fitoterapiche, con una leggera prevalenza tra i giovani e gli adulti, mentre tra gli ultrasessantacinquenni vi è una prevalenza di soggetti che dichiarano di non averne beneficiato. Per quanto riguarda l'omeopatia, benefici parziali si sono avuti per il 27% degli intervistati. Infine, la

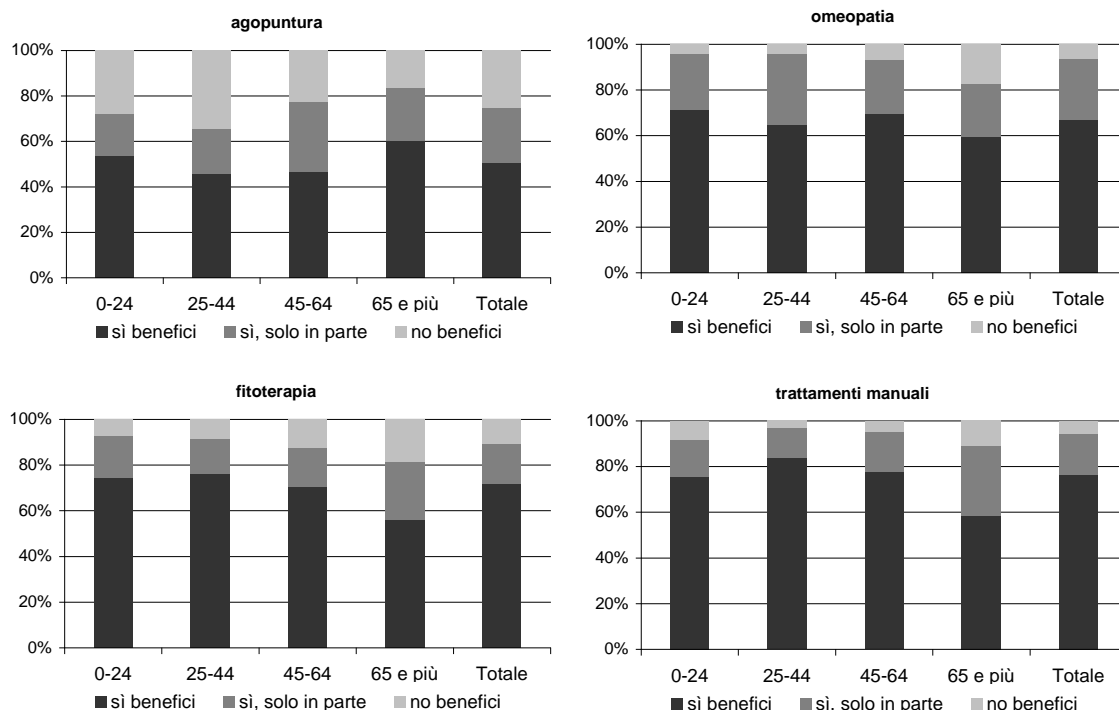
percentuale più elevata in termini di benefici riportati si riscontra tra coloro che si sono sottoposti a trattamenti manuali (76,3%, con punte dell'84% nella classe di età 25-44). Ancora una volta gli anziani dichiarano, in misura superiore alla media, di non aver beneficiato di queste terapie (11% contro una media del 5,6%) o di averne beneficiato solo in parte (30,5% contro 18,1%).

Tavola 25 – Popolazione toscana di 14 anni e più che ritengono utili agopuntura, omeopatia, fitoterapia e trattamenti manuali per classe di età e secondo l'uso di almeno un tipo di terapia non convenzionale nei 3 anni precedenti l'intervista (valori percentuali)

	utilità delle terapie non convenzionali				
	agopuntura	omeopatia	fitoterapia	trattamenti manuali	almeno un tipo utile
classi di età					
14-24	33.2	35.8	33.1	39.8	47.2
25-44	43.8	45.9	38.5	49.4	58.9
45-64	40.3	38.3	33.0	44.2	54.4
65 e più	27.1	21.9	21.0	30.2	38.1
utilizzo delle terapie non convenzionali					
nessun tipo	32.7	29.9	26.9	35.5	42.2
almeno un tipo	60.8	69.5	56.7	74.5	95.9
Totale	37.3	36.4	31.8	41.9	51.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Figura 23 – Popolazione toscana che nei 3 anni precedenti l'intervista ha fatto uso di terapie non convenzionali, secondo i benefici che si dichiara di avere ottenuto dall'uso da queste terapie e classe di età (valori percentuali)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005

Considerando solo le persone che negli ultimi 3 anni hanno fatto uso almeno una volta di prodotti omeopatici e fitoterapici, emerge che nell'ultimo anno i tre quarti di esse ha comunque preferito affiancare questi prodotti con i trattamenti della medicina ufficiale (Tavola 26). In particolare, i prodotti non convenzionali sono stati usati in modo prevalente ma affiancati da quelli tradizionali dal 26% degli utilizzatori (percentuale che sale al 38,8% tra gli individui con meno di 24 anni), mentre il 50% continua a preferire i farmaci tradizionali, ai quali eventualmente affianca i prodotti omeopatici e/o fitoterapici (53,4% delle donne e 43,4% degli uomini). Questi ultimi sono utilizzati in modo esclusivo per curarsi solo dal 14,2% degli uomini e dal 12,3% delle donne (il 13% mediamente). Infine, una quota non trascurabile di persone, pari all'11,4%, pur avendo fatto uso negli ultimi tre anni di prodotti omeopatici e fitoterapici, non vi ha fatto ricorso negli ultimi 12 mesi, proporzione che sale al 16,5 tra gli over 65.

Il tipo di farmaci utilizzati per curarsi dipende strettamente dalle condizioni di salute degli individui. Coloro che percepiscono di non essere in buone condizioni di salute e che hanno una o più malattie croniche raramente si curano con farmaci non convenzionali in modo esclusivo o prevalente (e nel caso di cattiva salute percepita si tratta di pochissimi casi in termini assoluti non ponderati). In particolare, tra coloro che hanno almeno una malattia cronica grave, il 70,5% continua a preferire farmaci e trattamenti medici di tipo tradizionale, seppure affiancandoli in alcuni casi anche con prodotti omeopatici o fitoterapici.

Sembra quindi che il ricorso a terapie non convenzionali e a farmaci non tradizionali si stia diffondendo in Toscana, tuttavia questo maggior utilizzo riguarda prevalentemente la cura di patologie non invasive e di lieve entità, e per lo più come terapie integrative utilizzate in concomitanza con quelle della medicina ufficiale.

Tavola 26 – Popolazione toscana che nei 3 anni precedenti l'intervista ha fatto uso di omeopatia o fitoterapia, secondo l'uso negli ultimi 12 mesi di prodotti omeopatici, prodotti fitoterapici e farmaci tradizionali, per condizioni di salute (valori percentuali)

	utilizzo terapie non convenzionali e medicina tradizionale			
	Solo prodotti omeopatici o fitoterapici	Prevalentemente prodotti omeopatici o fitoterapici ma anche farmaci tradizionali	Prevalentemente farmaci tradizionali ma anche prodotti omeopatici o fitoterapici	Negli ultimi 12 mesi non si è curato né con prodotti fitoterapici né omeopatici
salute percepita				
bene e molto bene	15.4	29.1	44.2	11.4
discretamente	9.1	20.7	58.4	11.9
male e molto male	6.7	20.3	65.4	7.6
presenza malattie croniche				
nessuna	15.8	30.8	42.7	10.8
1 o più	10.2	21.1	56.7	12.1
presenza malattie croniche gravi				
nessuna	13.7	26.7	47.8	11.8
almeno una malattia cronica grave	5.3	17.1	70.5	7.2
Totale	13.0	26.0	49.6	11.4

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

4 I servizi sanitari in Toscana

In questo capitolo discuteremo del problema salute in un'ottica diversa rispetto a quanto fatto sinora, ovvero prenderemo in considerazione il ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini toscani. I servizi sanitari che è possibile analizzare in modo dettagliato tramite il questionario Istat sono le visite mediche (sia generiche che specialistiche), gli accertamenti diagnostici (sia generici e di laboratorio che specialistici) e i ricoveri ospedalieri. Alcune informazioni di sintesi sono raccolte con riferimento ai servizi di day-hospital, di riabilitazione e di consultorio familiare

La prima parte del capitolo fornirà una panoramica sui servizi sanitari a cui si fa ricorso in Toscana, in termini di numerosità e di caratteristiche degli utilizzatori. Si procederà poi ad analizzare alcuni aspetti inerenti la struttura in cui si usufruisce della prestazione, relativi al tipo di struttura, ai motivi che influiscono sulla scelta, alla spesa che gli utenti devono sostenere.

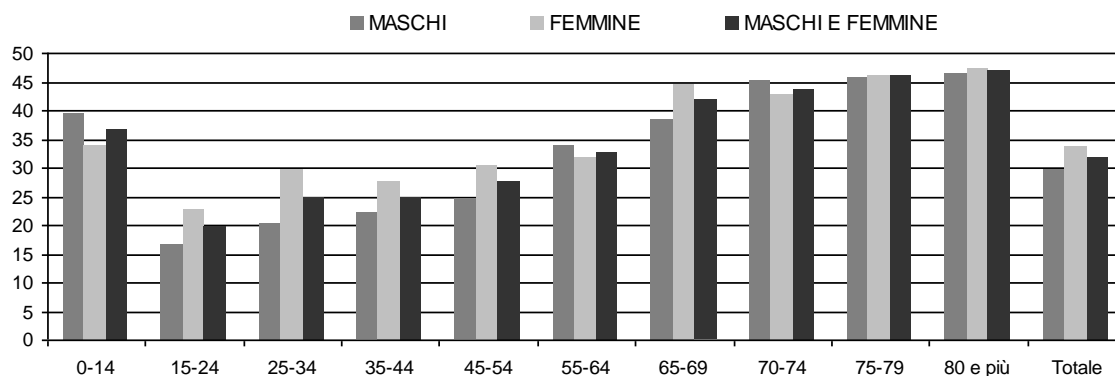
Particolare attenzione sarà dedicata ad analizzare, sempre in un'ottica descrittiva, la presenza di eventuali disuguaglianze nel ricorso ai servizi sanitari, con riferimento ad alcuni segmenti della popolazione particolarmente svantaggiati (disabili, anziani, ecc.). La parte finale del capitolo si occuperà del rapporto tra cittadini e servizi sanitari, considerando il rapporto che i toscani hanno con le figure professionali operanti nel settore sanitario, e l'opinione che i cittadini hanno espresso sul Servizio sanitario regionale.

4.1 Visite, accertamenti e ricoveri ospedalieri

4.1.1 Le visite mediche

Sulla base dei dati rilevati nell'Indagine sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* del 2005 si stima che nelle 4 settimane precedenti l'intervista circa 1.135.000 persone, ovvero il 31,8% dei Toscani, si siano rivolte a un medico per effettuare una visita (Figura 24).

Figura 24 – Popolazione toscana che ha fatto visite mediche nelle quattro settimane precedenti l'intervista per classi di età e sesso (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Complessivamente sono state svolte poco meno di 1.214.500 visite generiche e quasi 984.000 visite specialistiche (Tavola 27). Mediamente quindi, sono state effettuate 34 visite generiche e 27 visite specialistiche ogni cento persone¹³.

Tavola 27 – Numero di visite effettuate in Toscana nelle quattro settimane precedenti l'intervista, e popolazione che ha fatto almeno una visita, per tipo di visita, classi di età e sesso (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

	Numero visite						Persone che hanno fatto almeno una visita (%)		
	generiche		specialistiche		totale		generiche	specialistiche	totale
	per 100		per 100		per 100				
	n. totale	persone	n. totale	persone	n. totale	persone	v. %	v. %	v. %
MASCHI									
0-14	98011	44.5	36305	16.5	134316	60.9	31.2	11.1	39.4
15-24	18662	11.7	29094	18.2	47756	29.8	9.8	9.8	16.7
25-34	56927	22.2	52142	20.4	109068	42.6	13.7	10.4	20.3
35-44	45922	16.2	55924	19.7	101847	35.9	11.8	13.3	22.0
45-54	39432	18.2	54263	25.0	93695	43.2	13.7	14.3	24.6
55-64	93922	38.5	76529	31.4	170451	69.9	25.0	17.1	33.9
65-69	43074	42.4	37384	36.8	80458	79.2	27.2	19.8	38.6
70-74	42759	47.0	38761	42.6	81520	89.6	32.8	21.9	45.0
75-79	47008	60.0	27420	35.0	74429	94.9	32.9	19.5	45.7
80 e più	40910	57.5	25875	36.4	66785	93.8	36.0	23.7	46.4
Totale	526627	30.6	433698	25.2	960325	55.7	20.5	14.5	29.8
FEMMINE									
0-14	94328	45.4	38426	18.5	132753	63.9	28.7	10.0	34.0
15-24	21816	14.3	30831	20.2	52647	34.5	11.9	13.5	22.8
25-34	54288	21.9	96559	39.0	150846	61.0	15.5	19.8	29.7
35-44	54833	19.4	80486	28.5	135319	47.9	15.0	17.5	27.5
45-54	75181	30.9	65132	26.7	140313	57.6	19.9	16.8	30.3
55-64	63081	26.2	87259	36.2	150339	62.4	20.5	18.7	31.8
65-69	64410	53.8	47697	39.8	112107	93.6	36.8	19.5	44.6
70-74	65153	61.9	33641	31.9	98793	93.8	31.5	21.1	42.7
75-79	61307	58.5	37315	35.6	98622	94.0	35.4	23.3	46.2
80 e più	133469	93.1	32692	22.8	166161	116.0	39.8	16.4	47.2
Totale	687864	37.2	550037	29.8	1237901	67.0	23.2	17.3	33.6
TOTALE									
0-14	192339	44.9	74731	17.4	267070	62.4	30.0	10.6	36.8
15-24	40478	12.9	59925	19.2	100403	32.1	10.8	11.6	19.7
25-34	111214	22.1	148700	29.5	259915	51.6	14.6	15.0	24.9
35-44	100756	17.8	136410	24.1	237166	41.9	13.4	15.4	24.8
45-54	114613	24.9	119395	25.9	234008	50.8	17.0	15.6	27.6
55-64	157003	32.4	163787	33.8	320790	66.2	22.8	17.9	32.9
65-69	107484	48.6	85081	38.4	192565	87.0	32.4	19.7	41.8
70-74	107912	55.0	72401	36.9	180313	91.9	32.1	21.5	43.8
75-79	108315	59.1	64735	35.3	173050	94.4	34.3	21.7	46.0
80 e più	174379	81.3	58567	27.3	232946	108.6	38.5	18.8	47.0
Totale	1214491	34.0	983735	27.5	2198225	61.5	21.9	15.9	31.8

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

In generale si rileva una quota superiore alle media fino ai 14 anni; in questa fascia di età il 36% della popolazione ha effettuato almeno una visita nel periodo considerato. In questo caso il valore è dato prevalentemente dalle visite generiche e pediatriche, mentre le visite specialistiche riguardano circa il 10% della popolazione in queste età.

¹³ Nel questionario viene richiesto di rispondere alla seguente domanda "Nelle ultime quattro settimane ha fatto ricorso a visite effettuate dal medico di famiglia o da medici specialistici, come oculista, come dentista, ecc.?" Viene esplicitamente richiesto di escludere le eventuali visite della guardia medica, del pronto soccorso e quelle durante il ricovero ospedaliero o durante un day hospital, mentre è prevista l'inclusione delle visite di lavoro e sportive.

La quota di coloro che si sono sottoposti a visite mediche decresce poi nelle età giovanili e adulte (con quote tra il 19 e il 27% secondo le diverse classi di età) per poi tornare nuovamente a crescere tra gli anziani (dal 41,8% fino al 47% registrato tra gli ultraottantenni).

Mediamente le donne fanno più visite degli uomini, sia per quanto riguarda le visite generiche che quelle specialistiche. Tuttavia, le differenze di genere non sono sempre le stesse nelle diverse classi di età, e mentre sono elevate soprattutto nelle età centrali, si attenuano tra gli anziani. La quota di maschi che si sottopone a visite è più alta di quelle delle femmine tra gli 0 e i 14 anni per le visite generiche e tra gli ultraottantenni per le visite specialistiche, mentre le donne effettuano più visite degli uomini a partire dai 25 anni. In particolare tra 25 e 34 anni si registra il maggiore differenziale di genere per quanto riguarda le visite mediche specialistiche – si stima una media di 39 visite ogni 100 donne, contro le 20,4 ogni 100 uomini – dato che evidentemente deriva dai controlli legati alla gravidanza e alla vita riproduttiva della donna. Fino ai 54 anni il dato femminile rimane più alto di quello maschile; tra questi ultimi le visite specialistiche hanno un picco tra i 70 e i 74 anni (42,6 ogni 100 persone) e si mantengono su alti livelli anche nelle età successive. Gli uomini fanno mediamente più visite generiche delle donne solamente nella classe di età 55-64 (12 visite in più ogni 100 persone).

Un dato che non sorprende è il fatto che la quota di persone che si sono sottoposte a visite nelle quattro settimane precedenti la rilevazione sia sensibilmente più alta tra coloro che riferiscono cattive condizioni di salute (con quote variabili dal 54 al 60% a seconda dell'indicatore di salute considerato, Tavola 28, dove le classi di età sono ampie affinché i confronti non si basino su gruppi troppo esigui). Utilizzando l'informazione sulla salute percepita si nota come il dato medio regionale praticamente raddoppia (da una media del 31,8% si arriva al 60,1%), e in particolare gli uomini superano di quasi 6 punti percentuali le donne (63,7% contro 58,1). Anche tra le persone disabili emerge una maggiore frequenza di visite mediche (il 57,0% ne ha fatta almeno una, con quote che stavolta sono inferiori per gli uomini, in ogni classe di età), così come tra i malati cronici (circa il 54% sia per coloro che hanno almeno una malattia cronica grave che per coloro che sono affetti da multicronicità). Le precarie condizioni di salute comportano un elevato tasso di ricorso alle visite anche tra i giovani, i quali, come visto nella Tavola precedente, generalmente non ricorrono in modo rilevante alle visite.

Considerando la distribuzione del numero totale di visite per condizioni di salute, si osserva (Figura 25) che il 12% delle visite generiche è effettuato da persone disabili e il 33,4% da chi dichiara di stare male o molto male. Utilizzando le misure di salute legate alla presenza di malattie croniche, si vede che 1 visita su 3 è effettuata da chi soffre di multicronicità, mentre i malati cronici gravi fanno complessivamente un quarto delle visite. Valori più elevati di qualche punto percentuale si registrano, nel caso delle visite specialistiche, soprattutto per i disabili e coloro che percepiscono cattive condizioni. Si può quindi determinare che complessivamente oltre la metà delle visite è effettuata da anziani, o disabili, o malati cronici, i quali rappresentano poco meno di un terzo della popolazione toscana.

Tavola 28 – Popolazione toscana che ha effettuato visite mediche nelle quattro settimane precedenti l'intervista per condizioni di salute (disabilità, salute percepita, presenza di malattie croniche dichiarate), classe di età e sesso (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

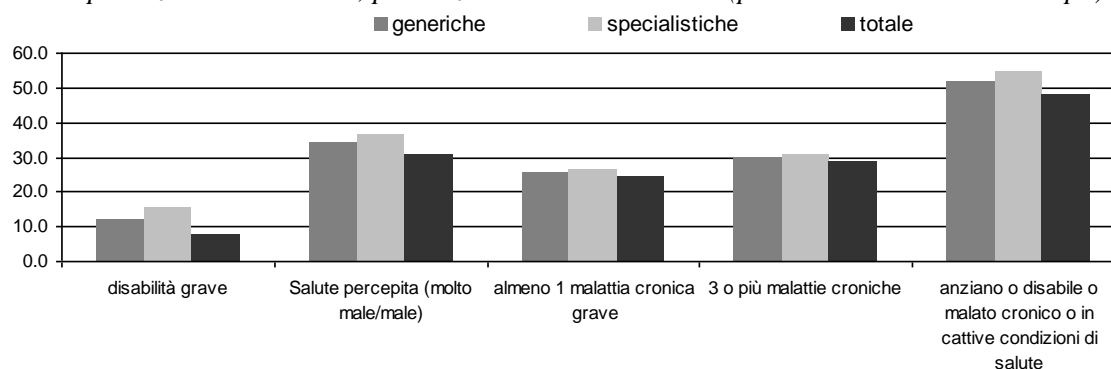
MASCHI					
Persone che hanno fatto almeno una visita	condizioni di salute				
	disabili	salute percepita male o molto male	almeno una cronica grave	tre o più malattie croniche	
0-14	39.4	65.8	100.0	100.0	100.0
15-44	20.2	35.9	62.0	32.7	53.8
45-64	29.5	39.3	66.6	51.5	55.8
65 e più	43.6	57.8	62.6	55.1	53.6
Totale	29.8	52.9	63.7	52.4	54.4

FEMMINE					
Persone che hanno fatto almeno una visita	condizioni di salute				
	disabili	salute percepita male o molto male	almeno una cronica grave	tre o più malattie croniche	
0-14	34.0	77.7	100.0	86.6	
15-44	27.3	53.5	59.2	64.1	40.6
45-64	31.1	60.0	59.0	51.8	49.2
65 e più	45.3	58.6	57.7	56.5	57.6
Totale	33.6	59.1	58.1	56.2	53.8

TOTALE					
Persone che hanno fatto almeno una visita	condizioni di salute				
	disabili	salute percepita male o molto male	almeno una cronica grave	tre o più malattie croniche	
0-14	36.8	74.6	100.0	91.8	100.0
15-44	23.7	42.6	60.9	47.3	44.9
45-64	30.3	48.2	62.4	51.7	51.6
65 e più	44.6	58.4	59.2	55.8	56.3
Totale	31.8	57.0	60.1	54.4	54.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Figura 25 – Visite effettuate nelle quattro settimane precedenti l'intervista per disabilità, cattiva percezione della salute, presenza di malattie croniche (per 100 visite dello stesso tipo)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Passiamo a considerare ora con maggiore dettaglio le visite specialistiche (Tavola 29). Tra di esse, quelle eseguite in maggior numero sono quelle odontoiatriche (26 ogni 100 visite specialistiche nel mese precedente l'intervista), seguite da quelle ortopediche e cardiologiche (poco più di 10 per entrambe) e oculistiche (9). Altre non specificate visite specialistiche sono eseguite nel 10% dei casi. Le altre tipologie raggiungono quote intorno al 4% (otorino-laringoiatra, dermatologiche, neurologiche e urologiche) o inferiori. Le visite ostetrico-ginecologico sono al secondo posto nella graduatoria delle visite specialistiche effettuate dalle donne, mentre per gli uomini un ruolo rilevante è quello delle visite cardiologiche (15,2%, più del doppio rispetto alle donne).

Le visite odontoiatriche sono al primo posto anche per quanto riguarda la quota di visite effettuate con pagamento a totale carico dell'utente. Sono a pagamento per intero più della metà delle visite ostetrico-ginecologico (68,7%) e dietologiche (60,5%, le quali però rappresentano solo il 2,5% delle visite specialistiche effettuate in Toscana), ortopediche e oculistiche (rispettivamente il 55,9 e il 52%). Per gli altri tipi di visite specialistiche, la spesa di almeno un terzo di esse grava completamente sull'utente.

Tavola 29 – Visite specialistiche effettuate nelle quattro settimane precedenti l'intervista e loro caratteristiche, per tipo di visita e per sesso (valori assoluti e percentuali)

Tipo di visita specialistica	N. totale visite specialistiche			Persone che hanno fatto almeno una visita specialistica (v. %)			N. totale visite specialistiche a pagamento intero			% visite a pagamento intero su 100 visite specialistiche		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
	Odontoiatrica	109860	146964	256824	25.3	26.7	26.1	102062	138113	240176	92.9	94.0
Ortopedica	44183	61329	105512	10.2	11.2	10.7	21070	37947	59017	47.7	61.9	55.9
Cardiologica	66090	38109	104199	15.2	6.9	10.6	25168	12975	38143	38.1	34.0	36.6
Altra specialistica	52889	39840	92729	12.2	7.2	9.4	19586	11746	31332	37.0	29.5	33.8
Oculistica	39534	52103	91637	9.1	9.5	9.3	18667	29151	47818	47.2	55.9	52.2
Ostetrico-ginecologica	0	82911	82911	0.0	15.1	8.4	0	56937	56937		68.7	68.7
Otorino-laringoiatra	27131	19373	46504	6.3	3.5	4.7	11089	7249	18338	40.9	37.4	39.4
Dermatologica	18691	21927	40617	4.3	4.0	4.1	8254	11197	19451	44.2	51.1	47.9
Neurologica	14473	23088	37561	3.3	4.2	3.8	5728	8990	14718	39.6	38.9	39.2
Urologica	29004	7918	36922	6.7	1.4	3.8	9542	3906	13448	32.9	49.3	36.4
Psichiatrica, psicologica	7788	23354	31141	1.8	4.2	3.2	4231	10056	14287	54.3	43.1	45.9
Gastro-enterologica	12976	13261	26238	3.0	2.4	2.7	4679	4646	9325	36.1	35.0	35.5
Dietologica	9800	15018	24818	2.3	2.7	2.5	6563	8461	15024	67.0	56.3	60.5
Geriatrica	1279	4842	6121	0.3	0.9	0.6	815	2234	3048	63.7	46.1	49.8
Totale	433698	550037	983735	100.0	100.0	100.0	237456	343606	581062	54.8	62.5	59.1

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

4.1.2 Gli accertamenti diagnostici

Il secondo tipo di prestazioni sanitarie indagate sono gli accertamenti diagnostici. In particolare l'indagine Istat del 2005 si concentra sugli accertamenti generici (analisi del sangue e delle urine) e sugli esami specialistici complessivamente intesi (radiografie, TAC, ecografie, mammografie, elettrocardiogrammi, eco-doppler, ecc.).

