

La salute dei modenesi tra le due Indagini ICESmo 2006-2012

(Anita Chiarolanza, Massimo Brunetti)

29/07/2014

- La sezione relativa allo studio della salute all'interno dell'Indagine sulle Condizioni Economiche e Sociali delle Famiglie in Provincia di Modena ICESMO è stata strutturalmente ampliata a partire dalla seconda edizione nel 2006. La terza indagine ha coinvolto un campione rappresentativo su base provinciale e del comune capoluogo di 2020 famiglie. In questa ultima edizione i quesiti relativi alla salute dei cittadini e all'uso dei servizi sanitari sono stati parzialmente rivisti confermandone la maggior parte e aggiungendone alcuni (es. la limitazioni nello svolgimento di attività quotidiane dovute a motivi di salute; la rinuncia alle cure per motivi economici).

- Le aree indagate nella terza indagine comprendono stili di vita (indice di massa corporea, fumo e attività fisica), salute soggettiva (sf12), ricorso ai servizi sanitari (visite specialistiche, ricoveri, pronto soccorso), limitazioni dovuti a motivi di salute, invalidità, bisogno di assistenza, esenzioni, tempi di attesa, rinuncia a cure per motivi economici, condizioni della abitazione (