La quota di persone che si è sottoposta ad almeno un accertamento nelle quattro settimane precedenti l'intervista va dal 4,8% tra coloro che hanno meno di 14 anni, aumenta gradualmente al crescere dell'età, e arriva al 20% tra coloro che hanno più di 70 anni (Tavola 30 e Figura 26). In queste fasce di età anziane le proporzioni sono leggermente più elevate per gli uomini (22,5-25,9%) rispetto alle donne (15,3-20,2%).

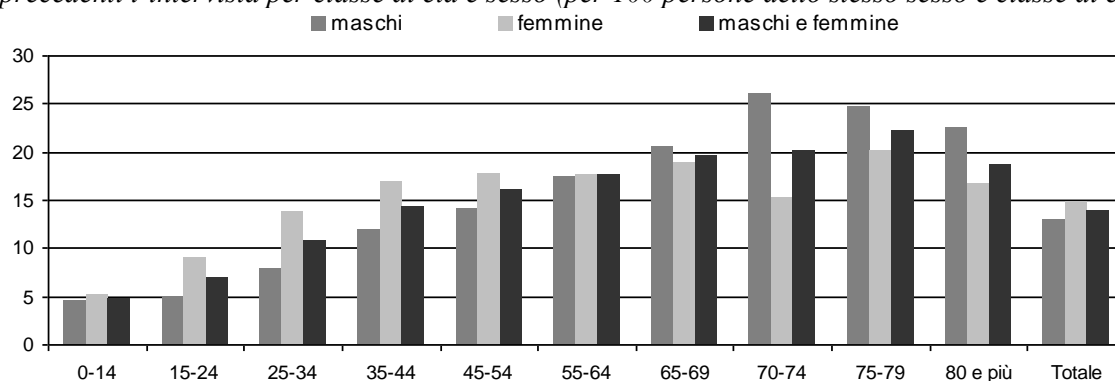
Gli uomini adulti e anziani fanno mediamente più esami, sia di laboratorio che specialistici, rispetto alle loro coetanee donne: se si considera il numero di accertamenti effettuati, dopo i 55 anni si contano mediamente 40 accertamenti ogni 100 donne, e 52,5 ogni 100 uomini (media ponderata delle percentuali riportate nella tabella 30 per le classi oltre 55 anni), con qualche differenza per le diverse fasce di età (ad esempio tra gli uomini si passa dai 41,4 nella classe 55-64 ai 72,5 dopo gli 80 anni, mentre tra le donne il numero di controlli è meno variabile nelle diverse classi). Per gli accertamenti specialistici sono le donne tra i 35 e i 69 anni a dichiarare in misura maggiore di avervi fatto ricorso recentemente. Il differenziale di genere è comunque elevato già a partire dalla classe di età 25-34, ed è dovuto anche in questo caso ai controlli che la donna esegue nel periodo di vita fertile e in relazione alle fasi della gravidanza.

Tavola 30 – Numero di accertamenti diagnostici effettuati in Toscana nelle quattro settimane precedenti l'intervista, e popolazione che ha effettuato almeno un accertamento, per tipo di accertamento, classe di età e sesso (per 100 persone della stessa età e sesso)

	Numero accertamenti						Persone che hanno fatto almeno un accertamento (%)		
	di laboratorio		specialistici		totale		laboratorio	specialistici	totale
	per 100		per 100		per 100				
	n. totale	persone	n. totale	persone	n. totale	persone	v.%	v.%	v.%
MASCHI									
0-14	12201	5.5	3464	1.6	15665	7.1	3.6	1.2	4.5
15-24	9466	5.9	4875	3.0	14341	9.0	3.6	2.5	4.8
25-34	30321	11.8	11326	4.4	41647	16.3	6.5	3.1	7.8
35-44	37507	13.2	19959	7.0	57466	20.2	8.5	5.7	11.9
45-54	53609	24.7	22268	10.3	75877	35.0	10.8	6.0	14.1
55-64	69988	28.7	30962	12.7	100951	41.4	14.8	8.9	17.4
65-69	30523	30.1	20973	20.7	51496	50.7	15.4	12.3	20.4
70-74	42378	46.6	14600	16.0	56977	62.6	23.4	11.1	25.9
75-79	34984	44.6	10225	13.0	45209	57.7	22.4	10.7	24.7
80 e più	41885	58.8	9709	13.6	51594	72.5	21.4	10.7	22.5
Totale	362862	21.1	148360	8.6	511222	29.7	10.7	6.0	13.0
FEMMINE									
0-14	12067	5.8	9298	4.5	21365	10.3	3.4	3.0	5.1
15-24	16697	10.9	7089	4.6	23787	15.6	6.9	4.2	9.0
25-34	60240	24.4	28022	11.3	88262	35.7	11.6	7.3	13.8
35-44	62301	22.1	49041	17.4	111342	39.4	11.7	11.0	16.8
45-54	56518	23.2	32767	13.5	89285	36.7	12.6	10.3	17.8
55-64	51770	21.5	46765	19.4	98535	40.9	11.9	11.6	17.5
65-69	30083	25.1	20583	17.2	50666	42.3	14.0	11.6	18.8
70-74	32023	30.4	12567	11.9	44590	42.3	13.6	8.8	15.3
75-79	33460	31.9	9628	9.2	43088	41.1	16.9	7.2	20.2
80 e più	37532	26.2	11321	7.9	48852	34.1	13.5	7.3	16.6
Totale	392692	21.2	227081	12.3	619772	33.5	11.2	8.5	14.9
TOTALE									
0-14	24268	5.7	12762	3.0	37030	8.6	3.5	2.1	4.8
15-24	26163	8.4	11964	3.8	38127	12.2	5.2	3.3	6.9
25-34	90561	18.0	39348	7.8	129909	25.8	9.0	5.2	10.7
35-44	99808	17.6	68999	12.2	168807	29.8	10.1	8.4	14.4
45-54	110128	23.9	55035	12.0	165162	35.9	11.8	8.2	16.0
55-64	121758	25.1	77727	16.0	199485	41.1	13.4	10.2	17.5
65-69	60605	27.4	41557	18.8	102162	46.2	14.7	11.9	19.5
70-74	74401	37.9	27167	13.8	101568	51.7	18.2	9.9	20.2
75-79	68444	37.3	19853	10.8	88297	48.2	19.2	8.7	22.1
80 e più	79417	37.0	21030	9.8	100447	46.8	16.1	8.5	18.6
Totale	755553	21.2	375441	10.5	1130994	31.7	10.9	7.3	14.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Figura 26 – Popolazione toscana che ha fatto accertamenti diagnostici nelle quattro settimane precedenti l'intervista per classe di età e sesso (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Complessivamente in Toscana, nel mese precedente la rilevazione Istat, il 10,9% della popolazione si è sottoposto a esami di laboratorio e il 7,3% ad altri accertamenti specialistici. Poiché alcune persone (il 4,2% del totale) si sono sottoposte sia ad accertamenti generici che specialistici, l'insieme di questi accertamenti ha riguardato complessivamente il 14% della popolazione, per un totale di oltre 755 mila accertamenti generici e circa 375mila accertamenti specialistici (Tavola 31).

Tavola 31 – Popolazione toscana che ha effettuato accertamenti generici e accertamenti specialistici nelle quattro settimane precedenti l'intervista, per sesso (valori percentuali)

	accertamenti specialistici									
	maschi			femmine			Totale			
	no	sì	Totale	no	sì	Totale	no	sì	Totale	
accertamenti generici	no	87.0	2.3	89.3	85.1	3.7	88.8	86.0	3.0	89.1
	sì	7.0	3.7	10.7	6.4	4.8	11.2	6.7	4.2	10.9
	Totale	94.0	6.0	100.0	91.5	8.5	100.0	92.7	7.3	100.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Così come per le visite mediche, anche la quota di chi ha fatto accertamenti è più alta tra chi riferisce precarie condizioni di salute. Ha infatti eseguito almeno un accertamento il 22,7% dei disabili, il 31,2% di chi percepisce cattive condizioni di salute, e poco meno del 30% di coloro che hanno malattie croniche, rispetto ad una media del 14% sul totale della popolazione (Tavola 32).

Tavola 32 – Popolazione toscana che ha effettuato accertamenti nelle quattro settimane precedenti l'intervista per condizioni di salute, età e sesso (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

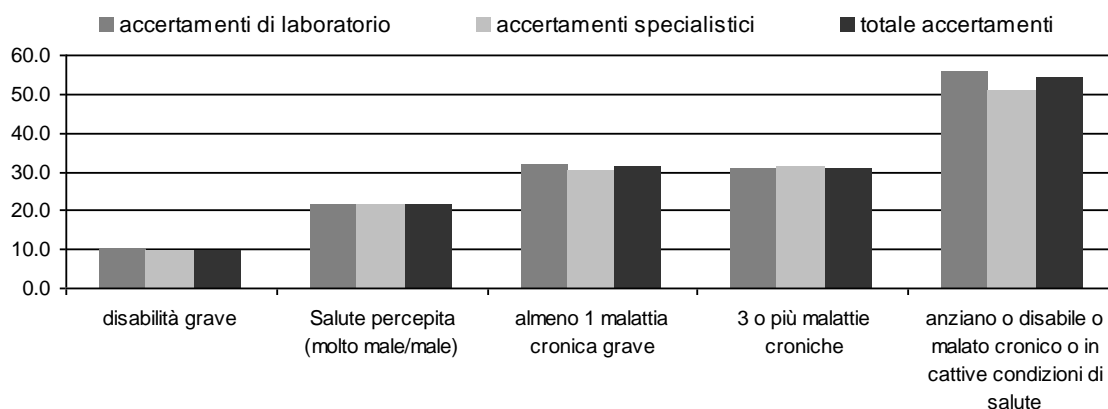
MASCHI					
Persone che hanno fatto almeno un accertam.	condizioni di salute				
	disabili	salute percepita male o molto male	almeno una cronica grave	tre o più malattie croniche	
0-14	4.5	0.0	0.0	0.0	0.0
15-44	8.8	17.8	31.5	19.1	27.6
45-64	15.9	27.6	53.4	35.9	28.8
65 e più	23.3	31.1	38.2	31.5	31.2
Totale	13.0	28.8	41.1	31.4	30.1
FEMMINE					
Persone che hanno fatto almeno un accertam.	condizioni di salute				
	disabili	salute percepita male o molto male	almeno una cronica grave	tre o più malattie croniche	
0-14	5.1	17.6	100.0	47.3	0.0
15-44	14.0	36.0	36.4	37.7	29.0
45-64	17.6	25.5	38.4	28.6	25.9
65 e più	17.7	18.9	21.0	25.7	22.3
Totale	14.9	19.7	25.5	27.5	23.9
TOTALE					
Persone che hanno fatto almeno un accertam.	condizioni di salute				
	disabili	salute percepita male o molto male	almeno una cronica grave	tre o più malattie croniche	
0-14	4.8	13.0	52.6	28.9	0.0
15-44	11.3	24.7	33.3	27.8	28.6
45-64	16.8	26.7	45.0	32.2	27.0
65 e più	20.0	22.4	26.2	28.5	25.2
Totale	14.0	22.7	31.2	29.4	26.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Tali differenze si riscontrano sia tra gli uomini che tra le donne, tuttavia, mentre tra queste ultime coloro che hanno problemi di salute hanno valori più elevati della media ma con differenze non molto marcate, tra gli uomini queste categorie fanno registrare quote più elevate di 15-28 punti percentuali. Ad esempio, se mediamente 13 uomini su 100 hanno fatto un accertamento nelle quattro settimane precedenti l'intervista, questo valore sale a circa 40 su 100 se il paziente percepisce cattive condizioni di salute, e a quasi 30 su 100 se si tratta di un paziente maschio con problemi di disabilità.

Se guardiamo al numero di accertamenti effettuati (Figura 27), poco più della metà sono stati fatti da persone che hanno più di 65 anni, o che sono disabili o malati cronici o comunque percepiscono cattive condizioni di salute¹⁴. Considerando queste tipologie di individui separatamente, vediamo che, in particolare, un terzo degli accertamenti totali è effettuato da coloro che dichiarano di avere tre o più malattie croniche, e una quota analoga è effettuata da chi ha almeno una malattia cronica grave. Coloro che percepiscono cattive condizioni di salute effettuano il 20% degli accertamenti, mentre su 10 accertamenti 1 solo è effettuato da persone disabili.

Figura 27 – Accertamenti effettuati nelle quattro settimane precedenti l'intervista per disabilità, cattiva percezione della salute, malattie croniche (per 100 accertamenti dello stesso tipo)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

4.1.3 Le caratteristiche dei ricoveri ospedalieri

Nei tre mesi precedenti l'intervista il 3,3% dei toscani (118.305 persone) è stato ricoverato per almeno una notte in ospedale (Tavola 33). Questa proporzione è in linea con il dato nazionale (Istat 2007a), e non presenta particolari differenze di genere. Come prevedibile, il ricorso ai servizi ospedalieri cresce all'aumentare dell'età, arrivando a interessare il 9,2% degli ultraottantenni. A conferma di questi dati, il numero medio di ricoveri ogni 100 persone è inferiore a 3 fino ai 54 anni, varia da 4 a 7 nelle classi di età dai 55 ai 79, e supera 10 tra le persone con più di 80 anni.

L'età dei pazienti incide anche sulle caratteristiche del ricovero, il quale dura mediamente 4 notti se il ricoverato è giovane (0-44 anni) e arriva a quasi 11 notti per le persone tra i 70 e i 74 anni. Risultato analogo emerge considerando il numero medio di notti per persona ricoverata (ultime colonne della Tavola 33). Sembrano inoltre esserci leggere differenze tra uomini e donne per quanto riguarda la durata della degenza, con

¹⁴ Il complemento a 100 fa riferimento a individui con meno di 65 anni, non disabili, non affetti da patologie croniche e che valutano la propria salute molto bene, bene o discretamente.

un andamento diversificato nelle classi di età. I dati riportati nella terza parte della tabella 33 sono relativamente omogenei nelle classi di età più giovani, a significare che ogni persona ha quasi certamente vissuto un solo ricovero; i valori sono lievemente più alti nelle età anziane per quanto riguarda il numero medio di notti di ricovero evidenziando presumibilmente più di un ricovero per persona.

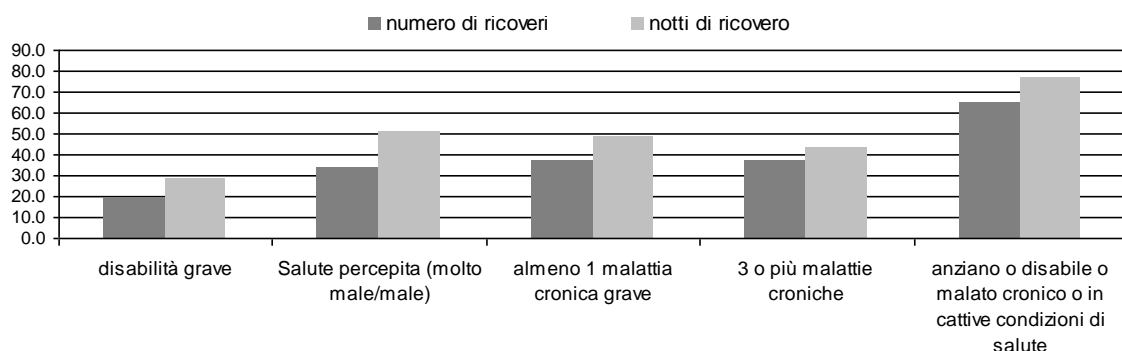
Se si considera insieme la popolazione anziana coloro che soffrono di patologie croniche, sono disabili o percepiscono cattive condizioni di salute, si vede che quasi i due terzi dei ricoveri e oltre i tre quarti delle notti di degenza riguardano queste persone (Figura 28). In particolare, quasi la metà delle notti in ospedale è trascorsa da persone con malattie croniche gravi, a riconferma del fatto che le patologie croniche rappresentano un aspetto particolarmente importante non solo dal punto di vista delle condizioni di salute e della qualità della vita di queste persone (cap. 1), ma anche per i riflessi sulla sostenibilità del servizio sanitario e sulla capacità del sistema di provvedere alle esigenze delle fasce più deboli della popolazione.

Tavola 33 – Ricoveri, persone con almeno un ricovero e notti di ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista, per classe di età e sesso (per 100 persone con le stesse caratteristiche), Toscana

	numero medio di ricoveri per 100 persone			persone con almeno un ricovero			notti di ricovero					
							numero medio per ricovero			numero medio per persona		
	maschi e maschi femmine	maschi e femmine	femmine	maschi e maschi femmine	maschi e femmine	femmine	maschi femmine	maschi e femmine	femmine	maschi femmine	maschi e femmine	femmine
0-14	3.2	2.4	2.8	3.2	2.4	2.8	2.8	6.7	4.4	2.8	6.7	4.4
15-24	0.2	1.8	1.0	0.2	1.8	1.0	4.0	3.2	3.3	4.0	3.2	3.3
25-34	2.6	2.5	2.6	2.4	2.4	2.4	4.3	4.0	4.1	4.8	4.2	4.5
35-44	1.1	3.5	2.3	1.1	2.8	2.0	5.0	4.5	4.6	5.0	5.6	5.4
45-54	2.7	2.1	2.4	2.1	1.9	2.0	7.4	10.2	8.7	9.6	11.4	10.5
55-64	3.8	4.8	4.3	3.5	3.9	3.7	6.4	8.5	7.6	7.0	10.6	8.9
65-69	4.8	6.2	5.6	4.8	5.8	5.3	8.8	6.4	7.3	8.8	6.8	7.6
70-74	4.5	6.5	5.6	4.5	6.1	5.4	13.7	9.0	10.8	13.7	9.6	11.2
75-79	7.5	6.3	6.8	6.7	5.7	6.1	6.0	10.0	8.1	6.7	11.3	9.1
80 e più	10.5	10.5	10.5	10.2	8.6	9.2	9.0	6.5	7.3	9.2	7.9	8.4
Totale	3.2	4.1	3.7	3.0	3.6	3.3	6.7	7.0	6.9	7.2	8.0	7.7

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Figura 28 – Ricoveri e notti di ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista per disabilità, cattiva percezione della salute, malattie croniche (per 100 persone e per 100 notti di ricovero), Toscana



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Le figure professionali che indirizzano i pazienti verso il ricovero sono diverse (Tavola 34): nel 33,3% dei casi è il medico specialista di un ospedale a consigliare il ricovero, per il 24,2% il medico del pronto soccorso e per il 18,9% il medico di

famiglia. Il medico specialista privato interviene nel 15,1% dei casi. Questi valori si discostano leggermente dalla media italiana, in base alla quale un quarto dei ricoveri è consigliato dal medico di famiglia e solo poco di più dalle altre figure professionali (rispettivamente 28,7% e 26,9% per il medico specialista dell'ospedale e per il medico del pronto soccorso). Le figure professionali che consigliano e quelle che prescrivono il ricovero coincidono nel 61% dei casi, mentre se è un medico specialista privato che ha consigliato il ricovero, nel 6,7% dei casi la richiesta viene poi firmata dal medico di famiglia e in un altro 5,8% da un medico specialista dell'ospedale.

Tavola 34 – Popolazione toscana con almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista secondo la figura professionale che ha consigliato e la figura professionale che ha firmato la richiesta del ricovero (per 100 persone con almeno un ricovero)

medico che ha consigliato il ricovero	medico che ha firmato la richiesta di ricovero					Totale
	medico di famiglia o pediatra	medico del pronto soccorso	medico specialista di un ospedale	medico specialista privato	altro	
medico di famiglia o pediatra	12.6	3.1	3.1	0.0	0.0	18.9
medico del pronto soccorso	1.6	21.0	1.2	0.3	0.0	24.2
medico specialista di un ospedale	4.1	2.4	27.1	0.0	0.0	33.5
medico specialista privato	6.7	1.7	5.8	0.3	0.6	15.1
altro	0.0	4.3	3.7	0.5	0.0	8.4
<i>Totale</i>	<i>25.0</i>	<i>32.4</i>	<i>40.9</i>	<i>1.1</i>	<i>0.6</i>	<i>100.0</i>

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Solo poco più del 4% dei ricoveri effettuati dai toscani è avvenuto in strutture ospedaliere situate oltre i confini della regione, quota leggermente più bassa rispetto alla media nazionale (pari al 6,5%). Tra questi, si registra una lieve prevalenza di persone che dichiarano di essere in buone condizioni economiche (Tavola 35).

Tavola 35 – Ubicazione della struttura in cui è stato effettuato il ricovero per giudizio espresso sulle proprie condizioni economiche, valori percentuali, Toscana

Ubicazione struttura del ricovero	risorse economiche		Totale
	ottime/ adeguate	scarse/ insufficienti	
nella regione di residenza	94.8	97.9	95.8
fuori della regione di residenza	5.2	2.1	4.2
<i>Totale</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Infine, presentiamo qualche dato relativo all'assistenza durante le notti di ricovero (Tavola 36). Il 34,1% degli uomini e il 40,8% delle donne è stato assistito durante le notti dell'ultimo ricovero. Queste proporzioni sono più alte se il ricoverato è un ragazzo fino a 14 anni (rispettivamente 42,2% per i maschi e 73,8% per le femmine).

La quasi totalità dei ricoverati è assistita esclusivamente da familiari o parenti, in tutte le classi di età e senza differenze di genere. Una quota rilevante delle donne fino a 64 anni (10% circa) è assistita anche da amici. L'assistenza di personale a pagamento durante le notti di ricovero è un fenomeno che riguarda solo le età più anziane, in particolare il 18,7% degli uomini e il 9,3% delle donne ultrasessantacinquenni.

Tavola 36 – Popolazione toscana che è stata assistita durante le notti del ricovero per classe di età e sesso (per 100 persone con almeno un ricovero)

	assistenza durante le notti del ricovero						da chi è stato assistito					
	maschi			femmine			maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
	no	sì	Totale	no	sì	Totale	familiari o parenti	amici o altro	pers. a pagamento			
0-14	57.80	42.20	100.00	26.16	73.84	100.00	100.00	100.00		11.18		
15-44	67.09	32.91	100.00	70.00	30.00	100.00	100.00	100.00		8.19		
45-64	61.97	38.03	100.00	67.95	32.05	100.00	100.00	100.00		11.73		
65-74	73.49	26.51	100.00	63.77	36.23	100.00	100.00	100.00				
75 e più	68.03	31.97	100.00	48.28	51.72	100.00	94.50	90.69			18.66	9.31
Totale	65.87	34.13	100.00	59.18	40.82	100.00	98.74	96.78		4.88	4.28	3.22

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

4.1.4 Gli altri servizi socio-sanitari sul territorio

L'indagine sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* del 2005 ha preso in considerazione, in modo marginale, anche altri servizi sanitari: il day-hospital¹⁵, i servizi di riabilitazione¹⁶ e il consultorio familiare.

Dalla Tavola 37 emerge chiaramente che questi servizi sono utilizzati da una ristretta fascia della popolazione, con quote in linea con la media rilevata a livello nazionale (Istat 2007a). Solo l'1,2% dei toscani si è rivolto a un consultorio nei 3 mesi precedenti la rilevazione, percentuale leggermente più alta tra la popolazione femminile soprattutto nelle fasce di età tra i 25 e i 54 anni (dal 2,8 al 3,8%, per una media complessiva tra la popolazione femminile dell'1,9% contro lo 0,3% tra gli uomini). Anche il ricovero in day-hospital è stato effettuato da meno del 2% della popolazione, senza particolari differenze di genere, e in misura leggermente superiore nella popolazione con oltre 55 anni. Percentuali leggermente più alte si osservano per quanto riguarda i servizi di riabilitazione: il 3,5% degli uomini e il 4,5% delle donne vi ha fatto ricorso nei 3 mesi precedenti l'intervista, e, come era ovvio attendersi, sono stati soprattutto gli anziani ad averne avuto bisogno.

Tavola 37 – Popolazione toscana che ha fatto ricorso a day-hospital, servizi di riabilitazione o al consultorio familiare nei tre mesi precedenti l'intervista per classe di età e sesso (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

	Si è rivolto ai seguenti servizi negli ultimi 3 mesi								
	Day hospital			Servizi di riabilitazione			Consultorio familiare		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
0-24	0.9	0.4	0.7	1.8	0.8	1.3	0.5	1.1	0.8
25-44	0.4	1.3	0.8	3.6	3.2	3.4	0.4	3.7	2.1
45-64	2.1	1.8	1.9	3.7	4.9	4.3	0.2	2.2	1.2
65 e più	2.9	2.9	2.9	4.9	8.0	6.7	0.2	0.4	0.3
Totale	1.5	1.7	1.6	3.5	4.4	4.0	0.3	1.9	1.2

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

¹⁵ Per day hospital si intende il ricovero o i cicli di ricovero programmati limitati ad una sola parte della giornata, ovvero senza pernottamento.

¹⁶ Sono esclusi i trattamenti avvenuti durante eventuali ricoveri.

4.2 Il tipo di struttura ed il contributo al pagamento delle spese dei servizi sanitari

La scelta del tipo di struttura sanitaria – pubblica o privata – varia in modo rilevante a seconda del tipo di prestazione considerato. Mentre la quasi totalità dei ricoveri (97,4%) e l'86,3% degli accertamenti vengono effettuati presso strutture pubbliche o private convenzionate, una distribuzione più omogenea contraddistingue la scelta della struttura in cui effettuare una visita specialistica (Tavola 38). In questo caso, infatti, poco meno della metà degli utenti (46,1%) ha scelto una struttura privata nelle quattro settimane precedenti l'intervista.

Tavola 38 – Popolazione toscana che ha effettuato visite specialistiche, accertamenti e ricoveri per tipo di struttura in cui è avvenuta la prestazione a alcune caratteristiche dell'utente (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	tipo di struttura								
	ultima visita specialistica			ultimo accertamento			ultimo ricovero		
	pubblica o privata convenz.	privata	Totale	pubblica o privata convenz.	privata	Totale	pubblica o privata convenz.	privata	Totale
Totale	53.9	46.1	100.0	86.3	13.7	100.0	97.4	2.6	100.0
 sesso									
maschio	55.5	44.5	100.0	87.3	12.7	100.0	94.4	5.6	100.0
femmina	52.7	47.3	100.0	85.7	14.3	100.0	99.7	0.3	100.0
 titolo di studio									
Lic. Element., nessun titolo	62.7	37.3	100.0	91.8	8.2	100.0	100.0	0.0	100.0
Licenza media	52.5	47.5	100.0	84.7	15.3	100.0	97.8	2.2	100.0
Dip. Superiore, Laurea	46.8	53.2	100.0	82.9	17.1	100.0	92.4	7.6	100.0
 giudizio sulle condizioni economiche									
ottime/adequate	49.1	50.9	100.0	85.1	14.9	100.0	96.0	4.0	100.0
scarse/insufficienti	64.6	35.4	100.0	89.1	10.9	100.0	100.0	0.0	100.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Fra coloro che scelgono le strutture private per le prestazioni sanitarie si registra una prevalenza di soggetti con un elevato titolo di studio, indipendentemente dal tipo di prestazione, così come tra di essi è maggiore la proporzione di persone che danno un giudizio positivo o molto positivo delle proprie condizioni economiche. Per quanto riguarda i ricoveri, la bassa numerosità in valore assoluto di coloro che si sono rivolti ad una struttura privata non consente di ritenere affidabile la distribuzione per caratteristiche del ricoverato.

Con riferimento all'ultima visita specialistica, all'ultimo accertamento e all'ultimo ricovero, nell'indagine si chiedevano anche i motivi¹⁷ che hanno portato alla scelta della struttura in cui usufruire della prestazione. Come mostrato nella Tavola 39, la fiducia¹⁸ rappresenta il principale motivo che ha portato alla decisione, per tutti i tipi di prestazione. Almeno uno dei motivi legati alla fiducia è stato indicato rispettivamente

¹⁷ Il questionario Istat prevedeva la possibilità di indicare "più risposte", senza però dover specificare quale fosse la più rilevante, pertanto non è possibile ordinare le risposte per importanza. Inoltre, si segnala che sebbene non fosse stato posto un numero massimo di risposte possibili, circa il 97% ne ha indicate un massimo di 2.

¹⁸ I motivi legati alla *fiducia* raggruppano le risposte: "fiducia nella competenza dei medici della struttura", "conosce un medico di sua fiducia nella struttura", "è una struttura particolarmente attrezzata".

dal 66,3% e dal 50,9% dei soggetti interessati dalle visite e dagli accertamenti, e dal 67,6 dei ricoverati. Il secondo motivo prevalente risulta essere la comodità¹⁹, indicata rispettivamente dal 29,2, 17,4 e 19,3% di coloro che hanno fatto almeno una visita, un accertamento o un ricovero. Per quanto riguarda gli accertamenti, la scelta risulta essere legata anche ai tempi di attesa (17,8%) e ai motivi economici (16,1), mentre per il ricovero questi ultimi non rivestono un ruolo molto importante. Si noti però che in questo caso una quota rilevante (12,9%) è rappresentata da coloro che non hanno avuto molte possibilità di scelta essendo stati ricoverati tramite pronto soccorso.

Tavola 39 – Popolazione toscana che hanno effettuato visite o accertamenti o ricoveri per motivo della scelta della struttura (possibili più risposte), valori percentuali

	comodità	fiducia	attesa	motivi economici	accertam. non coperto da SSN	ricovero da pronto soccorso
ultima visita specialistica	29.2	66.3	11.5	9.6	---	---
ultimo accertamento	17.4	50.9	17.8	16.1	0.3	---
ultimo ricovero	19.3	67.6	3.5	6.2	---	12.9

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Discriminando sulla base del giudizio che gli individui hanno dato sulle risorse economiche a disposizione della loro famiglia (Tavola 40), si vede come per le visite specialistiche i motivi economici assumano importanza tra coloro che dichiarano risorse scarse o insufficienti (17,4% contro il 6% di chi non ritiene di avere problemi economici), e anche i motivi legati alla comodità della struttura vengono indicati più frequentemente (35% dei casi) della media. L'effetto è meno marcato per gli accertamenti (i motivi economici in questo caso sono abbastanza rilevanti in generale, ma vi è comunque una differenza di 5 punti percentuali tra i due gruppi di soggetti), e in pratica nullo per i ricoveri. In quest'ultimo caso sono i tempi di attesa che vengono indicati in misura leggermente maggiore tra chi ha difficoltà economiche come motivo per la scelta (5,5% contro 2,4%) pur rimanendo comunque piuttosto marginali. I motivi legati alla fiducia aumentano la loro importanza tra coloro che sono soddisfatti delle proprie risorse economiche, soprattutto per visite e ricoveri.

La Tavola 41 considera i motivi della scelta contrapponendo strutture pubbliche e strutture private e diversi tipi contributo alla spesa della prestazione, elementi tra loro altamente correlati. In questo caso, l'analisi delle risposte date riguardo la motivazione mostra che una importanza decisiva tra coloro che hanno scelto la struttura privata al posto di quella pubblica è rivestita dai tempi di attesa: questi vengono indicati nel 16,8% dei casi per le visite specialistiche, nel 28,9% per i ricoveri e addirittura nel 44,4% per gli accertamenti. Allo stesso modo, le liste di attesa vengono indicate in misura rilevante tra chi decide di pagare il servizio rispetto a coloro che ne preferiscono usufruirne a titolo completamente o parzialmente gratuito.

Chi si è rivolto a strutture private indica in misura maggiore della media anche i motivi legati alla fiducia soprattutto per quanto riguarda visite e ricoveri (con il 76,7 e il 100% delle preferenze), mentre tra chi ha preferito la struttura pubblica sono particolarmente importanti anche la comodità della struttura e i motivi economici, soprattutto per visite e accertamenti.

¹⁹ La *comodità* della struttura fa riferimento alle risposte "struttura confortevole", "struttura comoda da raggiungere" e "unica struttura della zona".

Tavola 40 – Popolazione toscana che hanno effettuato visite o accertamenti o ricoveri per motivo della scelta della struttura e giudizio sulle proprie condizioni economiche (possibili più risposte), valori percentuali

	comodità	fiducia	attesa	motivi economici	accertam. non coperto da SSN	ricovero da pronto soccorso
giudizio espresso sulle risorse economiche						
ultima visita specialistica						
ottime/adequate	26.5	70.6	11.8	6.0	---	---
scarse/insufficienti	35.0	56.8	10.8	17.4	---	---
ultimo accertamento						
ottime/adequate	17.3	52.8	18.4	14.6	0.4	---
scarse/insufficienti	17.7	46.5	16.5	19.4	0.0	---
ultimo ricovero						
ottime/adequate	19.4	73.1	2.4	6.1	---	10.7
scarse/insufficienti	19.2	57.2	5.5	6.4	---	17.2

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Tavola 41 – Popolazione toscana che hanno effettuato visite o accertamenti o ricoveri per motivo della scelta della struttura, tipo di struttura e contributo alla spesa della prestazione (possibili più risposte), valori percentuali

	comodità	fiducia	attesa	motivi economici	accertam. non coperto da SSN	ricovero da pronto soccorso
struttura scelta per la prestazione						
ultima visita specialistica						
pubblica	37.3	57.4	6.9	16.5	---	---
privata	19.7	76.7	16.8	1.4	---	---
ultimo accertamento						
pubblica	18.4	50.6	13.6	18.5	0.0	---
privata	11.5	52.8	44.4	1.2	1.8	---
ultimo ricovero						
pubblica	19.2	66.7	2.8	6.4	---	13.3
privata	22.6	100.0	28.9	0.0	---	0.0
contributo alla spesa della prestazione						
ultima visita specialistica						
nessuna spesa	41.5	55.7	4.7	16.8	---	---
ticket/rimborso parziale	34.7	57.7	6.4	18.5	---	---
a pagamento	21.7	73.8	16.1	3.7	---	---
ultimo accertamento						
nessuna spesa	18.8	48.9	9.6	22.2	0.0	---
ticket/rimborso parziale	18.0	51.4	14.2	16.1	0.0	---
a pagamento	12.6	54.9	45.8	0.5	1.4	---
ultimo ricovero						
nessuna spesa	20.1	65.7	3.0	6.2	---	13.9
ticket/rimborso parziale	4.3	90.2	4.3	9.8	---	0.0
a pagamento	16.2	100.0	23.0	0.0	---	0.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Da questi ultimi risultati emerge quindi come uno dei principali punti critici del sistema sanitario regionale sia rappresentato dalle liste di attesa, le quali, soprattutto per quanto riguarda i ricoveri, spostano gli utenti verso le strutture private e verso i servizi a pagamento. La scelta della struttura privata avviene in misura maggiore nel caso in cui la prestazione sia urgente: infatti, se da un lato è vero che la quasi totalità dei ricoveri è effettuata in strutture pubbliche o senza alcuna spesa da parte del paziente, questa quota scende se si considerano i ricoveri urgenti o molto urgenti (Tavola 42). In tal caso, possiamo quindi ipotizzare che i pazienti, non potendo aspettare le liste di attesa del servizio sanitario, abbiano deciso di optare per una struttura a pagamento. Lo spostamento verso le strutture private si realizza in modo meno evidente per visite e accertamenti, per i quali d'altra parte, la proporzione di chi si rivolge a strutture private è più alta in generale. Per questi servizi è la mancata prescrizione del medico a spostare, in misura superiore alla media, il carico della spesa completamente a carico dell'utente (nell'84,8% delle visite e nel 45,1% degli accertamenti).

Tavola 42 – Popolazione toscana che ha effettuato visite o accertamenti o ricoveri per carattere di urgenza della prestazione, tipo di struttura e contributo alla spesa, valori percentuali

	tipo di struttura		contributo alla spesa		
	pubblica o privata convenz.	privata	nessuna spesa	ticket/ rimborso parziale	a pagamento
ultima visita specialistica					
non urgente	60.5	39.5	31.2	18.6	50.1
urgente/molto urgente	63.3	36.7	35.9	12.9	51.2
non prescritta	22.0	78.0	9.2	6.0	84.8
<i>Totale</i>	<i>53.9</i>	<i>46.1</i>	<i>28.3</i>	<i>14.7</i>	<i>57.0</i>
ultimo accertamento					
non urgente	87.0	13.0	43.5	38.0	18.5
urgente/molto urgente	89.4	10.6	51.8	33.9	14.3
non prescritta	58.2	41.8	41.9	13.0	45.1
<i>Totale</i>	<i>86.3</i>	<i>13.7</i>	<i>46.9</i>	<i>34.8</i>	<i>18.3</i>
ultimo ricovero					
non urgente	99.1	0.9	95.0	5.0	0.0
urgente/molto urgente	96.9	3.1	92.5	4.5	3.1
<i>Totale</i>	<i>97.4</i>	<i>2.6</i>	<i>93.0</i>	<i>4.6</i>	<i>2.4</i>

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

4.3 Disuguaglianze nel pagamento dei servizi sanitari

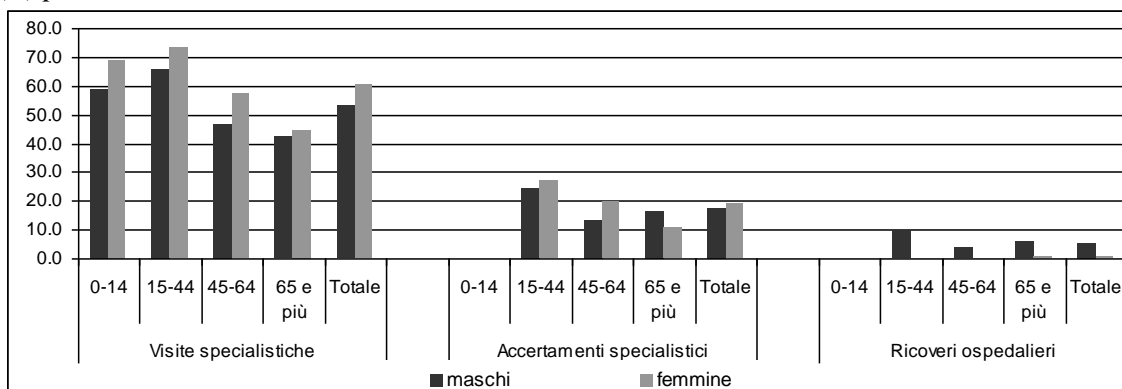
Come visto precedentemente, in Toscana – come d'altra parte nel resto dell'Italia – vi sono differenze, di genere e di età, nel ricorso alle prestazioni sanitarie (cfr. § 4.1). In questa sezione indagheremo l'esistenza di eventuali disuguaglianze – di genere, di età o secondo le condizioni socio-economiche individuali – anche per quanto riguarda il pagamento di queste prestazioni. Infatti, se da un lato è vero che la maggior parte delle prestazioni sanitarie viene effettuata senza alcuna spesa da parte dell'utente, o comunque dietro pagamento parziale (il ticket), occorre verificare se vi sia equità nel carico di questa spesa.

Innanzitutto, il grafico (a) della Figura 29 illustra che il pagamento delle visite e degli accertamenti grava in misura leggermente superiore sulle donne (rispettivamente il 60,3% delle visite e il 19% degli accertamenti effettuati dalle donne sono stati a

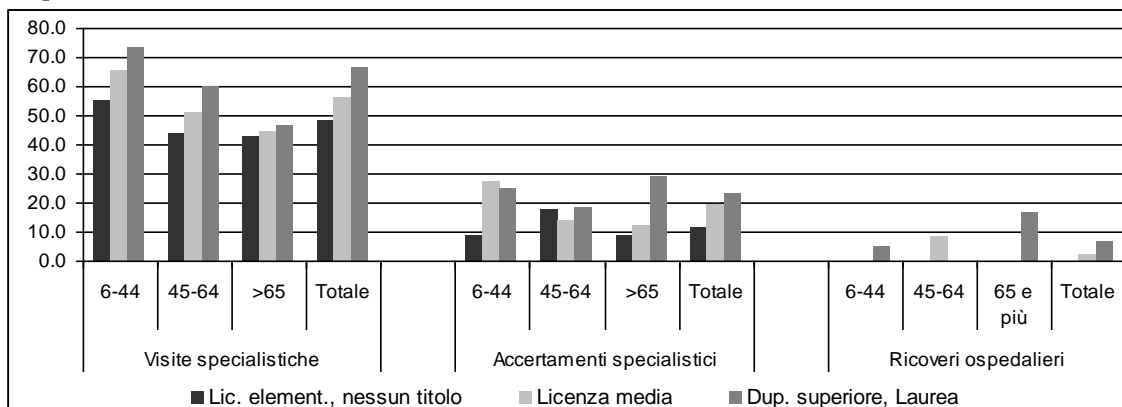
pagamento, contro quote pari al 52,8% e al 17,2% per gli uomini). Gli uomini sembrano invece pagare in misura maggiore delle donne i ricoveri ospedalieri, il 5,1% contro lo 0,3%, con punte fino al 9,4% per i maschi tra i 15 e i 44 anni.

Figura 29 – Popolazione toscana che ha fatto visite o accertamenti o ricoveri pagando per intero la prestazione per classe di età e alcune caratteristiche (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

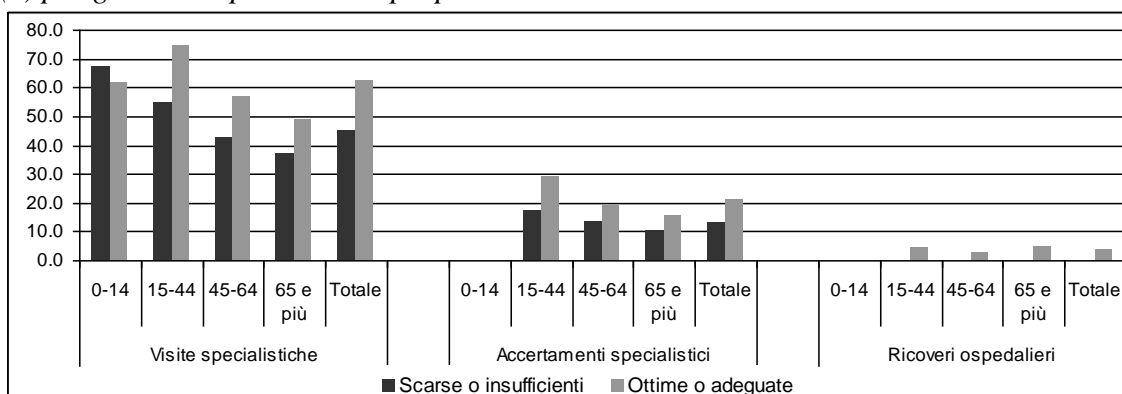
(a) per sesso



(b) per titolo di studio



(c) per giudizio espresso sulle proprie risorse economiche



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

In linea generale, la quota di persone che deve pagare interamente i servizi sanitari decrescere all'aumentare dell'età dei pazienti²⁰, seppure con ritmi diversi a seconda della prestazione che si considera. Le visite sono a pagamento per poco più del 60% delle persone fino a 14 anni, quota che cresce nella classe successiva, per poi abbassarsi di nuovo nelle età senili. Un andamento decrescente, anche se non sempre uniforme, si registra anche per gli accertamenti.

Inoltre, è soprattutto chi ha un livello di istruzione più elevato che in Toscana effettua le prestazioni a pagamento, tendenza che si registra in tutte le classi di età: per le visite specialistiche da poco meno della metà tra coloro che hanno al massimo la licenza elementare, si passa al 56% tra coloro che hanno la licenza media, per arrivare ai due terzi della popolazione tra coloro che hanno almeno il diploma superiore, mentre per accertamenti specialistici le quote di coloro che utilizzano questi servizi a pagamento sono pari rispettivamente all'11,7 al 19,7 e al 23,3% per i diversi livelli di istruzione (grafico (b) della Figura 29). I ricoveri ospedalieri a pagamento hanno riguardato solo soggetti con un livello di istruzione medio-alto.

Anche il livello di risorse economiche a disposizione degli utenti rappresenta un fattore discriminante nel pagamento delle prestazioni sanitarie (grafico (c) della Figura 29): per tutte le tipologie di prestazioni prese in considerazione nell'indagine, chi percepisce le proprie risorse come ottime o adeguate provvede al pagamento in misura maggiore rispetto a chi dichiara di avere una situazione economica inadeguata, in ogni classe di età.

Questi dati testimoniano quindi che le fasce di popolazione più svantaggiate – anziani, persone che hanno un titolo di studio basso o presentano difficoltà economiche – riescono ad usufruire in misura maggiore della gratuità del servizio pubblico. Tuttavia, rimane elevata la percentuale di persone di basso status sociale che si fanno interamente carico della spesa, soprattutto per quanto riguarda le visite specialistiche: complessivamente il 48% per i bassi livelli di istruzione e il 45,4% per le risorse economiche scarse e insufficienti.

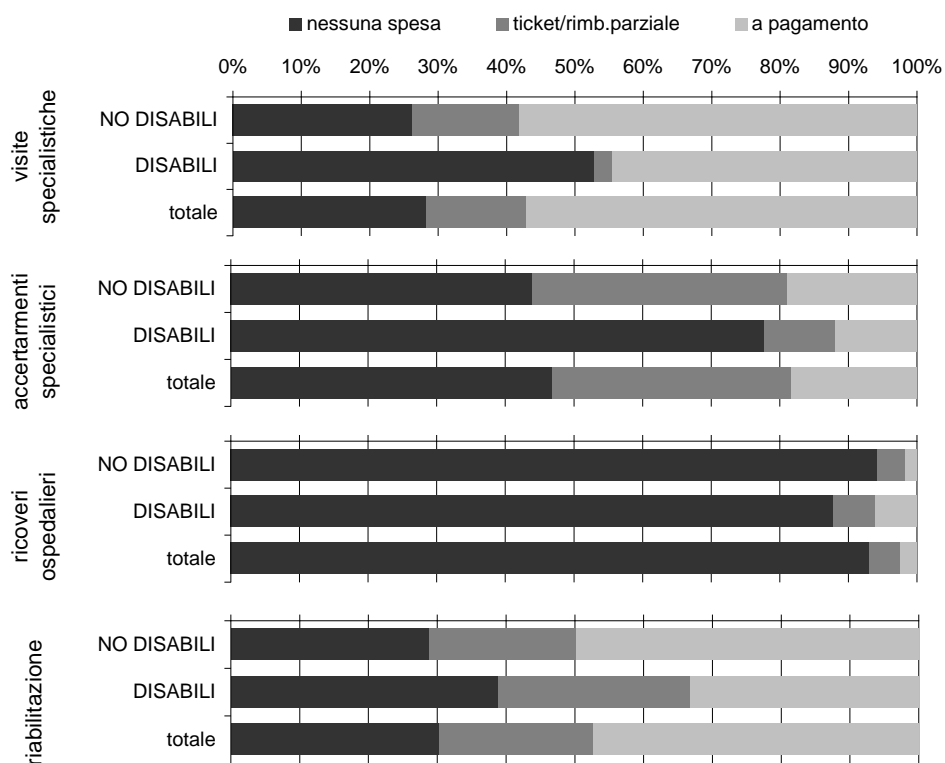
Abbiamo visto precedentemente (paragrafo 1 di questo capitolo) che le visite, gli accertamenti e i ricoveri riguardano in misura importante le persone che presentano una disabilità grave. Ci sembra quindi opportuno soffermarci sulle spese mediche che le persone disabili devono sostenere, per valutare l'esistenza di eventuali differenziali a loro svantaggio (Figura 30).

Per quanto riguarda le visite specialistiche, poco più della metà (52,5%) dei disabili che vi fa ricorso non deve sostenere nessuna spesa, contro il 26,2% registrato tra i non disabili. A questa quota si aggiunge poi un 2,5% che vi accede dietro pagamento del ticket o con rimborso parziale della spesa sostenuta. Complessivamente è quindi il 44,6% dei disabili che deve farsi carico completamente della spesa per visite specialistiche, quota che, seppure più bassa rispetto a quella rilevata tra le persone senza disabilità, rimane piuttosto elevata. Oltre i tre quarti dei disabili non paga gli accertamenti specialistici, rispetto al 43% dei non disabili. L'accesso agli accertamenti avviene dietro pagamento del ticket o con rimborso parziale solo per il 10% degli individui con disabilità, contro il 37,2% per coloro che non hanno problemi. Infine, i

²⁰ D'altra parte si ricorda che questi risultati sono fortemente influenzati dalla normativa riguardante l'esenzione dal pagamento del ticket su visite ed esami diagnostici per determinate categorie di soggetti, tra i quali le persone ultrasessantacinquenni che rientrano in particolari limiti di reddito, e le persone affette da particolari patologie. Per maggiori dettagli si consulti www.ministerosalute.it.

servizi di riabilitazione sono gratuiti o rimborsati almeno parzialmente per i due terzi dei disabili, quindi in misura maggiore rispetto ai non disabili (circa 50%).

Figura 30– Popolazione toscana che ha fatto visite o accertamenti o ricoveri o riabilitazione per contributo alla spesa della prestazione e condizione di disabilità, valori percentuali



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

4.4 L'accesso ai servizi sanitari nelle diverse aree toscane

Nei paragrafi precedenti abbiamo descritto e analizzato le caratteristiche dei toscani con riferimento all'accesso ai servizi sanitari, considerando le visite, gli accertamenti e i ricoveri ospedalieri. Confrontiamo ora, sempre con riferimento a queste tre tipologie di servizi sanitari, le quattro diverse aree toscane tra di loro e rispetto alla media italiana.

Dalla Tavola 43 emerge come il dato, standardizzato per età della regione Toscana sia superiore a quello dell'intero territorio italiano sia per le visite che per gli accertamenti (generici e specialistici), mentre non si registrano differenze significative per quanto riguarda i ricoveri. Considerando le differenze nel ricorso ai servizi sanitari all'interno della regione Toscana, si osservano proporzioni leggermente più alte nell'area vasta formata dalle province di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa, per tutte le tipologie di servizi, seppure con qualche differenza di genere. Per quanto riguarda gli accertamenti generici effettuati dalle donne e gli accertamenti specialistici effettuati dagli uomini, anche l'area di Firenze città presenta quote più elevate della media.

Tavola 43 – Popolazione toscana che ha effettuato visite mediche, accertamenti generici e accertamenti specialistici nelle quattro settimane precedenti l'intervista, e ricoveri nei tre mesi precedenti l'intervista, per area geografica di residenza e sesso (per 100 persone con le stesse caratteristiche, tassi standardizzati per età)

	MASCHI			FEMMINE			TOTALE		
	no	si	totale	no	si	totale	no	si	totale
VISITE (generiche + specialistiche)									
1. Fi città	69.8	30.2	100.0	66.3	33.7	100.0	68.0	32.0	100.0
2. FI-PT-PO	71.1	28.9	100.0	66.5	33.5	100.0	68.8	31.2	100.0
3. SI-AR-GR	72.2	27.8	100.0	70.2	29.8	100.0	71.2	28.8	100.0
4. MC-LU-LI-PI	69.9	30.1	100.0	65.8	34.2	100.0	67.8	32.2	100.0
<i>Toscana</i>	<i>70.8</i>	<i>29.2</i>	<i>100.0</i>	<i>67.1</i>	<i>32.9</i>	<i>100.0</i>	<i>68.9</i>	<i>31.1</i>	<i>100.0</i>
<i>Italia</i>	<i>75.2</i>	<i>24.8</i>	<i>100.0</i>	<i>69.1</i>	<i>31.1</i>	<i>100.0</i>	<i>72.1</i>	<i>28.1</i>	<i>100.0</i>
ACCERTAMENTI GENERICI									
	no	si	totale	no	si	totale	no	si	totale
1. Fi città	91.2	8.8	100.0	87.7	12.3	100.0	89.4	10.6	100.0
2. FI-PT-PO	90.5	9.5	100.0	90.2	9.8	100.0	90.4	9.6	100.0
3. SI-AR-GR	90.2	9.8	100.0	90.5	9.5	100.0	90.3	9.7	100.0
4. MC-LU-LI-PI	89.0	11.0	100.0	87.8	12.2	100.0	88.4	11.6	100.0
<i>Toscana</i>	<i>90.0</i>	<i>10.0</i>	<i>100.0</i>	<i>89.1</i>	<i>10.9</i>	<i>100.0</i>	<i>89.5</i>	<i>10.5</i>	<i>100.0</i>
<i>Italia</i>	<i>91.8</i>	<i>8.3</i>	<i>100.0</i>	<i>89.9</i>	<i>10.3</i>	<i>100.0</i>	<i>90.9</i>	<i>9.3</i>	<i>100.0</i>
ACCERTAMENTI SPECIALISTICI									
	no	si	totale	no	si	totale	no	si	totale
1. Fi città	93.0	7.0	100.0	92.3	7.7	100.0	92.6	7.4	100.0
2. FI-PT-PO	96.0	4.0	100.0	91.6	8.4	100.0	93.8	6.2	100.0
3. SI-AR-GR	94.2	5.8	100.0	92.8	7.2	100.0	93.4	6.6	100.0
4. MC-LU-LI-PI	93.4	6.6	100.0	90.9	9.1	100.0	92.1	7.9	100.0
<i>Toscana</i>	<i>94.3</i>	<i>5.7</i>	<i>100.0</i>	<i>91.7</i>	<i>8.3</i>	<i>100.0</i>	<i>93.0</i>	<i>7.0</i>	<i>100.0</i>
<i>Italia</i>	<i>95.4</i>	<i>4.7</i>	<i>100.0</i>	<i>93.3</i>	<i>6.7</i>	<i>100.0</i>	<i>94.3</i>	<i>5.7</i>	<i>100.0</i>
ACCERTAMENTI TOTALI									
	no	si	totale	no	si	totale	no	si	totale
1. Fi città	87.9	12.1	100.0	83.5	16.5	100.0	85.6	14.4	100.0
2. FI-PT-PO	88.9	11.1	100.0	86.4	13.6	100.0	87.6	12.4	100.0
3. SI-AR-GR	88.1	11.9	100.0	87.0	13.0	100.0	87.5	12.5	100.0
4. MC-LU-LI-PI	86.3	13.7	100.0	84.3	15.7	100.0	85.3	14.7	100.0
<i>Toscana</i>	<i>87.7</i>	<i>12.3</i>	<i>100.0</i>	<i>85.5</i>	<i>14.5</i>	<i>100.0</i>	<i>86.6</i>	<i>13.4</i>	<i>100.0</i>
<i>Italia</i>	<i>90.1</i>	<i>10.1</i>	<i>100.0</i>	<i>87.2</i>	<i>12.9</i>	<i>100.0</i>	<i>88.6</i>	<i>11.5</i>	<i>100.0</i>
RICOVERI									
	no	si	totale	no	si	totale	no	si	totale
1. Fi città	97.1	2.9	100.0	97.8	2.2	100.0	97.5	2.5	100.0
2. FI-PT-PO	97.6	2.4	100.0	96.4	3.6	100.0	97.0	3.0	100.0
3. SI-AR-GR	97.0	3.0	100.0	96.1	3.9	100.0	96.6	3.4	100.0
4. MC-LU-LI-PI	97.1	2.9	100.0	96.6	3.4	100.0	96.8	3.2	100.0
<i>Toscana</i>	<i>97.2</i>	<i>2.8</i>	<i>100.0</i>	<i>96.6</i>	<i>3.4</i>	<i>100.0</i>	<i>96.9</i>	<i>3.1</i>	<i>100.0</i>
<i>Italia</i>	<i>96.8</i>	<i>3.1</i>	<i>100.0</i>	<i>96.6</i>	<i>3.4</i>	<i>100.0</i>	<i>96.7</i>	<i>3.3</i>	<i>100.0</i>

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Un certo grado di variabilità intra-regionale emerge anche con riferimento alla spesa che gli utenti devono sostenere per usufruire di questi servizi sanitari²¹ (Tavola

²¹ A causa dell'esigua numerosità per cella, non vengono qui commentati i dati relativi ai ricoveri ospedalieri.

44), anche se non sembra identificabile un'area maggiormente svantaggiata per tutte le tipologie di servizi e per entrambi i sessi. Ad esempio, la città di Firenze spicca per avere la quota più alta di uomini che pagano interamente le visite (sia generiche che specialistiche), gli accertamenti e i servizi di riabilitazione, mentre per gli accertamenti specialistici è l'area di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa che registra le percentuali più elevate. Le donne che risiedono nelle province di Siena, Arezzo e Grosseto pagano in misura maggiore gli accertamenti, sia generici che specialistici, e i servizi di riabilitazione, mentre fanno registrare la quota più bassa per le visite. L'area delle province di Firenze, Pistoia e Prato ha la proporzione più bassa di persone che pagano per accertamenti generici (soprattutto le donne) e specialistici (soprattutto gli uomini).

Tavola 44 – Popolazione toscana che ha effettuato visite mediche, accertamenti generici e accertamenti specialistici nelle quattro settimane precedenti l'intervista, e ricoveri nei tre mesi precedenti l'intervista, per tipo di spesa sostenuta area geografica di residenza e sesso (per 100 persone con le stesse caratteristiche, tassi standardizzati)

	MASCHI				FEMMINE				TOTALE			
	nessuna spesa	ticket, rimb. parz.	a pagam.	Totale	nessuna spesa	ticket, rimb. parz.	a pagam.	Totale	nessuna spesa	ticket, rimb. parz.	a pagam.	Totale
VISITE (generiche + specialistiche)												
1. Fi città	24.3	14.2	61.6	100.0	18.7	19.1	62.2	100.0	21.1	17.0	61.9	100.0
2. FI-PT-PO	26.0	16.6	57.3	100.0	26.6	12.7	60.7	100.0	26.4	14.4	59.3	100.0
3. SI-AR-GR	31.8	20.4	47.8	100.0	25.9	15.9	58.2	100.0	28.6	17.9	53.5	100.0
4. MC-LU-LI-PI	30.5	17.2	52.4	100.0	25.1	11.2	63.7	100.0	27.5	13.9	58.6	100.0
<i>Toscana</i>	28.7	17.3	53.9	100.0	25.0	13.6	61.4	100.0	26.6	15.3	58.1	100.0
<i>Italia</i>	30.6	17.5	52.0	100.0	27.8	15.7	56.4	100.0	29.0	16.5	54.5	100.0
ACCERTAMENTI GENERICI												
1. Fi città	53.8	31.3	14.9	100.0	53.3	43.3	3.4	100.0	53.5	38.3	8.1	100.0
2. FI-PT-PO	57.1	35.5	7.4	100.0	53.6	44.3	2.1	100.0	55.3	40.0	4.7	100.0
3. SI-AR-GR	52.2	39.1	8.7	100.0	45.1	47.4	7.4	100.0	48.7	43.2	8.1	100.0
4. MC-LU-LI-PI	50.7	39.6	9.7	100.0	47.3	48.1	4.6	100.0	48.8	44.3	6.9	100.0
<i>Toscana</i>	53.2	37.5	9.3	100.0	49.3	46.4	4.3	100.0	51.2	42.2	6.6	100.0
<i>Italia</i>	54.3	39.5	6.2	100.0	52.4	40.8	6.8	100.0	53.2	40.2	6.6	100.0
ACCERTAMENTI SPECIALISTICI												
1. Fi città	45.5	37.5	17.0	100.0	38.6	42.0	19.4	100.0	41.7	39.9	18.3	100.0
2. FI-PT-PO	53.5	34.2	12.3	100.0	50.4	31.4	18.2	100.0	51.3	32.3	16.4	100.0
3. SI-AR-GR	50.9	32.7	16.4	100.0	41.5	37.7	20.8	100.0	45.6	35.5	18.9	100.0
4. MC-LU-LI-PI	37.5	42.1	20.4	100.0	44.8	36.4	18.8	100.0	41.8	38.7	19.5	100.0
<i>Toscana</i>	45.1	37.6	17.3	100.0	45.3	35.6	19.1	100.0	45.2	36.4	18.4	100.0
<i>Italia</i>	47.6	38.2	14.2	100.0	44.6	34.5	21.0	100.0	45.8	36.0	18.2	100.0
SERVIZI DI RIABILITAZIONE												
1. Fi città	31.2	16.7	52.1	100.0	22.4	25.1	52.5	100.0	25.2	22.4	52.3	100.0
2. FI-PT-PO	33.3	19.7	47.0	100.0	20.2	24.8	55.0	100.0	26.2	22.4	51.3	100.0
3. SI-AR-GR	23.7	30.8	45.5	100.0	27.8	13.4	58.8	100.0	26.0	20.9	53.1	100.0
4. MC-LU-LI-PI	39.1	13.7	47.2	100.0	37.6	29.6	32.8	100.0	38.3	22.6	39.1	100.0
<i>Toscana</i>	32.8	20.2	47.0	100.0	28.4	23.6	48.0	100.0	30.3	22.1	47.6	100.0
<i>Italia</i>	37.3	24.0	38.7	100.0	35.1	24.1	40.9	100.0	36.0	24.0	40.0	100.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

4.5 L'opinione dei toscani sul Sistema Sanitario Regionale

4.5.1 *Il rapporto con il personale medico*

Abbiamo visto nella sezione precedente come la fiducia rappresenti uno degli elementi decisivi nella scelta delle strutture mediche a cui rivolgersi e che spesso porta a decidere di pagare la prestazione (tav. 41). Questo elemento, e in particolare il rapporto medico-paziente è affrontato dal questionario ISTAT attraverso due ulteriori domande, che indagano quale sia la figura medica professionale verso la quale gli utenti hanno la maggiore fiducia, e a chi si rivolgono per decisioni importanti circa la loro salute.

Innanzitutto, la figura professionale verso la quale si ha maggiore fiducia è il medico di famiglia, indicato dal 56,7% dei toscani con 18 anni e più (Tavola 45). Questa figura è seguita, con un notevole distacco, dal medico specialista privato (20,3%) e dal medico ospedaliero (8,3%). Il 14,8% degli intervistati ha dichiarato di avere fiducia in due o più delle figure professionali indicate.

Tavola 45 – Popolazione toscana di 18 anni e più secondo la figura professionale cui si rivolgono per le decisioni importanti sulla loro salute e la figura per la quale dichiarano maggiore fiducia, per alcune caratteristiche individuali (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	Figura professionale a cui ci si rivolge per decisioni importanti sulla salute					Figura professionale per la quale si ha maggiore fiducia			
	sente pareri ma poi decide lei	medico di famiglia	medico specialista della ASL	medico privato di fiducia	altro	medico di famiglia	medico ospedaliero	medico specialista privato	più medici o altro
Totale	12.8	73.9	2.9	8.9	1.5	56.7	8.3	20.3	14.8
classi di età									
18-24	19.7	68.2	1.4	8.6	2.1	58.5	6.9	20.6	14.1
25-34	16.4	67.5	3.0	11.6	1.5	50.9	7.4	26.0	15.7
35-44	16.3	68.6	3.0	10.8	1.3	52.0	7.9	25.5	14.5
45-54	12.1	70.7	4.5	11.5	1.2	50.5	10.2	20.8	18.5
55-64	9.6	77.6	3.2	8.4	1.1	54.6	11.2	19.0	15.3
65-69	8.5	84.0	2.2	4.7	0.6	62.6	6.7	16.5	14.2
70-74	7.4	82.3	3.4	6.0	0.9	67.7	7.9	14.4	10.0
75-79	10.1	79.5	2.2	6.1	2.0	66.8	8.3	12.9	11.9
80 e più	8.7	84.6	0.6	2.6	3.5	75.2	3.6	9.1	12.0
titolo di studio									
Lic. elementare, nessun titolo	9.1	83.0	1.7	4.4	1.8	70.0	6.1	13.4	10.5
Licenza media	13.1	74.1	2.6	8.8	1.3	57.7	6.5	22.3	13.5
Dip. superiore, Laurea	15.7	66.0	4.1	12.8	1.3	44.8	11.6	24.1	19.4
giudizio su risorse economiche									
ottime o adeguate	13.6	71.4	3.2	10.3	1.6	53.5	9.0	21.6	15.8
scarse o insufficienti	11.2	79.7	2.3	5.6	1.2	64.3	6.5	17.0	12.3
salute percepita									
bene	15.4	70.5	3.0	9.6	1.5	55.3	8.2	21.9	14.6
discretamente	10.2	77.7	2.7	8.3	1.1	57.9	8.1	18.8	15.2
male	7.6	79.2	3.2	7.3	2.8	60.7	9.2	15.9	14.2

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

La quota di coloro che indicano il medico di famiglia come la figura professionale in cui hanno maggiore fiducia è particolarmente rilevante tra gli anziani, e raggiunge il 75% tra gli ultraottantenni. La preferenza verso il medico di famiglia trova spiegazione nel fatto che questa figura può essere liberamente scelta dall'utente tra quelli disponibili

nel suo ambito territoriale, ed essendo la figura professionale che generalmente segue il paziente in diverse fasi della sua vita, è normale che con lui si stabilisca un rapporto di fiducia. In secondo luogo, il medico di famiglia è il primo riferimento in caso di problemi di salute, problemi che sono ovviamente presenti in misura maggiore nella persona anziana, e pertanto rappresenta la figura medica professionale incontrata con maggiore frequenza dall'anziano: è il medico di famiglia che consiglia e prescrive ciò che è necessario, che si tratti di una cura o di una visita specialistica, che effettua anche visite a domicilio e che è generalmente più attento a determinate patologie legate all'invecchiamento. Inoltre, il medico di famiglia segue generalmente il paziente per un lungo periodo di tempo, instaurando quindi con lui un rapporto sia professionale che umano, aspetto presumibilmente molto rilevante per la persona anziana.

Ricordando l'alta incidenza di persone anziane tra chi ha un basso grado di istruzione, tra chi dà un giudizio scarso o insufficiente alla propria situazione economica, e tra chi ha una cattiva percezione delle proprie condizioni di salute, è chiara anche la prevalenza della fiducia accordata al medico di famiglia tra queste categorie (con percentuali rispettivamente del 70,0, 64,4 e 60,7%). Il medico specialista privato è invece indicato in misura superiore alla media dai giovani adulti (25,5% circa tra i 25 e i 44 anni) e da coloro che hanno un elevato livello di istruzione (24,1%). Non vi sono invece differenze di genere riguardo questo aspetto. Questo quadro generale si mantiene pressoché inalterato anche qualora si considerino le sole risposte di coloro che hanno utilizzato almeno un servizio sanitario recentemente.

La fiducia riposta nel medico di famiglia è messa in evidenza anche dal fatto che poco meno dei tre quarti dei toscani dichiara che per decisioni importanti riguardanti la propria salute si rivolge a questa figura professionale. Ancora una volta, questa quota è superiore nelle classi di età senili, mentre fino ai 44 anni è rilevante la quota di persone che dichiarano di ascoltare diversi pareri medici, ma di prendere poi autonomamente le decisioni importanti sulla salute (17% contro una media del 12,8%). Tra i 25 e i 54 anni, poco meno del 12% dei toscani indica come figura importante anche un medico privato di fiducia²², con quote leggermente superiori per le donne (dati non riportati). Infine, non sembra essere importante in Toscana, se non in meno del 3% dei casi, la figura del medico specialista della ASL.

La Tavola 46 sottolinea la congruità del risultato registrato per la Toscana con quello medio nazionale, seppure in questo secondo caso il medico di famiglia raccolga una percentuale di consensi di 5 punti inferiore, a parità di struttura della popolazione. In particolare, in Toscana il medico di famiglia viene indicato come la figura professionale più importante per le decisioni riguardanti la salute soprattutto nelle province di Firenze, Pistoia e Prato, e Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa. In queste sei province è il medico privato di fiducia quello al quale ci si rivolge in misura inferiore alla media, sia nazionale che regionale. Solo nell'area del capoluogo di regione vi è una quota più elevata della media nazionale di persone che preferiscono prendere da soli le decisioni importanti sulla salute. La città di Firenze si caratterizza anche per essere l'area che registra la più alta quota di persone che hanno la maggiore fiducia nel medico ospedaliero, ma la quota più bassa per il medico specialista privato.

²² Il questionario Istat non specifica se si tratti di medico specialista o generico.

Tavola 46 – Popolazione toscana e italiana di 18 anni e più secondo la figura professionale cui si rivolgono per le decisioni importanti sulla loro salute e la figura per la quale dichiarano maggiore fiducia, per area di residenza, valori percentuali (tassi standardizzati per età)

Area geografica di residenza	Figura professionale a cui ci si rivolge per decisioni importanti sulla salute					Figura professionale per la quale si ha maggiore fiducia			
	sente pareri ma poi decide lei	medico di famiglia	medico specialista della ASL	medico privato di fiducia	altro	medico di famiglia	medico ospedaliero	medico specialista privato	più medici o altro
1. Fi città	17.7	68.1	2.5	10.0	1.7	52.7	13.5	14.6	19.2
2. FI-PT-PO	12.0	76.9	2.0	7.6	1.4	59.5	8.0	17.3	15.1
3. SI-AR-GR	15.4	68.5	3.9	11.4	0.8	55.4	7.3	24.3	13.0
4. MC-LU-LI-PI	11.6	74.5	3.2	8.8	1.9	54.5	7.7	23.2	14.6
<i>Toscana</i>	13.2	73.2	2.9	9.2	1.5	56.1	8.3	20.7	14.9
<i>Totale Italia</i>	15.4	67.9	3.2	12.1	1.5	54.0	7.6	23.1	15.3

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

4.5.2 I toscani sono soddisfatti dei servizi sanitari?

L'indagine ha rilevato il giudizio della popolazione adulta (18 anni e più) sulla qualità dell'offerta sanitaria nel proprio territorio di residenza²³.

Il 41% dei toscani si dichiara molto soddisfatto del Servizio Sanitario Regionale (Tavola 47), facendo quindi registrare una situazione di maggiore soddisfazione rispetto alla media italiana, dove solo circa il 35% esprime una valutazione elevata (maggiore o uguale a 7). Se aggiungiamo coloro che esprimono comunque un giudizio sufficiente e soddisfacente (circa il 47%), nel complesso, oltre il 90% dà un voto positivo al Servizio Sanitario toscano, senza rilevanti differenze tra uomini e donne.

Differenze di alcuni punti percentuali si registrano però tra le aree vaste toscane: Firenze città presenta la quota più alta di persone che danno un punteggio molto soddisfacente (da 7 a 10) al Servizio Sanitario Regionale, seguita dalle aree limitrofe (Firenze provincia e province di Pistoia e Prato); queste ultime registrano però anche la quota più alta di giudizi negativi. Le due restanti aree vaste registrano invece una quota di giudizi di soddisfazione decisamente più bassa, ma comunque in linea con quella media nazionale. In particolare a Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa si ha la più alta quota di persone che dà un punteggio intermedio (5 o 6).

Le due aree in cui i giudizi espressi sul servizio sanitario sono più elevati, oltre a quella delle province di Siena, Arezzo e Grosseto, sono anche quelle in cui è più elevata la quota di persone che ritengono che il Servizio Sanitario sia peggiorato negli ultimi 12 mesi. Sono gli abitanti delle province di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa che ritengono in misura maggiore degli altri toscani che nell'ultimo anno vi sia stato un miglioramento del Servizio Sanitario Regionale.

Passando alla Tavola 48, si vede che la quota di coloro che esprimono un giudizio positivo cresce all'aumentare dell'età (ad eccezione degli ultraottantenni), mentre i punteggi intermedi sono attribuiti in misura maggiore dai più giovani (fino ai 44 anni). Una leggera differenza nella valutazione si registra anche considerando il titolo di studio e l'indice di risorse economiche: la quota di chi esprime un giudizio più elevato è maggiore tra chi ha un livello di istruzione alto o giudica positivamente la propria

²³ La valutazione del Servizio sanitario regionale del territorio è stata rilevata mediante una scala di punteggi numerici da 1 a 10, dove 1 equivale al giudizio peggiore, e 10 al giudizio migliore. Per una migliore analisi dei dati, il giudizio è stato aggregato in tre classi: da 1 a 4 il giudizio espresso viene considerato insoddisfacente, da 5 a 6 sufficientemente soddisfacente, e da 7 a 10 soddisfacente.

situazione economica. Al contrario, tra coloro che percepiscono cattive condizioni di salute è più alta la quota di coloro che esprimono un giudizio di non soddisfazione.

Osservando la valutazione che i cittadini hanno espresso riguardo i cambiamenti avvenuti nel servizio sanitario pubblico nei dodici mesi precedenti la rilevazione, poco meno del 50% ritiene che non vi siano stati cambiamenti, mentre un po' più di un quarto lamenta un peggioramento (26,5%). È soprattutto tra i 55 e i 79 anni e tra coloro che hanno al massimo la licenza media che il giudizio sull'andamento del sistema sanitario è negativo. In particolare, se consideriamo solo le persone che hanno utilizzato un servizio sanitario di recente, la quota di coloro che ritiene esserci stato un peggioramento aumenta di 3 punti percentuali, arrivando al 29,6%, anche se rispetto ai non utilizzatori danno un punteggio più alto al servizio sanitario del proprio territorio (differenza che vale soprattutto per le classi più giovani, fino ai 34 anni).

Tavola 47 – Giudizi espressi dalla popolazione toscana di 18 anni e oltre sul servizio sanitario toscano per alcune caratteristiche degli individui (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	Giudizio espresso sul servizio sanitario regionale			Giudizio sull'evoluzione del servizio sanitario negli ultimi 12 mesi			
	insoddisfacente (1-4)	sufficiente (5-6)	soddisfacente (7-10)	sta migliorando	più o meno come prima	sta peggiorando	non sa/ non risp.
Area vasta di residenza							
1. Fi città	10.0	42.0	48.0	13.2	43.5	27.8	15.5
2. FI-PT-PO	12.1	42.7	45.2	13.6	47.4	25.8	13.3
3. SI-AR-GR	11.7	48.4	39.9	10.5	46.4	31.4	11.8
4. MC-LU-LI-PI	10.7	53.1	36.2	16.0	50.4	22.6	11.0
Toscana	11.3	47.7	41.0	13.7	47.8	26.2	12.4
Totale Italia	18.4	45.9	35.7	12.2	46.9	29.3	11.7

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Tavola 48 – Giudizi espressi sul servizio sanitario toscano dalla popolazione toscana di 18 anni e oltre, per alcune caratteristiche degli individui (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	Giudizio espresso sul servizio sanitario regionale			Giudizio sull'evoluzione del servizio sanitario negli ultimi 12 mesi			
	insoddisfacente (1-4)	sufficiente (5-6)	soddisfacente (7-10)	sta migliorando	più o meno come prima	sta peggiorando	non sa/ non risp.
Totale	11.3	47.4	41.3	13.8	47.6	26.5	12.1
classi di età							
18-34	11.2	50.6	38.2	10.9	51.5	20.5	17.2
35-54	11.8	46.9	41.4	14.6	48.8	25.6	11.0
55-79	11.6	45.0	43.3	15.9	43.8	31.2	9.1
80 e più	6.8	52.1	41.1	10.0	48.1	27.0	15.0
titolo di studio							
Lic. elem., nessun tit.	11.8	47.4	40.8	13.5	45.0	31.0	10.6
Licenza media	14.1	45.4	40.5	14.0	46.1	26.6	13.3
Dip. Sup., Laurea	8.3	49.3	42.4	14.0	51.1	22.6	12.3
giudizio su risorse economiche							
ottime o adeguate	9.5	48.2	42.3	14.8	49.0	24.4	11.8
scarse o insufficienti	15.4	45.7	38.9	11.5	44.3	31.4	12.8
salute percepita							
bene	10.3	46.9	42.8	13.6	49.6	22.6	14.2
discretamente	11.6	48.3	40.1	14.2	46.2	30.0	9.5
male	16.1	46.9	36.9	13.4	40.5	36.3	9.8

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

5 La salute della donna

In questo capitolo analizzeremo due importanti aspetti che hanno come filo comune la popolazione di riferimento: la donna.

Nella prima parte considereremo i comportamenti preventivi utili per una eventuale diagnosi precoce relativamente ai tumori femminili, ovvero il tumore al collo dell'utero e al seno, comportamenti che, negli ultimi anni, hanno registrato in Italia una crescente diffusione tra le donne (Istat 2006a). Come altre regioni italiane, anche la Regione Toscana, basandosi su indicazioni elaborate in ambito nazionale (LILT, 1996; Ministero della Salute 2007; Osservatorio Nazionale Screening, 2008) e su linee guida generali europee e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Coleman *et al.* 1993; European Commission, 2001), ha recentemente avviato già da qualche anno programmi pubblici di *screening* (controlli a scopo diagnostico). Questi programmi di screening hanno l'obiettivo di individuare la malattia tumorale quando è all'inizio e non dà disturbi o addirittura, come per il Pap-test, prima che si sviluppi il tumore vero e proprio, pertanto rappresentano un'azione di sanità pubblica con la quale la popolazione sana di un determinato territorio in età giudicata a rischio è sistematicamente invitata dalla propria azienda sanitaria a sottoporsi gratuitamente ad esami preventivi a scopo diagnostico. È infatti scientificamente provato che per alcune tipologie di tumore una diagnosi precoce aumenta l'efficacia della cura (Puliti *et al.*, 2008; AA.VV., 2009). Per quanto riguarda la donna, questi esami sono rappresentati dal Pap-test e dalla mammografia.

Le informazioni riguardanti i comportamenti di prevenzione dei tumori femminili vengono rilevate dall'Istat solo per le donne con 25 anni e oltre, essendo questa la fascia di età colpita maggiormente da queste problematiche; a età inferiori questi tumori sono infatti molto rari. In particolare, i programmi di screening messi a punto dalle aziende sanitarie regionali si rivolgono alle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni per la diagnosi precoce dei tumori alla cervice uterina, e alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni per la diagnosi precoce dei tumori alla mammella. L'analisi seguente, pur considerando tutte le donne di 25 anni e più, si concentrerà quindi prevalentemente su queste fasce di età.

La seconda parte di questo capitolo è invece dedicata alla salute riproduttiva della donna, in particolare alle tematiche che riguardano le principali fasi del percorso che porta a diventare madri: la gravidanza, il parto e l'allattamento. Grazie alla ricchezza di informazioni raccolte, l'indagine sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari consente di trattare questi temi in modo completo e considerando molteplici aspetti.

Anche in questo capitolo approfondiremo l'eventuale esistenza di fattori economici e sociali che ostacolano la salute delle donne, sia dal punto di vista della prevenzione che dei percorsi verso la maternità.

5.1 La prevenzione dei tumori femminili

5.1.1 *Ricorso al Pap test*

Sulla base dell'indagine sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* del 2005, si stima che in Toscana su un totale di quasi un milione e mezzo di donne che hanno compiuto i 25 anni di età, oltre il 70% ha fatto ricorso almeno una volta nella vita

ad un Pap test in assenza di disturbi o sintomi (Tavola 49), percentuale che aumenta di 10 punti se si considera in particolare la popolazione target per lo screening cervicale (25-64 anni). La Toscana si colloca a livelli superiori rispetto alla media nazionale per il ricorso a questo tipo di controlli: la quota di donne Toscane che effettua controlli in assenza di disturbi è di circa 12 punti percentuali superiore rispetto a quella delle donne italiane, fino ai 44 anni; il divario, pur riducendosi leggermente nelle fasce di età successive, rimane a vantaggio della Toscana. Tale situazione rimane inalterata anche considerando i tassi standardizzati.

Tavola 49 – Donne toscane di 25 anni e oltre che in assenza di sintomi o disturbi si sono sottoposte al pap test, età media al primo pap test e donne che hanno eseguito successivi controlli, per classi di età (valori percentuali)

	ricorso a pap test in assenza di disturbi		altri pap test dopo il primo
	Toscana	Italia	
25-29	57.0	44.5	60.7
30-34	75.9	63.0	85.2
35-44	85.8	73.5	85.1
45-54	87.6	79.9	89.7
55-64	83.6	76.7	86.2
>65	54.9	49.2	73.8
<i>Totale</i>	<i>72.8</i>	<i>64.7</i>	<i>82.0</i>
25-64	81.1	70.9	84.6

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Sulla base delle linee guida nazionali e della letteratura medico-scientifica sul tema, il controllo tramite Pap test dovrebbe iniziare a partire dal compimento del venticinquesimo anno. Tuttavia, tra i 25 e i 29 poco meno del 60% delle donne ha fatto ricorso al Pap test in assenza di disturbi; questa proporzione cresce progressivamente all'aumentare dell'età, fino ad superare l'85% tra i 35 e i 54 anni. Anche tra i 55 e i 64 anni la quota si mantiene elevata, per poi ridursi a poco più della metà per le donne con 65 anni e oltre²⁴.

È opportuno ricordare che il ricorso al Pap test, affinché rappresenti davvero uno strumento di diagnosi precoce e di prevenzione, deve essere ripetuto più volte nel corso della vita, con cadenza triennale in assenza di problemi. Mediamente l'85% delle donne tra 25 e 64 anni ha fatto altri Pap test dopo il primo, e la maggior parte delle donne esegue il controllo entro i termini consigliati: è infatti solo il 13,5% che si sottopone al Pap test con frequenza superiore ai 3 anni, quota che scende sotto il 10% se si considera solo la popolazione femminile fino ai 54 anni (Tavola 50). Tuttavia, ben quasi il 90% delle giovani donne toscane con meno di 30 anni esegue il Pap test con una frequenza superiore a quella raccomandata: il 46,4% almeno una volta l'anno, e un altro 32,7% almeno ogni due anni, e percentuali simili si registrano anche per le donne tra i 30 e i 34 anni. I controlli annuali si fanno un po' meno frequenti nelle fasce di età successive (intorno al 30%), ma rimane comunque elevata la proporzione di donne che eseguono il Pap test con una frequenza superiore rispetto ai termini consigliati dalle linee guida, frequenza che non può essere completamente spiegata dalla presenza di problemi di salute.

²⁴ D'altra parte, va evidenziato che poiché i programmi di screening includono le donne in età compresa tra 25 e 64 anni, oltre tale età il pap test non è più offerto in modo gratuito dalle Aziende Sanitarie Locali.

Una differenza di comportamento tra le donne più giovani (25-29 anni) e le altre, si riscontra anche per quanto riguarda l'iniziativa del Pap test. Nella classe di età 25-29 anni oltre il 40% delle donne dichiara di aver fatto ricorso al Pap test di propria iniziativa, percentuale che si riduce all'aumentare dell'età. Mediamente, in Toscana, un terzo delle donne effettua il Pap test dopo aver ricevuto l'invito di una struttura sanitaria, contro poco meno del 20% registrato a livello nazionale. Questa quota aumenta all'aumentare dell'età, e conferma il ruolo di primo piano svolto dai programmi di screening pubblici nei controlli e nelle diagnosi precoci delle forme tumorali femminili. Il consiglio del medico generico e del medico specialista, risultano importanti rispettivamente nel 15 e nel 20% dei casi.

La maggior parte dei Pap test viene svolta in strutture pubbliche. In particolare oltre i tre quarti delle donne con 35 anni e oltre si rivolge a strutture pubbliche (o private convenzionate), mentre questa quota è leggermente più bassa nelle classi di età 25-29 e 30-34 (rispettivamente 65,3 e 68,8%). Il ricorso a strutture pubbliche in Toscana è leggermente superiore rispetto alla media nazionale (80,4 contro 75,2%), e sono soprattutto le donne maggiormente istruite che tendono a rivolgersi in misura maggiore alle strutture private, in tutte le classi di età, eccetto che tra i 35 e i 44 anni.

Tavola 50 – Donne toscane di 25 anni e oltre per frequenza e iniziativa del pap test, e struttura in cui il pap test è stato eseguito, per classi di età (valori percentuali)

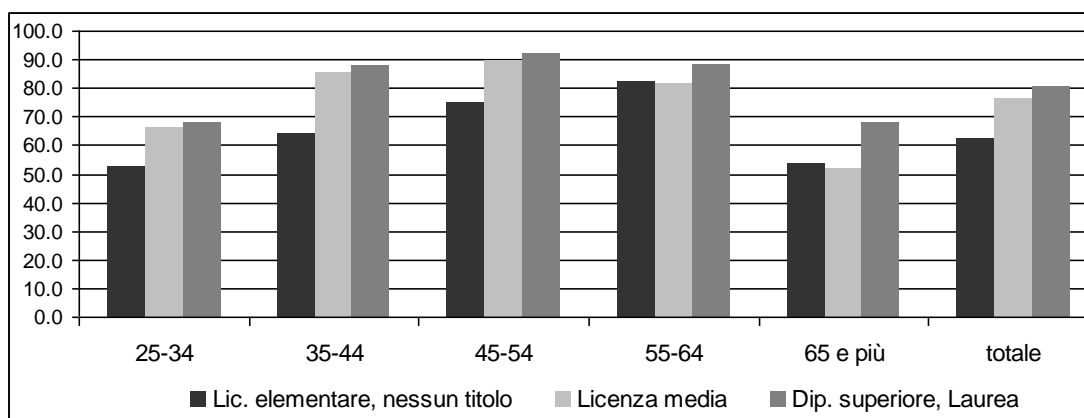
	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	65 e più	Totale
con quale frequenza ha eseguito i controlli successivi:							
almeno una volta l'anno	46.4	42.3	29.9	32.6	23.4	18.9	28.8
ogni due anni	32.7	37.7	40.3	39.3	44.6	37.4	39.7
ogni tre anni	14.0	11.9	20.0	19.0	15.4	20.8	18.0
oltre i tre anni	7.0	8.2	9.8	9.1	16.5	22.9	13.5
totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
il pap test è stato eseguito:							
di propria iniziativa	41.4	33.7	34.6	32.6	26.5	25.2	30.8
su consiglio di un medico generico	11.8	12.1	8.0	9.7	14.5	28.2	15.0
su consiglio di un medico specialista	31.4	29.0	20.2	20.1	13.5	17.9	19.9
su invito di un programma di screening pubblico	15.4	24.7	37.2	37.1	44.9	27.8	33.9
altro	0.0	0.6	0.0	0.6	0.5	1.0	0.5
totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
il pap test è stato eseguito in:							
una struttura pubblica o privata convenzionata	65.3	68.8	77.2	77.0	85.0	90.9	80.4
in una struttura privata	34.7	31.2	22.8	23.0	15.0	9.2	19.6
totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Il livello di istruzione influisce sensibilmente sui comportamenti orientati alla prevenzione, a parità di classi di età. Innanzitutto, l'età media al primo Pap test varia al variare del titolo di studio, anche in funzione di caratteri strutturali: le donne con un titolo di istruzione più alto eseguono il primo Pap test mediamente a 29 anni, contro i 33 anni delle donne con licenza media, e i 43 delle meno istruite. Inoltre, anche la percentuale di ricorso al Pap test in assenza di disturbi è più elevata tra le donne con titolo di studio più alto (Figura 31): mediamente, la percentuale di donne con almeno il diploma che hanno fatto il Pap test in assenza di disturbi è superiore di 18 punti percentuali rispetto a quelle che hanno al massimo la licenza elementare (80,5% contro 62,2), e tale distacco raggiunge il massimo nella classe di età 35-44 anni (87,9% contro

64,2%), mentre si riduce a soli 6 punti tra i 55 e i 64 anni. Le differenze rispetto al titolo di studio si riscontrano anche per quanto riguarda la periodicità dei controlli, seppure in misura meno marcata. Si ricorda però che occorre una particolare cautela nell'interpretare questa associazione, in quanto in questo caso la numerosità all'interno delle celle non è sempre elevata, e il risultato potrebbe essere falsato dalla presenza di donne poco istruite soprattutto nelle classi di età più elevate.

Figura 31 – Donne toscane di 25 anni e oltre che in assenza di sintomi o disturbi si sono sottoposte al pap test, per classi di età e titolo di studio (per 100 donne con le stesse caratteristiche)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

5.1.2 Ricorso alla mammografia

Il secondo tipo di tumore femminile per il quale risulta fondamentale l'attività di screening e di diagnosi precoce per aumentare le possibilità di cura e di guarigione è il tumore al seno. In questo caso le raccomandazioni nazionali e dell'OMS individuano come target di riferimento per lo screening mammografico le donne di 50-69 anni, oltre che le donne di ogni età in caso di familiarità (Ministero della Salute, 2007). L'incidenza del tumore al seno mostra infatti un aumento relativo con il progredire dell'età: esso si presenta raramente sotto i 29 anni, diviene più frequente a partire dai 30 anni, e raggiunge i valori più alti tra i 45 e i 65 anni, spingendo una parte degli studiosi ad attivarsi per abbassare la soglia di età della popolazione obiettivo per lo screening (ad es. U.S. Preventive Services Task Force 2002; Qaseem *et al.*, 2007). Tali sollecitazioni sono state in parte accolte anche dallo stesso Ministero della Salute il quale, nelle proprie raccomandazioni sui programmi di screening afferma che "i programmi regionali dovranno valutare questa possibilità sulla base delle risorse disponibili e a valutazioni di costo-efficacia" (Ministero della Salute, 2007, p. 37).

In media, si stima che quasi la metà delle donne toscane con 25 anni e oltre abbia eseguito almeno una mammografia in assenza di disturbi nella propria vita (Tavola 51), per un totale di circa 724mila donne. La quota di donne che si sono sottoposte a questo controllo è superiore all'80% tra le donne di 50-69 anni, ovvero rientranti nella popolazione target dei programmi di screening. Come nel caso del Pap test, anche per la mammografia le donne toscane sembrano adottare comportamenti preventivi e di

controllo in misura maggiore rispetto alla media nazionale. Inoltre, anche per la mammografia, si tendono a fare controlli successivi dopo il primo.

Tavola 51 – Donne toscane di 25 anni e oltre che in assenza di sintomi o disturbi si sono sottoposte alla mammografia, età media alla prima mammografia e donne che hanno eseguito successivi controlli, per classi di età (valori percentuali)

	ricorso a mammografia		altre mammografie
	Toscana	Italia	
25-44	16.2	20.2	42.1
45-49	60.8	60.1	53.7
50-54	81.4	72.2	74.1
55-59	86.5	74.2	87.9
60-64	80.8	70.9	85.8
65-69	77.0	66.0	82.9
70 e più	49.1	39.2	69.2
Totale	48.7	43.7	71.5

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Coerentemente con quanto previsto dai protocolli nazionali – che suggeriscono un controllo mammografico ogni due anni – il 53% delle donne esegue controlli nei tempi consigliati, soprattutto tra i 50 e i 69 anni, con percentuali che variano dal 48,7 al 68,1 a seconda delle diverse classi di età (Tavola 52). Un altro 22% esegue i controlli almeno una volta l'anno, e solo il 12,2% oltre i tre anni (soprattutto nelle fasce di età più giovani e oltre i 70 anni, che d'altra parte sono quelle meno a rischio).

La mammografia viene eseguita nell'ambito dei programmi di screening pubblici per oltre il 60% delle donne tra i 55 e i 69 anni, e da circa il 50% di quelle tra 55-54 e oltre i 70 anni. A livello italiano queste quote sono rispettivamente il 36,4% e circa il 24%, confermando, ancora una volta, come la regione Toscana si posizioni sopra la media nazionale per diffusione e utilizzazione dei programmi pubblici di prevenzione. Al contrario, le donne più giovani fanno ricorso alla mammografia prevalentemente di propria iniziativa (il 30,9 tra 25 e 44 anni e il 38,9% tra 45 e 49) o su consiglio di un medico specialista (con quote rispettivamente del 29,6% e 22,5% per le due fasce di età). Questi dati si rispecchiano anche nella struttura a cui ci si rivolge per effettuare la mammografia: le strutture private sono scelte dal 10,5% delle donne fino a 44 anni, che infatti non rientrano nel target delle linee guida e per le quali non è previsto l'esame gratuito, mentre nelle altre classi di età la quasi totalità delle donne fa riferimento a strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate.

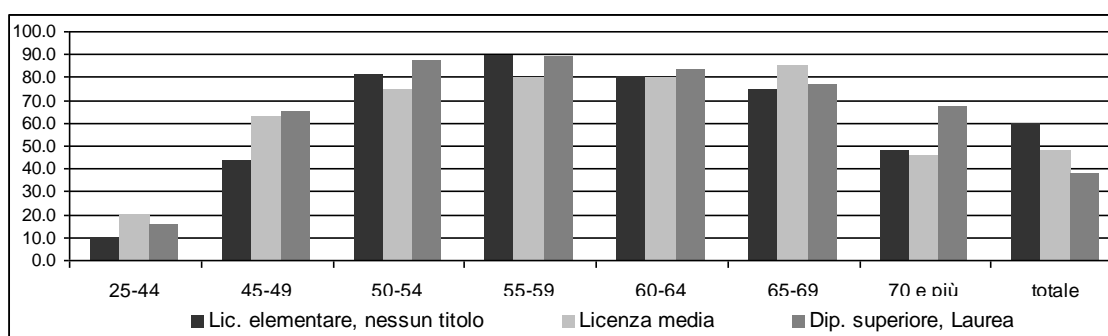
L'età media della prima mammografia è più alta tra le donne con un titolo di istruzione basso: dai 50 anni per le donne che hanno al massimo la licenza elementare, si scende a 44 per quelle con la licenza media, a 43 per le diplomate e le laureate. Inoltre, fino ai 49 anni, le donne con livelli di istruzione più alti tendono a fare controlli in misura maggiore rispetto alle coetanee meno istruite (Figura 32). Tuttavia, a partire dai 50 anni – età in cui iniziano i programmi di prevenzione in questo ambito – inizia ad aumentare anche la quota di donne con licenza elementare che ha eseguito almeno una mammografia, e le differenze dovute al titolo di studio si attenuano. L'analisi descrittiva mostra inoltre, a livello complessivo, una frequenza dei controlli leggermente più alta tra le donne con un titolo di istruzione medio-alto.

Tavola 52 – Donne toscane di 25 anni e oltre per frequenza e iniziativa della mammografia, e struttura in cui la mammografia è stata eseguita, per classi di età (valori percentuali)

	25-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 e più	Totale
con quale frequenza ha eseguito i controlli successivi:								
almeno una volta l'anno	40.6	39.4	27.5	19.0	13.4	16.6	19.2	22.2
ogni due anni	36.3	37.2	48.7	59.9	68.1	60.3	46.4	53.0
ogni tre anni	11.4	12.0	10.5	12.5	7.1	15.9	15.9	12.6
oltre i tre anni	11.8	11.4	13.3	8.7	11.5	7.3	18.4	12.2
totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
la mammografia è stata eseguita:								
di propria iniziativa	30.9	38.9	20.8	12.8	16.5	12.5	13.0	19.3
su consiglio di un medico generico	22.7	12.1	11.0	16.0	11.0	12.1	26.8	17.2
su consiglio di un medico specialista	29.6	22.5	14.8	8.5	9.1	6.8	10.0	13.6
su invito di un programma di screening pubblico	16.8	26.5	53.4	62.3	63.1	68.7	49.9	49.7
altro	0.0	0.0	0.0	0.5	0.4	0.0	0.3	0.2
totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
la mammografia è stata eseguita in:								
una struttura pubblica o privata convenzionata	89.5	93.9	93.9	96.8	96.6	98.0	98.7	95.8
in una struttura privata	10.5	6.1	6.1	3.2	3.4	2.0	1.3	4.2
totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Figura 32 – Donne toscane di 25 anni e oltre che in assenza di sintomi o disturbi si sono sottoposte alla mammografia, per classi di età e titolo di studio (valori percentuali)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

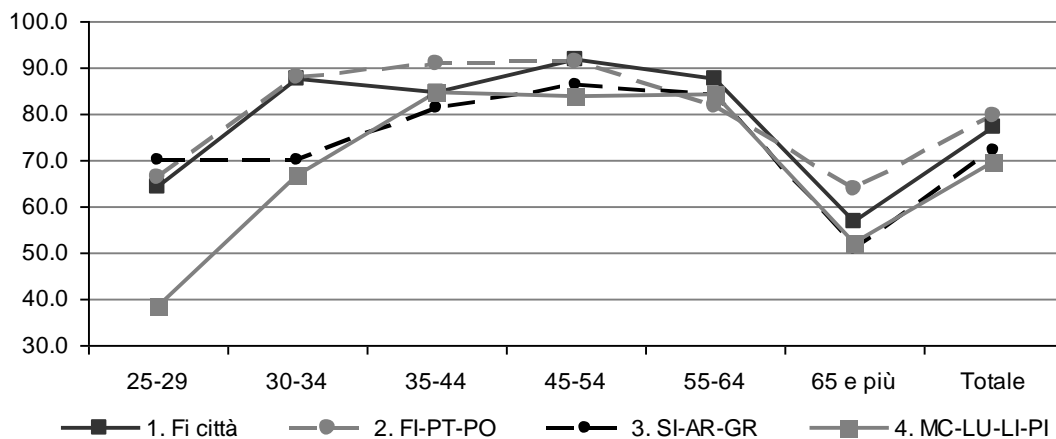
5.2 I programmi di screening in Toscana: differenze tra le aree vaste

Dal paragrafo precedente è emerso come la regione Toscana si distingua, rispetto alla media italiana, per una più elevata partecipazione delle donne ai programmi regionali di screening preventivo riguardanti i tumori femminili. Possiamo però chiederci se esistano differenze intra-regionali o se per quanto riguarda i programmi pubblici di prevenzione le diverse aree toscane rappresentino un insieme omogeneo.

Come messo in evidenza dalle Figure 33 e 34, la Toscana risulta essere una regione eterogenea anche per i due programmi di screening considerati: per entrambi i tipi di controlli l'area di Firenze città, insieme alle province di Firenze, Pistoia e Prato raggiungono mediamente quote elevate di donne che effettuano controlli in assenza di disturbi, pur con qualche differenza tra le classi di età e i due tipi di controlli. Effettuano Pap-test in assenza di disturbi in misura decisamente inferiore alle altre aree vaste le donne 25-29enni delle province di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa (differenziale di circa 30 punti percentuali); questa quota rimane inferiore alla media anche nella

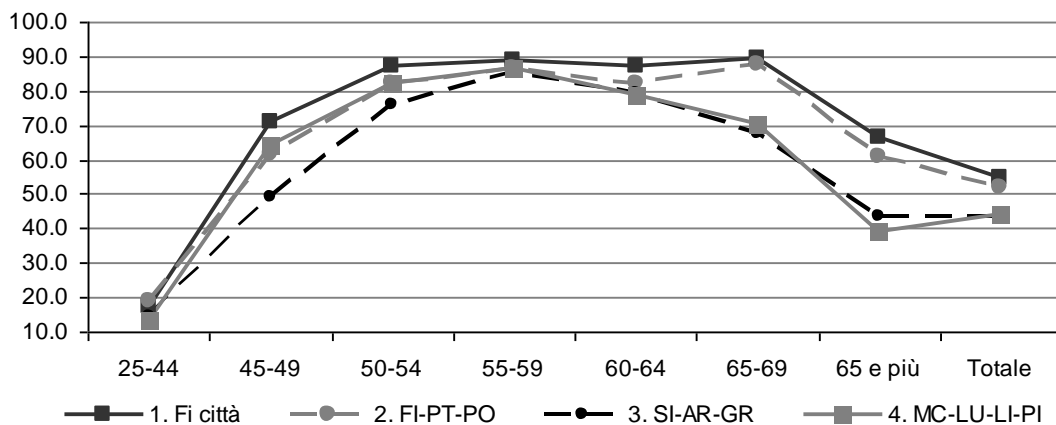
fascia di età successiva (30-34) e in questo caso a queste province si affiancano anche quelle di Siena, Arezzo e Grosseto (con un distacco di circa 20 punti, circa 10 sotto la media regionale). A partire dai 35 anni, le differenze si attenuano, seppure i valori di queste ultime due aree rimangano leggermente più bassi. Ricordando che, sulla base delle politiche di prevenzione, i controlli dovrebbero iniziare al venticinquesimo anno di età, sembra di poter concludere che occorrerebbe concentrare parte degli sforzi per la riduzione di questo differenziale intra-regionale in queste due fasce di età.

Figura 33 – Donne toscane di 25 anni e oltre che in assenza di sintomi o disturbi si sono sottoposte al pap test, per classi di età e area geografica di residenza (valori percentuali)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Figura 34– Donne toscane di 25 anni e oltre che in assenza di sintomi o disturbi si sono sottoposte al pap test, per classi di età e area geografica di residenza (valori percentuali)



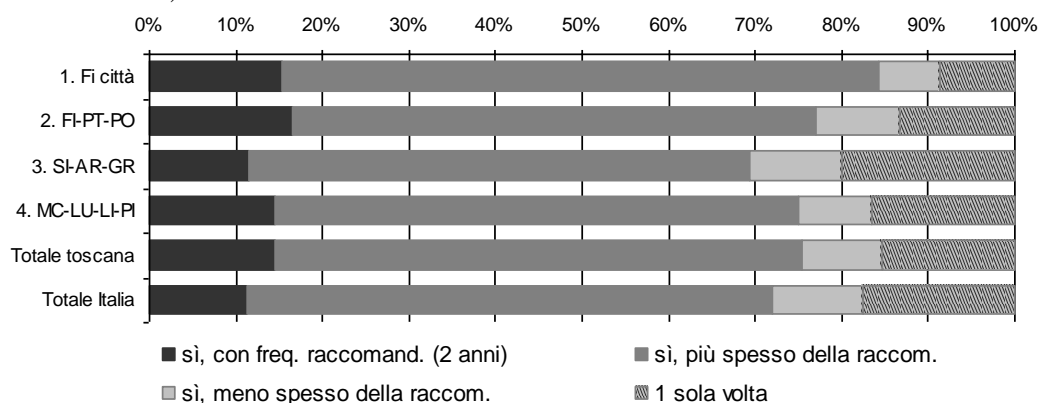
Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Per i controlli mammografici le differenze in Toscana sono meno marcate (Figura 34), ma ancora significative. In questo caso sono le donne nelle classi di età 45-49 e dopo i 65, delle province di Siena, Arezzo e Grosseto e di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa che si sottopongono a controlli in misura inferiore (di circa 10 punti percentuali) alla media. D'altra parte, si osserva che nelle classi di età centrali, (50-64)

ovvero quelle più interessate da queste problematiche in quanto maggiormente a rischio, le differenze intra-regionali in realtà si riducono in modo importante.

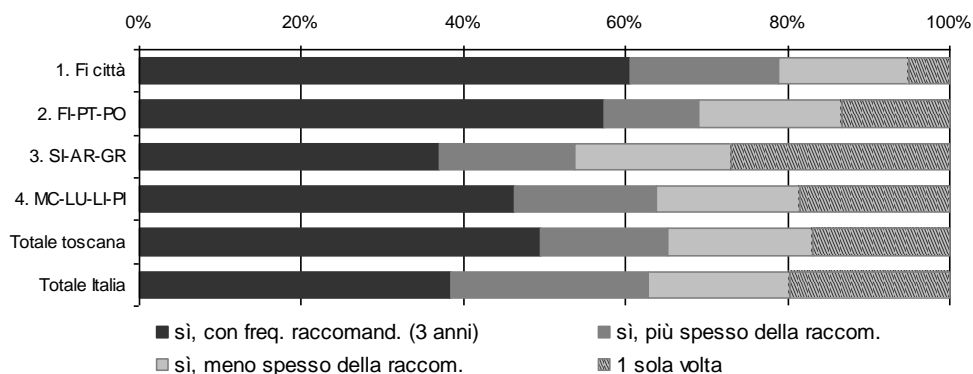
Se da un lato è importante l'adesione ai programmi di screening dedicati alla prevenzione, è anche vero che una eccessiva frequenza dei controlli, più elevata di quella suggerita dai protocolli nazionali, rischia di portare ad un sovra utilizzo delle strutture e ad uno spreco delle risorse, senza apportare nessuna utilità in termini di salute all'utente. Se valutiamo la frequenza del ricorso ai controlli preventivi nelle aree vaste toscane, osserviamo che sia con riferimento al pap-test che alla mammografia, le donne toscane effettuano i controlli seguendo la frequenza raccomandata in misura superiore rispetto alla media nazionale, dato rilevante soprattutto per quanto riguarda la mammografia. Nel caso del pap-test (Figura 35) l'area di Firenze città, che era una di quelle più attive nella prevenzione, è anche quella in cui si eccede maggiormente nella frequenza dei controlli, mentre per la mammografia tutte le aree vaste seguono mediamente le raccomandazioni di screening, e l'area più "virtuosa" (Figura 36) è quella rappresentata dalle province di Firenze, Pistoia e Prato.

Figura 35 – Donne toscane e italiane tra 25 e 64 anni che in assenza di sintomi o disturbi si sono sottoposte al pap test, per frequenza del controllo e area geografica di residenza (tassi standardizzati, valori percentuali calcolati considerando solo chi ha effettuato almeno una volta il controllo)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Figura 36 – Donne toscane e italiane tra 50 e 69 anni che in assenza di sintomi o disturbi si sono sottoposte alla mammografia, per frequenza del controllo e area geografica di residenza (tassi standardizzati, valori percentuali calcolati considerando solo chi ha effettuato almeno una volta il controllo)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

5.3 Il percorso verso la maternità in Toscana

In questa sezione descriveremo le caratteristiche del percorso che porta verso la maternità: il nostro obiettivo è fare il punto sulla situazione della donna in gravidanza, durante il parto e dopo il parto con riferimento all'assistenza prenatale, all'utilizzo dei servizi sanitari, e al supporto offerto alla donna durante queste fasi.

L'indagine Istat sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* del 2005 ha raccolto informazioni riguardo questi temi con riferimento all'ultimo figlio (nato vivo) che le donne hanno avuto nei cinque anni precedenti la rilevazione. Nel caso della Toscana, quindi, la popolazione di riferimento è rappresentata da 156.058 donne²⁵. Le classi di età in cui vengono suddivise le donne nell'analisi seguente si riferiscono all'età che la donna aveva al momento del parto (Tavola 53).

Tavola 53 – Donne toscane che hanno partorito l'ultimo figlio nei 5 anni precedenti la rilevazione per classi di età al momento del parto (valori assoluti e percentuali)

	v.a.	v. %
24 o meno	13759	8.8
25-29	37503	24.0
30-34	64888	41.6
35 e più	39907	25.6
Totale	156058	100.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

5.3.1 Gravidanza

Se per valutare l'assistenza durante la gravidanza consideriamo la conoscenza delle tecniche di diagnosi prenatali e il fatto di essersi sottoposte a visite ed accertamenti durante i primi mesi della gestazione (Istat 2006b), dai dati analizzati emerge che le donne toscane usufruiscono di un buon livello di assistenza.

Il 90% circa delle donne che ha avuto un figlio negli ultimi 5 anni era stata informata dell'esistenza delle diverse tecniche di diagnosi prenatale (Tavola 54). La quota di donne che non conosce la possibilità di effettuare esami che permettono di sapere di eventuali malattie del feto prima della nascita è leggermente superiore per le madri più giovani (14,9%) e tende a diminuire per i bassi livelli di istruzione, sebbene la scarsa numerosità delle donne con licenza elementare o nessun titolo di studio non consente di avere stime significative per questo livello. Il 93% delle donne qui considerate si è sottoposta ad almeno un esame diagnostico nel corso della gravidanza. La proporzione di donne che non fa esami è leggermente più bassa alle età inferiori, mentre non vi sono differenze di rilievo sulla base del titolo di studio posseduto.

La frequenza delle diagnosi prenatali effettuate varia in misura rilevante a seconda del tipo di esame che si considera. L'esame diagnostico eseguito più di rado è la

²⁵ Dobbiamo qui sottolineare che le analisi presentate in questo paragrafo sono state effettuate tenendo ben presente il limite che in questi casi impone la numerosità campionaria. Il dato ponderato ai fini del riporto all'universo non deve far tuttavia dimenticare che le donne toscane intervistate che hanno avuto un figlio negli ultimi 5 anni sono 301. Di conseguenza, anche se sarebbe stato interessante dal punto di vista conoscitivo e di policy capire l'esistenza o meno di diversi comportamenti nei confronti dei servizi alla maternità delle donne immigrate rispetto alle donne italiane, l'esiguità dei gruppi di riferimento ha impedito un'analisi differenziale (il numero delle intervistate di nazionalità straniera con un figlio nato negli ultimi 5 anni è infatti 32).

villocentesi (a cui si sottopone solo il 5,4% delle donne) seguito dal dosaggio alfa fetale e dal tritest (con quote rispettivamente del 28,4 e del 34,6%). Per questi due esami tuttavia, circa 15 donne su 100 dichiarano di non sapere se sia stato fatto. L'ecografia morfo-fetale è eseguita dai tre quarti delle donne, e l'amniocentesi dal 41,7% (in particolare per le donne che hanno partorito oltre i 35 anni si arriva al 61%).

Tavola 54 – Donne toscane che hanno partorito l'ultimo figlio nei 5 anni precedenti l'indagine per indicatori di assistenza in gravidanza e classi di età e titolo di studio (valori percentuali)

	29 o meno	30-34	35 o più	Lic. elem., nessun tit.	Licenza media	Dip. Sup., Laurea	Totale
conoscenza diagnosi prenatali							
no	14.9	8.5	6.4	49.8	10.1	7.3	10.1
sì	85.1	91.5	93.6	50.3	89.9	92.7	89.9
<i>totale</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>
diagnosi prenatali effettuate							
nessuna diagnosi	10.3	6.1	4.4	7.2	6.2	7.4	7.0
almeno 1 diagnosi	89.8	93.9	95.6	92.8	93.8	92.6	93.0
<i>totale</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Come raccomandato dai protocolli, la maggior parte delle donne si è sottoposta nei primi tre mesi della gestazione alla prima visita (94,8%) e alla prima ecografia (90,9%) (Tavola 55). I controlli prenatali tardivi sono associati all'età (in particolare per le madri sotto i 29 anni) e all'istruzione: per le donne con un titolo di studio basso la prima ecografia viene effettuata entro il terzo mese di gravidanza solo nel 38,3% dei casi. Inoltre, il 36% delle donne che hanno al massimo la licenza elementare ha eseguito gli esami del sangue una sola volta durante i 9 mesi della gravidanza, mentre circa il 90% delle donne più istruite li ha fatti almeno 4 volte. Infine, l'associazione negativa tra livello di istruzione e assistenza alla gravidanza è messa in luce anche dal numero di accertamenti a cui la donna si è sottoposta durante la gravidanza: mediamente le donne maggiormente istruite si sottopongono a 6,6 visite e a 4,4 ecografie, contro valori medi rispettivamente pari a 4,5 e 3 per le donne con un livello di istruzione più basso.

Occorre ricordare che le linee guida raccomandano un massimo di tre ecografie in caso di gravidanze non complicate da problematiche gravi. Poiché l'elevato numero di visite e di accertamenti non può essere interamente spiegato dal numero di gravidanze a rischio e dalle gravidanze con disturbi gravi²⁶ – che in Toscana hanno riguardato il 23,9% dei parti avvenuti tra il 2000 e il 2005 – questi dati evidenziano pertanto un sovrutilizzo delle prestazioni diagnostiche, peraltro osservato anche a livello nazionale (Sabbadini 2001). Infatti, se da un lato il numero medio di accertamenti fatti dalle donne che hanno avuto problemi gravi in gravidanza è stato piuttosto alto (il 79,2% ha fatto 7 o più visite e il 37,2 ha fatto 7 o più ecografie, grafici a. e b. della Figura 37), dall'altro anche la percentuale di donne che ha superato abbondantemente il numero consigliato di ecografie pur avendo una gravidanza senza alcun disturbo è stato solo di poco inferiore alla media (28,8%, contro una media del 32,6%).

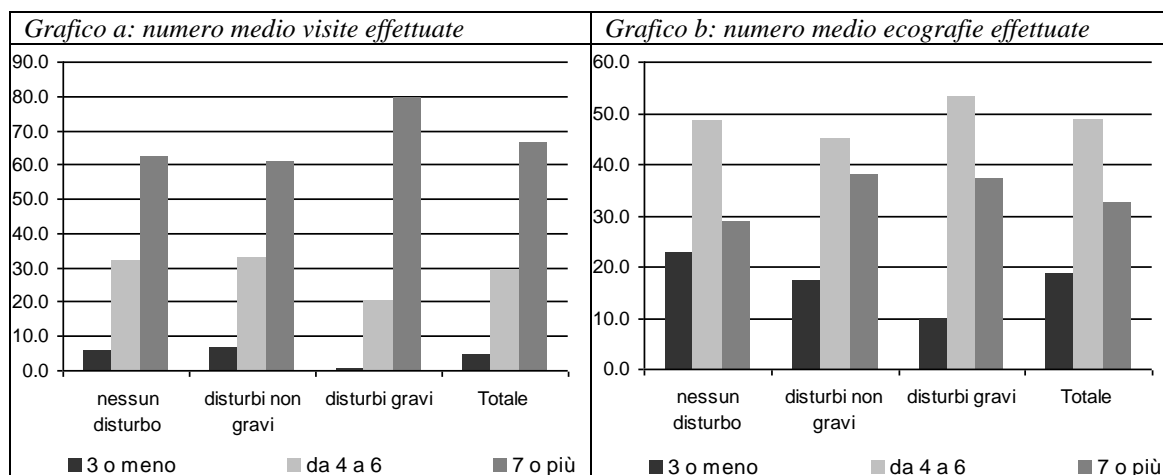
²⁶ Si considerano come disturbi gravi in gravidanza la minaccia di parto pretermine, la minaccia di aborto, il diabete, l'ipertensione e la gestosi.

Tavola 55 – Donne toscane che hanno partorito l'ultimo figlio nei 5 anni precedenti l'indagine per indicatori di assistenza in gravidanza e classi di età e titolo di (valori percentuali)

	29 o meno	30-34	35 o più	Lic. elem., nessun tit.	Licenza media	Dip. Sup., Laurea	Totale
prima visita							
entro 3°	91.9	96.5	95.6	84.5	93.6	96.1	94.8
oltre 3°	8.1	3.5	4.5	15.5	6.4	3.9	5.2
totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
prima ecografia							
entro 3°	87.3	92.3	93.0	38.3	93.9	92.9	90.9
oltre 3°	12.7	7.7	7.0	61.7	6.1	7.1	9.2
totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
frequenza analisi del sangue							
1 volta	1.5	2.6	6.0	36.2	0.8	2.0	3.1
2 volte	7.6	3.3	0.6	15.5	5.4	2.5	4.0
3 volte	1.1	5.6	8.8	0.0	5.6	4.9	4.9
4 o + volte	89.8	88.5	84.6	48.3	88.2	90.6	87.9
totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Numero medio di visite/ecografie effettuate durante la gravidanza							
visite	6.7	6.2	6.8	4.5	6.6	6.6	6.5
ecografie	5.3	4.3	4.5	3.0	5.2	4.4	4.6

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Figura 37 – Numero medio di visite e di ecografie effettuate dalle donne toscane che hanno partorito l'ultimo figlio nei 5 anni precedenti l'indagine, per presenza di disturbi durante la gravidanza (valori percentuali)



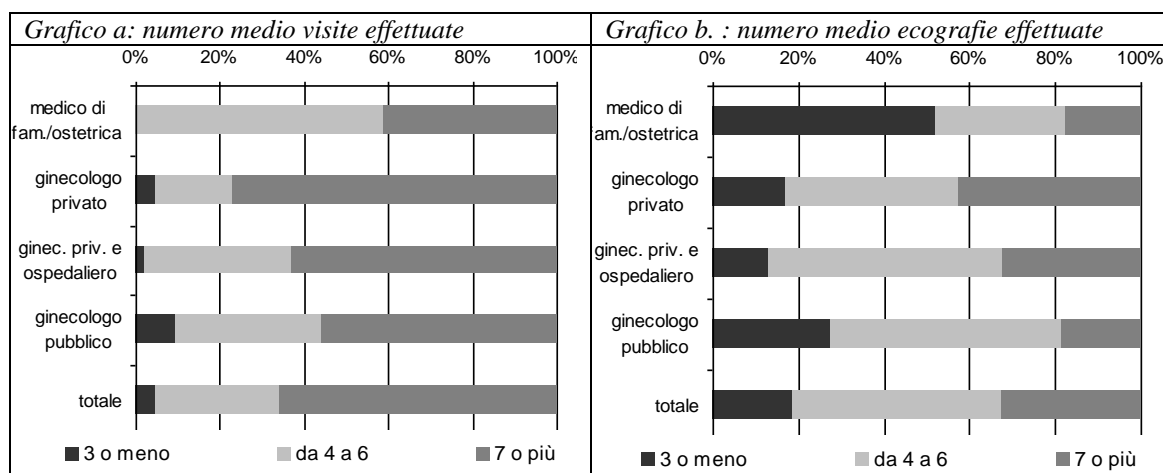
Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

In particolare, si osserva che la raccomandazione di tre ecografie è rispettata soprattutto dalle donne seguite in gravidanza da un ginecologo pubblico²⁷ (27,4%, grafico b. della Figura 38), e in misura minore dalle donne seguite da un ginecologo che lavora solo privatamente o anche in ospedale (17,1 e 13,1% rispettivamente). Al contrario, queste ultime fanno da 4 a 6 ecografie nel 54% dei casi, e più del 40% delle donne seguite da un ginecologo privato ne fa 7 o più durante i 9 mesi della gravidanza.

²⁷ I dati riferiti alle donne che durante la gravidanza sono state seguite dal proprio medico di famiglia non è affidabile data la scarsa numerosità di questo gruppo.

Allo stesso modo, un massimo di tre visite sono state fatte in misura superiore alla media dalle future madri seguite da un ginecologo pubblico (9,6% contro il 4,6%), mentre sono le donne seguite da un ginecologo privato ad aver fatto 7 o più in misura maggiore (77,0%), (grafico a. della Figura 38).

Figura 38 – Numero medio di visite e di ecografie effettuate dalle donne toscane che hanno partorito l'ultimo figlio nei 5 anni precedenti l'indagine, per figura professionale che ha assistito la donna durante la gravidanza (valori percentuali)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Come detto ben i due terzi delle donne (10 punti percentuali più della media nazionale) ha fatto un numero elevato di visite (7 o più) durante la gravidanza e la quota è ancora leggermente più alta nella città di Firenze e nelle province di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa (Tavola 56). Per quanto riguarda le ecografie, la differenza tra Toscana e Italia è meno rilevante, anche se vi sono differenze intra-regionali: in questo caso un terzo delle donne fiorentine ne fa da 1 a 3, mentre è nelle aree di Siena, Arezzo e Grosseto, e Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa che si registrano le proporzioni più alte di coloro che ne fanno un numero maggiore di quelle consigliate (7 o più).

Continuando nel confronto tra le aree vaste toscane, vediamo sempre dalla Tavola 56 che la figura scelta dalle donne per essere seguite durante la gravidanza cambia in modo rilevante nel territorio: mentre a Firenze città è il ginecologo privato che viene scelto con frequenza maggiore che nel resto della regione e del Paese (poco più del 50% contro rispettivamente 36 e 38%), una quota importante è rappresentata anche dal ginecologo pubblico a Siena, Arezzo e Grosseto (32%, circa 10 punti più della media). I valori delle altre aree sono sostanzialmente in linea con la media nazionale e regionale.

Le future mamme che durante la gravidanza si rivolgono prevalentemente a un consultorio pubblico sono presenti in misura leggermente più alta a Firenze e nelle province limitrofe di Pistoia e Prato.

Infine, per quanto riguarda la presenza di disturbi durante la gravidanza, se la media Toscana è coerente con quella italiana (rispettivamente il 43 e il 45% delle donne che ha partorito negli ultimi 5 anni ne ha sofferto), questo valore medio è dato da valori più alti per la città di Firenze e per le province di Siena, Arezzo e Grosseto (poco più del 50%), e da valori più bassi per le province di Firenze, Pistoia e Prato (41%) e soprattutto Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa (38%).

Tavola 56 – Donne toscane e italiane che hanno partorito l'ultimo figlio nei 5 anni precedenti l'indagine per indicatori di assistenza in gravidanza e area geografica di residenza (valori percentuali)

	1. Fi città	2. FI-PT-PO	3. SI-AR-GR	4. MC-LU-LI-PI	Totale Toscana	Totale Italia
numero visite						
1-3 visite	6.2	3.5	7.8	3.6	4.6	7.2
4-6 visite	24.6	30.3	33.7	27.1	29.3	36.2
7 o più visite	69.2	66.3	58.5	69.3	66.1	56.6
numero ecografie						
1-3 ecografie	33.7	26.5	11.0	11.4	18.6	21.5
4-6 ecografie	53.1	47.9	46.0	50.3	48.8	49.6
7 o più ecografie	13.2	25.7	43.0	38.3	32.6	28.9
medico che ha seguito la gravidanza						
medico di famiglia/ostetrica	2.0	4.1	1.6	1.2	2.3	2.4
ginecologo privato	52.5	40.3	25.8	34.2	36.3	38.3
ginecologo priv. che lavora an	21.6	40.9	40.8	41.7	39.5	40.2
ginecologo pubblico	23.9	14.8	31.8	23.0	21.9	19.1
assistita prevalent. da consultorio pubblico						
no	74.9	73.6	81.3	79.5	77.4	84.0
sì	25.2	26.4	18.7	20.5	22.6	16.0
presenza disturbi in gravidanza						
no	46.4	58.3	48.1	62.0	56.6	54.7
sì	53.6	41.7	51.9	38.1	43.4	45.3

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Per gli esami eseguiti durante la gravidanza mediamente 8 volte su 10 in Toscana ci si rivolge a strutture pubbliche o private convenzionate. A preferire le strutture private sono tendenzialmente le donne sotto i 29 anni (23,5%) e le donne con licenza media (22,6%) (Tavola 57).

Tavola 57 – Donne toscane che hanno partorito l'ultimo figlio nei 5 anni precedenti l'indagine per tipo di struttura in cui sono stati fatti gli accertamenti e figura professionale che ha seguito la gravidanza, per classi di età al parto e titolo di studio (valori percentuali)

	29 o meno	30-34	35 o più	Lic. elem., nessun tit.	Licenza media	Dip. Sup., Laurea	Totale
Per gli esami eseguiti è ricorso più frequentemente a:							
struttura pubblica	76.5	81.3	88.2	85.9	77.4	83.5	81.6
struttura privata	23.5	18.8	11.8	14.1	22.6	16.5	18.4
totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Da chi è stata seguita prevalentemente durante la gravidanza?							
medico di fam./ostetrica	6.6	0.0	0.7	15.5	3.5	0.8	2.3
ginecologo privato	36.6	35.1	37.7	42.8	36.4	35.8	36.3
ginec. priv. (anche osp.)	32.5	43.7	41.7	10.9	41.0	40.7	39.5
ginecologo pubblico	24.3	21.2	20.0	30.8	19.2	22.7	21.9
totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
È stata assistita prevalentemente presso un consultorio?							
no	72.5	78.9	81.1	56.4	69.9	82.9	77.4
sì	27.5	21.1	18.9	43.6	30.1	17.1	22.6
totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Le partorienti più giovani tendono anche a farsi seguire durante la gravidanza da un ginecologo pubblico in misura maggiore delle altre (24,3% contro il 21% circa), mentre le donne che partoriscono a 30 anni e oltre preferiscono rivolgersi ad un ginecologo privato, inclusi quelli che lavorano anche in ospedale. Il profilo della donna assistita prevalentemente presso un consultorio vede una prevalenza di donne appartenenti alle classi di età più giovani e poco istruite (con quote rispettivamente del 27,5 e 43,6%), situazione che forse si può anche ipotizzare essere legate alla presenza di donne immigrate.

5.3.2 *Preparazione al parto e parto*

Il parto rappresenta un momento molto delicato e importante per la donna, da un punto di vista sia fisico che psicologico. Per prepararsi a questa fase e ridurre al minimo eventuali complicazioni, sempre più spesso le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, offrono alle future madri la possibilità di seguire corsi pre-parto. Tuttavia, delle donne che hanno avuto un figlio nei 5 anni precedenti l'indagine Istat, oltre la metà (55,6) ha dichiarato di non aver frequentato un corso pre-parto in occasione della gravidanza. Questa percentuale si abbassa però al 46,6% se si considera che il 9% delle donne intervistate avevano già fatto un corso pre-parto in occasione di una precedente gravidanza (Tavola 58). I corsi sono frequentati più spesso dalle donne diplomate o laureate (60,4%) o con licenza media (45,9%), molto meno da chi ha la licenza elementare (13,2%).

Tavola 58 – Donne toscane che hanno partorito l'ultimo figlio nei 5 anni precedenti l'indagine per partecipazione a un corso pre-parto, classi età e titolo di studio (valori percentuali)

	<29	30-34	>35	Lic. elem., nessun tit.	Licenza media	Dip. Sup., Laurea	Totale
partecipazione a corso pre-parto							
no	56.0	38.9	46.8	86.9	54.1	39.6	46.6
durante precedente gravidanza	1.2	13.5	12.0	0.0	7.3	10.6	9.0
sì, in ospedale	21.0	24.3	18.9	6.0	18.0	25.0	21.8
sì, al consultorio	18.8	19.5	17.9	0.0	18.5	20.4	18.9
sì, in struttura privata	3.1	3.9	4.4	7.2	2.1	4.4	3.7
totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Dalla Tavola 59 emerge che in Toscana il corso pre-parto viene seguito più spesso rispetto alla media italiana. In particolare, fanno più spesso il corso pre-parto le donne fiorentine (65%) e quelle residenti nelle province di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa (58%), mentre quasi il 60% di quelle residenti nelle province di Siena, Arezzo e Grosseto non l'ha seguito.

Tra le ragioni indicate per la mancata partecipazione al corso pre-parto, un quarto delle donne dice di non ritenerlo utile, mentre un altro 23% dichiara che non ne aveva il tempo. Per il 9,3% delle donne il corso non era di interesse, essendo previsto un parto cesareo, mentre per poco meno del 10% è stata l'indisponibilità di una struttura vicino casa la causa principale della mancata partecipazione.

Poco più della metà delle donne che ha seguito il corso (il 53%) non è stata accompagnata dal partner, mentre per il 35% delle donne il padre del bambino ha partecipato al corso pre parto almeno qualche volta (solo l'11% più volte). Il padre del

bambino è stato presente anche nel momento del parto quasi 7 volte su 10, quota leggermente superiore al dato medio nazionale. In oltre la metà dei casi in cui la futura madre era sola al momento del parto, la ragione era dovuta al fatto che la struttura sanitaria non permetteva la vicinanza e la presenza di parenti o amici, a differenza di quanto invece raccomandato sia nelle linee guida dell'OMS che in quelle nazionali.

Tavola 59 – Donne toscane e italiane che hanno partorito l'ultimo figlio nei 5 anni precedenti l'indagine per partecipazione a un corso pre-parto e area geografica di residenza (valori percentuali)

	1. Fi città	2. FI-PT- PO	3. SI-AR- GR	4. MC-LU- LI-PI	Totale Toscana	Totale Italia
Partecipazione a corso pre parto						
no	34.4	47.1	59.7	41.8	46.6	55.6
sì, per gravidanza attuale	55.2	43.2	32.3	49.6	44.4	31.0
sì, per precedente gravidanza	10.4	9.7	8.1	8.6	9.0	13.4

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Passiamo ora a considerare il parto e le sue caratteristiche. La maggior parte dei 156mila parti stimati in Toscana dal 2000 al 2005 è avvenuta all'ultimo mese di gestazione, mentre il 12,2% all'ottavo, e il 2,8% al settimo mese. La quasi totalità delle donne toscane, il 98,5%, ha partorito in una struttura pubblica o in una privata accreditata, in linea con gli altri dati relativi alla preferenza accordata ai servizi pubblici in tutte le fasi della gravidanza.

Sulla base dei dati dell'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* si stima che oltre un quarto dei parti presi in considerazione sia avvenuto con il cesareo, con una leggera prevalenza dei parti cesarei programmati (Tavola 60). Se si ricorda che sulla base delle raccomandazioni dell'OMS (WHO, 1985) i parti cesarei non dovrebbero superare il 15%, è chiaro come il livello della Toscana si distacchi notevolmente da esso, evidenziando pertanto una eccessiva medicalizzazione del parto. In ogni caso, la percentuale di parti cesarei della Toscana rimane inferiore a quella media nazionale – la quota di parti cesarei programmati arriva infatti in Italia al 21,7%, a cui si aggiunge un altro 13,3% di cesarei non programmati – e si colloca appena al di sopra rispetto alla media Europea (23,7% al 2002, Istat 2006b)

Come mostrato ancora nella Tavola 60, la quota di parti cesarei è piuttosto alta soprattutto per le donne che hanno partorito a 35 anni e oltre (41,8%), ma anche per le donne tra i 30 e i 34 anni si attesta al 26,5% superando di più di 10 punti la proporzione consigliata. Le donne poco istruite ricorrono al parto cesareo programmato nel 33,8% dei casi, contro il 9,2% delle donne con licenza media e il 16,1% delle donne con il diploma superiore o la laurea.

Il 63,4% dei parti che avvengono nelle strutture private sono eseguiti con parto cesareo programmato, oltre il doppio di quanto avviene nelle strutture pubbliche toscane, dove il parto avviene con metodo naturale in oltre il 70% dei casi.

Il fatto di avere disturbi gravi durante la gravidanza rappresenta uno dei motivi che spingono a optare per un parto non spontaneo, anche se non spiega questo ampio ricorso al parto cesareo: il 35,9% delle donne che ha avuto disturbi gravi durante la gravidanza ha infatti partorito con il cesareo. In particolare il 19,5% l'aveva programmato in precedenza, mentre per il 16,4% la decisione è stata presa al momento del parto.

Infine, sembra che la partecipazione ai corsi pre-parto sia in qualche modo associata al parto di tipo spontaneo: il 77,1% delle donne che ha frequentato un corso pre-parto (anche in occasione di gravidanze precedenti) ha avuto un parto naturale, quota che si riduce di più di 11 punti per le donne che non vi hanno preso parte; con la partecipazione ai corsi pre-parto è soprattutto la quota di parti cesarei programmati a ridursi drasticamente, mentre quella di cesarei non programmati rimane nella media. È quindi plausibile ipotizzare che la partecipazione ai corsi pre-parto offra alle donne non solo maggiori informazioni e conoscenze sulle possibilità di scelta esistenti nella fase del parto, ma anche una migliore capacità di discuterne consapevolmente con i medici e prendere parte alla decisione (Sabbadini 2001).

Tavola 60 – Donne toscane che hanno partorito l'ultimo figlio nei 5 anni precedenti l'indagine per tipo di parto, classi di età al parto e titolo di studio (valori percentuali)

	spontaneo	cesareo programmato	cesareo non programmato	forcipe o ventosa
classi di età				
29 o meno	84.1	1.2	13.4	1.2
30-34	72.0	15.7	10.8	1.5
35 o più	55.6	29.6	12.2	2.6
titolo di studio				
licenza elementare, nessun titolo	55.3	33.8	10.9	0.0
Licenza media	75.9	9.2	12.9	2.0
Diploma superiore, laurea	70.7	16.1	11.6	1.6
struttura in cui è avvenuto il parto				
strutt. pubblica	72.3	13.8	12.2	1.7
strutt. privata	36.1	63.9	0.0	0.0
presenza disturbi durante la gravidanza				
nessun disturbo	75.6	13.0	9.9	1.5
disturbi non gravi	72.3	12.9	12.8	2.1
disturbi gravi	62.4	19.5	16.4	1.7
partecipazione a un corso preparto				
no	65.76	22.36	10.8	1.1
sì	77.06	7.65	13.08	2.2
Totale	71.8	14.5	12.0	1.7

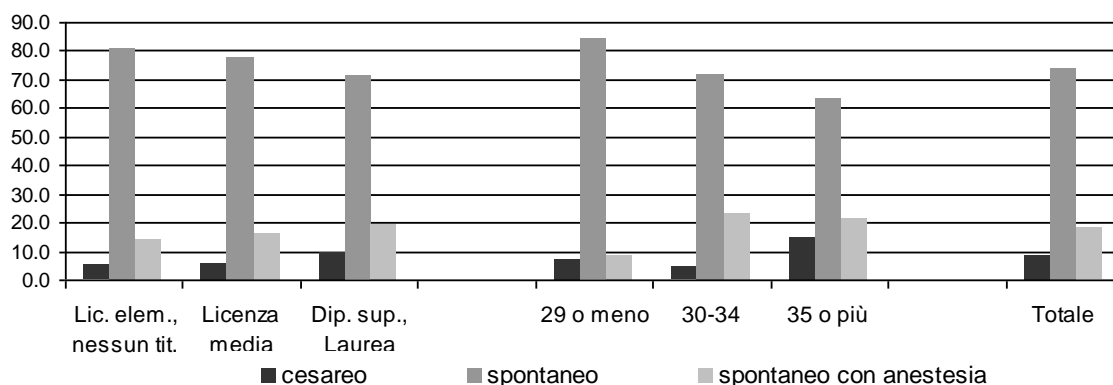
Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

In linea generale, le donne sembrerebbero maggiormente orientate verso soluzioni in linea con il parto naturale. Se, infatti, come visto, il 26,5% dei parti è avvenuto con il cesareo, mediamente il 74% delle donne dichiara che avrebbe optato per un parto spontaneo se avesse potesse scegliere, a cui si aggiunge un altro 18% che desidererebbe un parto naturale anche se con anestesia (Figura 39). Il profilo di chi preferisce il parto cesareo è quello della donna con istruzione elevata e di 35 anni e oltre (percentuali pari rispettivamente a 9,6 e 14,8%), mentre la preferenza al parto spontaneo è data dall'84,4% delle giovani madri (con età inferiore a 29 anni). Il parto spontaneo con anestesia vede una prevalenza tra le ultratrentenni.

In Toscana, il parto è avvenuto nella quasi totalità dei casi in strutture pubbliche (o private convenzionate), senza rilevanti differenze tra le aree vaste (Tavola 61). Al contrario, sembrano rilevanti le differenze intra-regionali per quanto riguarda il tipo di parto: in particolare è Firenze città ad avere la più elevata quota di parti spontanei (81%), mentre nelle province di Siena, Arezzo e Grosseto vi è la più bassa (66%). Firenze città è anche l'area in cui il padre del bambino assiste al parto in misura

decisamente superiore alle altre aree (quasi nell'82% dei casi) e in cui la madre ha potuto tenere subito vicino a sé il neonato dopo il parto (78%).

Figura 39 – Donne toscane che hanno partorito l'ultimo figlio nei 5 anni precedenti l'indagine per tipo di parto che avrebbero preferito e titolo di studio (valori percentuali)



Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Tavola 61– Donne toscane e italiane che hanno partorito l'ultimo figlio nei 5 anni precedenti l'indagine per caratteristiche del parto e area geografica di residenza (valori percentuali)

	1. Fi città	2. FI-PT-PO	3. SI-AR-GR	4. MC-LU-LI-PI	Totale Toscana	Totale Italia
Struttura in cui è avvenuto il parto						
pubblica/privata convenz.	97.8	98.1	100.0	98.4	98.6	97.5
privata	2.2	2.0	0.0	1.6	1.5	2.5
Tipo di parto						
spontaneo	81.6	72.3	65.2	72.6	71.8	64.1
cesareo programmato	8.4	12.2	16.1	17.3	14.5	21.7
cesareo non programmato	8.7	12.7	15.8	10.1	12.0	13.3
altro	1.3	2.9	2.9	0.0	1.7	
Familiare ha assistito al parto						
no	17.5	25.0	27.2	32.0	27.3	39.9
padre del bambino	81.4	67.2	69.0	65.2	68.1	51.6
madre o altre persone	1.1	7.8	3.7	2.9	4.6	8.5
Ha tenuto vicino il figlio appena nato						
no	21.9	29.2	22.8	20.7	24.2	25.8
sì	78.2	70.8	77.2	79.3	75.8	74.2

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

I parti cesarei programmati sono leggermente superiori alla media regionale a Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa (17%), ma in questo caso sono compensati dalla quota più bassa di cesarei non programmati (poco meno del 10%). In queste province, inoltre, circa un terzo delle partorienti (la quota più alta in Toscana) non è stata assistita da nessun familiare durante il parto. In generale, comunque, anche nelle altre aree toscane la quota di donne che partorisce avendo accanto il padre del bambino è superiore alla media nazionale.

Da questi dati sembra quindi che in Toscana la fase del parto sia meno medicalizzata e più attenta alle esigenze della madre rispetto alla media italiana, seppure con differenze intra-regionali.

5.3.3 Allattamento

Considerando che numerose ricerche epidemiologiche (ESPGAN, 1982; American Academy of Pediatrics, 1997; WHO, 2001) documentano l'importanza dell'allattamento al seno per la salute sia del bambino che della madre, il fatto che in Toscana l'81,8% delle donne che ha partorito nei 5 anni precedenti la rilevazione abbia allattato al seno (o lo stesse ancora facendo al momento dell'intervista) rappresenta un dato positivo (Tavola 62). Inoltre, l'83,7% di queste donne ha avuto almeno un periodo nel quale l'allattamento al seno del figlio è stato esclusivo o predominante.

La durata media del periodo di allattamento è stata di quasi 8 mesi. Per quasi il 40% delle donne considerate che ha allattato (e ha concluso l'allattamento) questa fase è durata 7 mesi o più, mentre poco più di un quarto delle donne ha allattato il bambino solo fino a 3 mesi. La pratica dell'allattamento al seno decresce all'aumentare dell'età (sono infatti l'85,5% le donne con meno di 29 anni che allattano, contro il 79,1% di quelle con 35 anni e oltre), ed è maggiore nelle donne più istruite (allatta l'86,3% delle donne che hanno almeno un diploma superiore, contro il 74,2% e il 77,3% delle donne rispettivamente con licenza media e licenza elementare). L'associazione con il titolo di studio si riscontra anche sulla durata media dell'allattamento: circa 8 mesi per i livelli di istruzione più alti, contro i soli 5,3 mesi per le donne meno istruite.

Tavola 62 – Donne toscane che hanno partorito l'ultimo figlio nei 5 anni precedenti l'indagine per allattamento al seno, durata dell'allattamento per coloro che hanno allattato, classi di età al parto e titolo di studio (per 100 donne con le stesse caratteristiche)

	Allattamento al seno	mesi di allattamento al seno			n. medio mesi allattamento al seno	Allattamento in corso
		0-3 mesi	4-6 mesi	7 mesi e oltre		
classi di età al parto						
29 o meno	85.5	39.3	14.6	35.1	7.0	11.0
30-34	80.7	18.8	20.1	38.3	8.5	22.7
35 o più	79.1	20.6	25.7	42.8	8.1	10.9
titolo di studio						
Lic. elem., nessun titolo	77.3	42.9	24.0	33.1	5.3	0.0
Licenza media	74.2	35.2	12.7	39.7	8.2	12.4
Dip. Sup., Laurea	86.3	21.1	22.5	38.0	7.9	18.3
Totale	81.8	26.3	19.6	38.3	7.9	15.8

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Le più alte percentuali di donne che non hanno allattato si registrano nelle province di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa (23%, Tavola 63), e in queste aree si hanno anche, insieme alle province di Siena, Arezzo e Grosseto, le quote più elevate di allattamento breve (0-3 mesi, per circa un quarto delle donne che ha partorito). L'allattamento è mediamente più lungo (4-6 e 7 mesi e oltre) per più della metà delle partorienti della città di Firenze e delle province di Firenze, Pistoia e Prato.

Tavola 63 – Donne toscane e italiane che hanno partorito l'ultimo figlio nei 5 anni precedenti l'indagine per allattamento al seno, durata dell'allattamento, classi di età al parto e titolo di studio (valori percentuali)

	1. Fi città	2. FI-PT- PO	3. SI-AR- GR	4. MC-LU- LI-PI	Totale Toscana	Totale Italia
allattamento al seno e durata						
no	7.07	17.18	15.75	23.07	18.16	18.64
sta ancora allattando	24.17	13.01	15.99	8.46	12.92	10.58
sì	68.75	69.81	68.26	68.47	68.92	70.78
0-3 mesi	14.6	18.72	25.77	23.62	21.53	19.89
4-6 mesi	12.78	21.03	14.57	12.72	16.02	18.97
7 mesi e più	41.38	30.06	27.93	32.13	31.37	31.93

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

Analizzando l'allattamento al seno insieme ad altre caratteristiche legate al parto (Tavola 64), vediamo che esso si ha in misura maggiore tra le donne che hanno partorito in modo naturale (in particolare nell'85,2% dei casi, contro il 73,4% dei parti cesarei) e tra chi ha partorito al termine della gestazione (tra le madri che hanno partorito pretermine, oltre il 40% non ha allattato).

Dalla Tavola 64 emerge infine che tra le donne che partecipano ai corsi preparto la pratica dell'allattamento è più diffusa di quanto non avvenga per coloro che non vi hanno partecipato (78,8% contro 61,1%), confermando come questi corsi contribuiscano ad aumentare le conoscenze delle donne riguardo al momento del parto e alle successive fasi della maternità, e ad accrescere così la consapevolezza dell'essere madre.

Tavola 64 – Donne toscane che hanno partorito l'ultimo figlio nei 5 anni precedenti l'indagine per allattamento al seno e alcune caratteristiche del parto (valori percentuali)

	allattamento al seno		allattamento in corso
	no	sì	
tipo di parto			
naturale	14.8	73.7	11.5
cesareo	26.7	56.9	16.5
parto pretermine			
no	15.0	71.9	13.1
sì	41.0	47.5	11.5
partecipazione a corso preparto			
no	23.9	61.1	15.0
sì	10.9	78.8	10.3
totale	18.2	68.9	12.9

Fonte: elaborazioni sui dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Istat, 2005.

6 I fattori socio-economici associati alle condizioni di salute

Questa sezione ha come obiettivo lo studio della relazione tra condizioni socio-economiche e condizioni di salute, con particolare riferimento alla popolazione adulta e anziana della Toscana.

Tale associazione è stata ampiamente studiata in letteratura, e ricerche empiriche mostrano risultati consistenti riguardo la presenza e la persistenza di disuguaglianze socioeconomiche nella salute in molti paesi sviluppati (si veda ad es. Grundy and Slogget, 2003; Huisman *et al.*, 2003; Von Dem Knesebeck *et al.*, 2003; Rueda *et al.*, 2008; Mackenbach *et al.*, 2008), e anche in Italia (Pirani e Salvini, 2010).

L'analisi qui presentata è stata svolta attraverso modelli di regressione logistica applicati a diversi indicatori di salute, con riferimento alla popolazione di 50 anni e oltre. Come già accennato in precedenza, la mancanza di una sequenza temporale degli eventi secondo l'ottica longitudinale impedisce la valutazione dei meccanismi causali che determinano le associazioni osservate tra stato di salute e le correlate socioeconomiche investigate. Anche se la letteratura tende ad avallare prevalentemente l'ipotesi che vede lo svantaggio socioeconomico all'origine delle condizioni di salute (Blane *et al.* 1993, Giarelli, 2009), data la natura cross-sectional dei dati dell'indagine, questa analisi necessariamente si concentra sull'associazione piuttosto che su un nesso causa-effetto.

Per i tre indicatori di salute utilizzati in questo studio – percezione soggettiva, multicronicità e disabilità – abbiamo verificato la significatività delle variabili socioeconomiche introdotte nelle precedenti analisi descrittive, quali il titolo di studio, l'indice della situazione abitativa e il giudizio sulle proprie risorse economiche. Inoltre, nei modelli sono state inserite anche due variabili che cercano di approssimare la rete sociale e il livello di sostegno disponibili agli individui: un indicatore relativo alla disponibilità di aiuti a cui gli individui possono fare affidamento in caso di bisogno (amici, parenti, vicini), e un indicatore che rileva il fatto di vivere o meno insieme al partner. Infine, l'elemento territoriale è stato in questo caso preso in considerazione introducendo nei modelli delle *dummy* riguardanti l'area vasta di residenza. Le analisi sono state controllate per sesso ed età dei rispondenti.

I risultati dei modelli stimati per ognuno dei tre indicatori risposta sono presentati in termini di odd ratio (OR) nella Tavola 65.

Per quanto riguarda la percezione della salute la nostra analisi conferma che anche in Toscana il rischio di una cattiva percezione della salute è maggiore per le donne e cresce all'aumentare dell'età (Istat 2007). Anche un basso titolo di studio rappresenta un fattore di svantaggio in termini di percezione della salute: in particolare, rispetto a un individuo con un titolo di studio alto (diploma superiore o laurea), coloro che hanno un titolo di studio medio (licenza media) hanno un rischio più alto del 50% di percepire cattive condizioni di salute, rischio che sale al 70% per livelli di istruzione inferiori (licenza elementare o nessun titolo).

L'aver condizioni abitative non ottime e il non poter contare su aiuto di amici, parenti e vicini in caso di necessità, risultano essere negativamente associati alla percezione della salute, mentre il fatto di vivere con il partner non ha una correlazione significativa con la percezione del proprio stato di salute.

Un elemento fortemente connesso alla cattiva percezione delle condizioni di salute è l'insoddisfazione riguardo la propria situazione economica: coloro che dichiarano che le risorse economiche a disposizione della famiglia sono scarse o insufficienti hanno un rischio di oltre 3 volte superiore di percepire anche condizioni negative di salute, rispetto a coloro che considerano la propria condizione economica ottima o adeguata. È interessante notare la significatività dell'interazione tra le risorse economiche e l'area vasta in cui l'individuo risiede: questo risultato implica che, mentre in generale la scarsità di risorse economiche aumenta il rischio di cattiva percezione della salute, questo rischio è diverso secondo l'area vasta di residenza. In particolare, il modello stimato mostra un rischio inferiore per gli individui che risiedono nelle aree vaste non contigue al comune di Firenze (utilizzato come riferimento nell'analisi).

Tavola 64 – Odd ratio e relativo p-value dei modelli di regressione logistica stimati per la percezione delle proprie condizioni di salute (a), per la condizione di multicronicità (b) e per la condizione di disabilità (c)

		(a) percezione della salute		(b) multicronicità		(c) disabilità	
		OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value
sexso	uomini						
	donne	1.57	0.000	1.73	0.000	1.35	0.035
età	50-54	0.44	0.001	0.26	0.000	0.35	0.018
	55-59	0.66	0.051	0.40	0.000	0.43	0.030
	60-64	0.68	0.075	0.54	0.000	0.64	0.196
	65-69						
	70-74	1.65	0.008	0.96	0.796	2.13	0.005
	75-79	2.55	0.000	1.15	0.327	3.84	0.000
	>80	2.82	0.000	1.28	0.073	12.04	0.000
istruzione	basso	1.66	0.002	1.27	0.034	1.56	0.038
	medio	1.44	0.050	0.96	0.720	1.22	0.423
	alto						
risorse economiche	buone/ottime						
	scarse/insuff.	3.37	0.000	1.73	0.001	2.20	0.004
condizione abitativa	buone						
	non buone	1.39	0.012	1.27	0.023	1.31	0.102
stato civile	sposati/conviv.						
	cel/nub/sep/ved	1.04	0.739	0.97	0.781	1.38	0.023
disponibilità aiuti	3 aiuti						
	non tutti aiuti	1.57	0.000	1.21	0.027	1.48	0.007
area vasta	FI città						
	FI-PT-PO	1.12	0.638	0.93	0.645	1.70	0.047
	SI-AR-GR	1.75	0.009	0.94	0.688	1.72	0.038
	MC-LU-LI-PI	1.74	0.008	0.82	0.154	1.98	0.006
interazione area vasta *ris. econ.	FI città-ris. buone						
	FI-PT-PO*ris. scarse/insuff.	0.91	0.764	0.82	0.402	0.69	0.326
	SI-AR-GR*ris. scarse/insuff.	0.52	0.035	0.89	0.616	0.63	0.230
	MC-LU-LI-PI*ris. scarse/insuff.	0.39	0.002	1.09	0.693	0.59	0.149

Fonte: nostre elaborazioni sui dati dell'Indagine sulle Condizioni di salute, Istat, 2005.

Se consideriamo come indicatore delle condizioni di salute la presenza di multicronicità, anche in questo caso la donna ha un rischio quasi doppio rispetto all'uomo di avere 3 o più malattie croniche. Rispetto ad una persona di età compresa tra i 65 i 69 anni, a età inferiori il rischio di essere affetti da multicronicità è più basso, ma

non sembra esserci un aumento statisticamente significativo del rischio nelle classi di età più anziane.

L'indicatore di multicronicità risulta connesso sia con il titolo di studio (con un aumento del rischio di quasi il 30% per chi un livello di istruzione più basso, mentre il livello di istruzione medio non sembra presentare differenze) che con l'indicatore di soddisfazione delle risorse economiche (con un aumento del rischio della presenza di multicronicità pari al 73% per chi si dichiara in condizioni di disagio economico). Anche chi vive in una abitazione le cui condizioni non sono ottime presenta una probabilità più alta di essere affetto da multicronicità. Fra le variabili utilizzate come *proxi* delle reti di relazioni individuali, il fatto di vivere con il partner non risulta significativamente correlato con la multicronicità, mentre coloro che dichiarano di non poter contare sull'aiuto né di amici, né di parenti né di vicini in caso di bisogno, hanno un significativo 21% di rischio più alto di essere affetti da multicronicità, a parità di altre condizioni. Anche l'area vasta di residenza non è un elemento discriminante nella presenza di tre o più malattie croniche negli adulti e anziani toscani.

Consideriamo, infine, come indicatore dello stato di salute individuale la presenza di disabilità. Come evidenziato nella Tavola 64 il rischio di disabilità cresce a ritmi molto veloci con l'avanzare dell'età, e scarti anche solo quinquennali comportano un aumento del rischio molto marcato, differenze che non sono invece altrettanto evidenti per gli altri indicatori di salute considerati. Le differenze di genere a sfavore delle donne sono confermate anche per questo indicatore di salute (OR uguale a 1.35).

Ancora una volta, emerge una situazione di svantaggio legata al livello di istruzione e alle risorse economiche (con OR rispettivamente pari a 1.56 e 2.20) che appaiono il fattore con maggiore associazione dopo l'età. Le variabili relative alle reti di sostegno disponibile indicano un rischio di disabilità più elevato per coloro che non vivono con il partner (+38%) o non possono contare sull'aiuto di parenti, vicini e amici in caso di necessità (+48%). In questo caso non si registra invece un'associazione statisticamente significativa con l'indice di condizioni abitative.

Il modello stimato evidenzia infine che, a parità di altre condizioni, chi vive nella città di Firenze ha un rischio di disabilità inferiore. In particolare, il fatto di vivere nelle province di Firenze, Pistoia, Prato, Siena, Arezzo e Grosseto, determina, a parità di altre condizioni, un rischio più alto del 70% circa, mentre per coloro che abitano in provincia di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa, l'OR è quasi il doppio.

Si noti infine che per gli indicatori di multicronicità e di disabilità non vi è un significativo effetto di interazione tra area vasta di residenza e soddisfazione delle proprie risorse economiche.

Considerazioni conclusive

Il Libro Bianco della Commissione Europea *White Paper Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013* (European Commission 2007) propone vari obiettivi strategici alla politica comunitaria, il primo dei quali consiste nel, “promuovere la buona salute in una Europa che invecchia”. Tale obiettivo fa riferimento a una visione della salute e delle sue determinanti che integra tutte le aree della vita quotidiana, dall'alimentazione all'attività fisica; dai comportamenti a rischio (alcool, droga, tabacco) ai rischi ambientali, agli incidenti del traffico, sul lavoro e domestici; ribadendo la necessità di adottare un approccio relativo a ciò che succede nelle diverse fasi della vita degli individui per avere gli elementi necessari per comprendere, tanto da un punto di vista individuale che collettivo, come possa prodursi realmente un “invecchiamento in buona salute” e monitorarne lo svolgimento.

D'altra parte, in Italia si riscontrano ancora oggi forti disparità nel settore della sanità – dallo stato di salute all'incidenza delle malattie, dall'organizzazione al ricorso ai servizi sanitari – sia con riferimento alle condizioni socioeconomiche degli individui sia a livello territoriale.

In queste prospettive si pone lo studio dei fattori interrelati alle condizioni di salute in Toscana, allo scopo di indagare - a un livello territoriale dettagliato – i diversi aspetti di disuguaglianza nel settore salute. La possibilità di questo studio è offerta dall'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* condotta dall'Istat nel 2005. Tale indagine rappresenta un'importante innovazione nel quadro delle indagini multiscopo perché, nell'ambito di una convenzione con le Regioni e il Ministero della salute, l'Istat ha aumentato le dimensioni campionarie dell'indagine, raggiungendo l'obiettivo della significatività delle stime anche a livello sub-regionale.

I diversi domini indagati si riferiscono alla salute in una visione multi-dimensionale, che sfrutta la rilevazione sia della percezione soggettiva delle condizioni di salute dichiarata dagli intervistati, sia la presenza di malattie croniche e di disabilità. L'indagine rileva anche l'utilizzo di farmaci tradizionali e non, il ricorso ai servizi sanitari, alle visite mediche generiche e specialistiche e alle strutture ospedaliere. Nel questionario sono inoltre presenti domande sull'opinione dei cittadini nei confronti del Sistema Sanitario Regionale.

La disponibilità delle caratteristiche socio-demografiche degli intervistati, come il sesso, l'età, lo stato civile, la rete relazionale, il livello di istruzione, oltre che della situazione che essi dichiarano a proposito delle condizioni economiche e abitative, consente un esame delle associazioni fra salute, ambiente e caratteristiche individuali, allo scopo di delineare profili e disuguaglianze che permangono sia a livello territoriale di “area vasta”, sia nei confronti dei diversi gruppi sociali. Inoltre, la presenza nel questionario di domande circa i fattori che comunemente si ricollegano a comportamenti “a rischio” consente di esaminare alcune associazioni, anche se la natura *cross-section* dell'indagine non permette di fare inferenza sulle direzioni dei legami di causa-effetto.

L'analisi descrittiva mostra l'esistenza di una relazione fra disuguaglianze socioeconomiche e disuguaglianze nella salute. Per qualunque indicatore di salute emerge che a livelli di istruzione inferiori corrisponde una situazione più critica e svantaggiata. Considerazioni analoghe possono farsi se al posto dell'istruzione

consideriamo la percezione delle condizioni economiche e, in maniera meno netta, per le condizioni abitative.

Dal punto di vista territoriale, emerge chiaramente come il dato medio della Toscana nasconda a sua volta un certo grado di variabilità intra-regionale, seppure di diversa intensità a seconda dell'indicatore considerato, ancora una volta sottolineando le differenze di genere esistenti in tema di condizioni di salute. Considerando la percezione soggettiva dello stato di salute, vediamo che il tasso standardizzato per età delinea per la Toscana una situazione leggermente meno favorevole che per il resto d'Italia. Si discosta da questa tendenza solo l'area del comune di Firenze, per la quale si stimano, per entrambi i generi, quote più basse di persone che dichiarano di percepire cattive condizioni di salute. Per quanto riguarda la popolazione femminile, anche l'area vasta formata dalle province di Massa Carrara, Lucca, Livorno e Pisa fa registrare un valore più basso rispetto alle altre aree e in linea con la media italiana. Anche la presenza di persone che dichiarano di avere tre o più malattie croniche varia tra le quattro aree vaste toscane, con differenze particolarmente marcate tra la popolazione femminile. I valori più bassi sono registrati dalla città di Firenze unitamente alle province di Siena, Arezzo e Grosseto. Tuttavia, mentre la prima area ha una elevata presenza di donne che dichiarano di avere una o due malattie croniche, le seconde registrano la quota più elevata di donne che hanno almeno una malattia cronica grave. Infine, anche per quanto riguarda la presenza di disabilità, la situazione migliore è quella fatta registrare dalla città di Firenze. In sintesi, e nonostante alcune differenze in base all'indicatore di salute di volta in volta considerato, possiamo quindi concludere che in Toscana esiste un certo grado di eterogeneità intra-regionale, non solo per la condizione socio-economica, ma anche per le diverse dimensioni che compongono il concetto di salute.

Una certa peculiarità emerge nella regione per quanto riguarda i cosiddetti fattori di rischio. Nell'indagine vengono rilevati alcuni aspetti dello stile di vita che in genere sono collegati alle condizioni di salute, quali l'indice del peso corporeo, l'abitudine al fumo e lo svolgimento di attività sportiva. Sintetizzando i risultati per la popolazione toscana dai 18 ai 39 anni attraverso il ricorso all'analisi delle corrispondenze multiple, emergono alcuni profili di un certo interesse. Gli stili di vita negativi per le condizioni di salute risultano maggiormente legati ai bassi livelli di istruzione. In particolare, i livelli di istruzione più bassi si associano al fatto di fumare abitualmente un elevato numero di sigarette (forti fumatori abituali), al fatto di non svolgere nessun tipo di attività fisica, e all'eccesso di peso, più o meno grave. Al contrario, i non fumatori o coloro che fumano solo occasionalmente si individuano tra coloro che hanno un titolo di studio più alto e svolgono lavori maggiormente qualificati.

L'analisi presentata ha inoltre permesso di verificare che, così come le condizioni di salute, anche gli stili di vita sono distribuiti in modo assai diverso tra le classi sociali. Le disuguaglianze di salute sono dovute in misura rilevante ad un'iniqua distribuzione dei fattori di rischio i quali affliggono in misura maggiore i gruppi socio-economici più svantaggiati, e tra questi fattori di rischio vanno sicuramente annoverati gli stili di vita. Un aspetto – ovviamente – che rimane da approfondire è quanto nella diffusione di questi comportamenti e stili di vita conti la volontarietà dell'individuo e quanto il ruolo socio-culturale.

Se gli stili di vita possono a ragione essere annoverati fra i fattori di rischio per così dire indiretti, sono invece i controlli diagnostici (quindi, la prevenzione) che possono prevedere l'insorgenza o comunque l'aggravarsi di malattie. L'analisi ha riguardato

essenzialmente il controllo dell'ipertensione, del colesterolo e della glicemia. Tra coloro che non hanno mai fatto controlli diagnostici specifici, una quota superiore alle media si riscontra tra gli individui con 65 anni e oltre che hanno al massimo la licenza media. Al contrario, nelle altre due classi di età considerate (18-44 e 45-64) si registrano percentuali elevate di chi fa controlli almeno una volta l'anno soprattutto fra chi ha la licenza elementare; le quote sono mediamente più alte di circa 5 punti percentuali per le donne, a parità di età. Queste differenze tra i diversi livelli di istruzione sono presenti in tutti e tre i tipi di controlli, seppure in misura meno marcata per quanto riguarda il controllo della pressione. Infine, i dati mostrano che l'indicazione e il consiglio del medico di svolgere il controllo è rilevante soprattutto tra coloro che hanno un titolo di studio basso, con percentuali che vanno dal 60% circa tra i 18 e i 44 anni, a oltre l'80% tra gli over 65. Al contrario, sono soprattutto i diplomati e i laureati che decidono di sottoporsi a controlli di propria iniziativa o su suggerimento di familiari. Questo andamento è simile tra uomini e donne, anche se per le ultrasessantacinquenni le differenze sono meno forti. Anche tra chi ha la licenza media si registra una maggiore propensione a fare i controlli indipendentemente dalla prescrizione del medico.

Alcune osservazioni a parte riguardano la "salute al femminile", e a questo proposito possiamo esemplificare soffermandoci sul controllo dell'osteoporosi (per le donne in procinto di entrare o già entrate in menopausa) e sui controlli preventivi per i tumori femminili. Per l'osteoporosi, si sottolinea come la percentuale di donne che ha eseguito controlli per l'osteoporosi in Toscana è leggermente superiore a quella rilevata a livello nazionale. Questa differenza raggiunge gli 8 punti percentuali per le donne tra i 55 e i 64 anni (54,8% in Toscana contro il 46,8% in Italia), e si attenua nelle età più avanzate. Sul tema del controllo preventivo delle neoplasie femminili (essenzialmente all'utero e al seno) si stima che in Toscana, su un totale di quasi un milione e mezzo di donne che hanno compiuto i 25 anni di età, oltre il 70% ha fatto ricorso almeno una volta nella vita ad un Pap test in assenza di disturbi o sintomi, percentuale che aumenta di 10 punti se si considera in particolare la popolazione target per lo screening cervicale (25-64 anni). La Toscana si colloca a livelli superiori rispetto alla media nazionale per il ricorso a questo tipo di controlli: la quota di donne toscane che effettua controlli in assenza di disturbi è di circa 12 punti percentuali superiore rispetto a quella delle donne italiane, fino ai 44 anni; il divario, pur riducendosi leggermente nelle fasce di età successive, rimane a vantaggio della Toscana. Quanto alle strutture dove le donne toscane si rivolgono per l'effettuazione dello screening, la maggior parte dei Pap test viene svolta in strutture pubbliche. In particolare, oltre i tre quarti delle donne con 35 anni e oltre si rivolge a strutture pubbliche (o private convenzionate), mentre questa quota è leggermente più bassa nelle classi di età 25-29 e 30-34 (rispettivamente 65,3 e 68,8%). Il ricorso a strutture pubbliche in Toscana è leggermente superiore rispetto alla media nazionale (80,4 contro 75,2%), e sono soprattutto le donne maggiormente istruite che tendono a rivolgersi in misura maggiore alle strutture private, in tutte le classi di età, eccetto che tra i 35 e i 44 anni. Anche il quadro che emerge dall'esame del ricorso alla mammografia pone la Toscana nella parte alta della graduatoria italiana. La mammografia viene eseguita nell'ambito dei programmi di screening pubblici per oltre il 60% delle donne tra i 55 e i 69 anni, e da circa il 50% di quelle tra 55-54 e oltre i 70 anni. A livello italiano queste quote sono rispettivamente il 36,4% e circa il 24%. In sintesi si può dedurre dallo studio che la regione Toscana si distingue, rispetto alla media italiana, per una più elevata partecipazione delle donne ai programmi regionali di screening preventivo riguardanti i tumori femminili.

Terminiamo queste considerazioni descrivendo i risultati di un esercizio di sintesi condotto attraverso modelli di regressione logistica applicati alla popolazione di 50 anni e oltre, al fine di riassumere quanto emerso nelle analisi dettagliate tese a mettere in luce l'associazione eventuale fra condizioni di salute e condizioni socio-economiche. Per quanto riguarda la percezione della salute la nostra analisi conferma che anche in Toscana il rischio di una cattiva percezione della salute è maggiore per le donne e cresce all'aumentare dell'età, in maniera rilevante soprattutto per gli ultra-ottantenni. Anche un basso titolo di studio rappresenta un fattore di svantaggio in termini di percezione della salute: in particolare, rispetto a un individuo con un titolo di studio alto coloro che hanno un titolo di studio medio hanno un rischio più alto di circa il 50% di percepire cattive condizioni di salute, rischio che sale a quasi il 70% per livelli di istruzione inferiori. L'aver condizioni abitative non ottime e il non poter contare su aiuto di amici, parenti e vicini in caso di necessità, sono altri due fattori che influiscono negativamente sulla percezione della salute, seppure con valori non particolarmente elevati del rischio, mentre il fatto di vivere con il partner non ha un effetto significativo sulla percezione del proprio stato di salute. Un elemento che sembra legato alla cattiva percezione delle condizioni di salute è l'insoddisfazione riguardo alla propria situazione economica: coloro che dichiarano che le risorse economiche a disposizione della famiglia sono scarse o insufficienti hanno un rischio 3.3 volte superiore di percepire anche condizioni negative di salute, rispetto a coloro che considerano la propria condizione economica ottima o adeguata. Infine, è interessante notare la significatività dell'interazione tra le risorse economiche e l'area vasta in cui l'individuo risiede: questo risultato implica che, mentre in generale la scarsità di risorse economiche aumenta il rischio di cattiva percezione della salute, questo rischio è diverso secondo l'area vasta di residenza. In particolare, il modello stimato mostra un rischio inferiore per gli individui che risiedono nelle aree vaste non contigue al comune di Firenze. Se consideriamo come indicatore delle condizioni di salute la presenza di multicronicità, anche in questo caso la donna ha un rischio quasi doppio rispetto all'uomo di avere 3 o più malattie croniche, e a parità di altre condizioni l'età rappresenta il fattore di rischio principale. Anche considerando la disabilità, le variabili relative alle reti di sostegno disponibile indicano un rischio più elevato per coloro che non vivono con il partner o non possono contare sull'aiuto di parenti, vicini e amici in caso di necessità.

Nell'impossibilità di stabilire legami di causa-effetto, data la natura *cross-section* dell'indagine delle condizioni di salute del 2005, si è qui preferito puntare l'attenzione sulle associazioni che altro non sono che segnali di rischio per la salute, individuale e collettiva. I risultati inerenti le disuguaglianze territoriali e sociali possono andare a costituire la griglia di riferimento per analisi di tipo longitudinale, che ancora – nella loro globalità – sono assenti in Italia. Solo le risorse, umane e finanziarie, destinate alla valorizzazione di dati statistici raccolti in ottica longitudinale e dei relativi studi che seguano l'approccio del “corso di vita” consentiranno veri e propri interventi di policy mirati a ristabilire equilibri che le disuguaglianze sottolineate mettono in dubbio. Questo nostro lavoro vuole essere un contributo alla costruzione di questa griglia, urgente per far fronte a una popolazione che nei prossimi decenni sarà sempre più anziana, e manifesterà pertanto bisogni crescenti nel campo sanitario.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2009), *I tumori in Italia - Documento AIRTUM 2009: I nuovi dati di incidenza e mortalità*, Epidemiologia e Prevenzione, Anno33 (1), Supplemento 2
- American Academy of Paediatrics (1997). *Breastfeeding and use of human milk*. Work Group on Breastfeeding, Paediatrics, 100, 1035-9
- Blane D., Davey Smith G., Bartley M. (1993), *Social selection: What does it contribute to social class differences in health?*, Sociology of Health and Illness, 15, 1-15
- Caranci et al. (2008), *Metodi per l'analisi dei dati*, in Quaderni di Monitor - Approfondimenti sull'indagine multiscopo Istat Salute 2005, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Anno VII, n. 22
- Cavelaars A.E.J.M., Kunst A.E., Geurts J.J.M., Crialesi R., Grotvedt L., Helmer U. et al. (2000) *Educational differences in smoking: international comparison*, British Medical Journal, n. 320, pp. 1102-1107
- Coleman D., Day N., Douglas G., Farmery E., Lynge E., Philip J. and Segnan N., (1993), *European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening*, Eur. J. Cancer 29A Suppl.4
- Egidi V. e Ferruzza A. (2009), *Navigando tra le fonti demografiche e sociali*, ISTAT, in http://www.istat.it/dati/catalogo/20100325_01/Navigando_tra_le_fonti_demografiche_e_sociali.pdf
- Egidi V. and Spizzichino D. (2006), *Perceived health and mortality: a multidimensional analysis of ECHP Italian Data*, Genus, LXII (3-4)
- Egidi V. and Spizzichino D. (2007), *Dimensioni oggettive e soggettive delle differenze di genere nella salute*, in, Pinnelli A., Racioppi F. and Terzera L. (eds.), *Genere, Famiglia e Salute*, Franco Angeli Editore
- ESPGAN (1982), *III. Recommendations for feeding infants*, Committee on Nutrition. Guidelines on Infant Nutrition, Acta Paediatr Scand 1982, Supp. 302
- European Commission (2001), *European Guidelines for quality assurance in mammography screening*, Luxembourg
- European Commission (2007), *Health strategy. White Paper*. Brussels: European Commission.COM (2007) 630 final 2007.
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf
- Ferraro K.F. e Farmer F.F. (1999), *Utility of health data from social surveys: is there a gold standard for measuring morbidity?*, American Sociological Review, vol. 64, n. 2, pp.305-315
- Gargiulo et al. (2008), *Innovazioni di processo nell'indagine Istat sulla salute*, in Quaderni di Monitor - Approfondimenti sull'indagine multiscopo Istat Salute 2005, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Anno VII, n. 22

- Giarelli G. (2009), *Modelli esplicativi delle disuguaglianze di salute: una riflessione sociologica*, in Costa G., Cislighi C., Caranci N. (a cura di) (2009), *Le disuguaglianze sociali di salute, Problemi di definizione e di misura*, Salute e Società, Franco Angeli Editore, 1, 58-78
- Grundy E., Slogget A. (2003) *Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances*, Social Science and Medicine, 56, 935-947
- Harman J., Graham H., Brian F., Hazel M.I. (2006) *Socioeconomic gradients in smoking among young women: a British survey*, Social Science and Medicine, n. 63, pp. 2791-2800
- Huisman M., Kunst A.E., Mackenbach J.P. (2003) *Socioeconomic Inequalities in Morbidity among the Elderly; a European Overview*, Social Science and Medicine, 57, 861-873
- Huisman M., Kunst A.E., Mackenbach J.P. (2005) *Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries*, Tobacco Control, n. 14, pp. 106-113
- Idler E.L., Benyamini Y. (1997), *Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies*, Journal of Health and Social Behaviour, 38, 1, 21-37
- ISS (2005), *Fattori genetici e nutrizionali nella patogenesi dell'obesità e delle sue complicanze*, Istituto Superiore di Sanità, a cura di D'Archivio M. e Masella R., Rapporti ISTISAN 05/17
- ISTAT (2004), *Indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali, Anno 2004*
- ISTAT (2006a), *La prevenzione dei tumori femminili in Italia: il ricorso a pap test e mammografia – Anni 2004-2005*, Statistiche in breve
- ISTAT (2006b), *Gravidanza, parto, allattamento al seno – Anni 2004-2005*, Statistiche in breve, Roma
- ISTAT (2006c), *L'assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto. Anno 2003*, Roma
- ISTAT (2007a), *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005*, Statistiche in breve, Roma.
- ISTAT (2007b), *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005*, Nota metodologica
- ISTAT (2007c), *Le terapie non convenzionali in Italia – Anno 2005*, Statistiche in breve, Roma.
- Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W., Jackson B.A., Jaffer M.W. (1963) *Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function*, JAMA, 21: 94-919
- Lebart I., Morineau A. e Piron M. (1997), *Statistique exploratoire multidimensionnelle*, Dunod, Paris

- LILT (1996), *Raccomandazioni per gli screening in oncologia*, Lega Italiana per la lotta contro i tumori, http://www.ccm-network.it/screening/intro_evidenze
- Lopez A.D., Collishaw N.E., Piha T.A. (1994) *A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries*, *Tobacco Control*, n. 3, pp. 242-247
- Mackenbach J.P. (2006), *Health inequalities: Europe in profile*, Report commissioned by the UK Presidency of the EU
- Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.R., et al. (2008) *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*, *The New England Journal of Medicine*, 358, 2468-81
- Ministero della Salute (2007), *Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto*, Direzione Generale della Prevenzione
- Ministero della Salute e delle Politiche Sociali (2009), *Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2009-2010*, Nota informativa, www.ministerosalute.it
- Ongaro F., Salvini S. (2009) *Socio-economic conditions and health inequalities in Italy at the beginning of the XXI century*, Comunicazione presentata alla XLVI Riunione Scientifica Sieds, Firenze, 28-30 maggio 2009
- Ongaro F., Salvini S. (eds), 2009, *Rapporto sulla Popolazione, Salute e sopravvivenza* - Gruppo di Coordinamento per la demografia, Il Mulino, Bologna
- Osservatorio Nazionale Screening (2008), *Settimo Rapporto*
- Pirani E. e Salvini S., (2010) *Socioeconomic and territorial ineques in health: findings for Italian elderly*, Working Paper, Working Paper 2010/05, Dipartimento di Statistica "G. Parenti", Firenze University Press
http://www.ds.unifi.it/ricerca/pubblicazioni/working_papers/2010/wp2010_05.pdf
- Pirani E., Salvini S. (2009) *Condizioni di salute e diseguaglianze sociali in Toscana*, Comunicazione presentata alla XLVI Riunione Scientifica Sieds, Firenze, 28-30 maggio 2009
- Puliti D., Miccinesi G., Collina N. et al. (2008), *Effectiveness of service screening: a case-control study to assess breast cancer mortality reduction*, *British Journal of Cancer*, 99, 1756-1756
- Qaseem A. et al. (2007), *Screening Mammography for Women 40 to 49 Years of Age: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians*, *Ann Intern Med.*, vol. 146, n. 7, 511-515
- Rueda S., Artazcoz L., Navarro V. (2008) *Health Inequalities among the Elderly in Western Europe*, *Journal of Epidemiology Community Health*, 62, 492-498
- Sabbadini L.L. (2001), *Gravidanza e Parto: una nuova coscienza femminile, un nuovo protagonismo maschile*, (disponibile online sulla pagina web: <http://www.istat.it/Eventi/gravidanza/gravidanzaparto.pdf>)

- Sebastiani G., Iannucci L. e Vannoni F. (2008), *Disabilità e non autosufficienza*, in Quaderni di Monitor - Approfondimenti sull'indagine multiscopo Istat Salute 2005, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Anno VII, n. 22
- U.S. Preventive Services Task Force (2002), *Screening for breast cancer: recommendations and rationale*, Ann Intern Med.,137:344-346
- Voller F. e Buiatti E. (2006) *Disuguaglianze e stili di vita in Italia*, Salute e Territorio, n. 158
- Von dem Knesebeck O., Luschen G., Cockerham W.C., Siegrist J. (2003), *Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: A comparative cross-sectional study*, Social Science and Medicine, 57, 1643-1652
- WHO (1985), *Appropriate technology pr birth*, The Lancet
- WHO (2001). *Infant and young child nutrition*, World Health Organization, 54th World Health Assembly, May 14–22, WHA 54.2, Agenda item 13.1. Geneva

Copyright © 2010
Elena Pirani,
Silvana Salvini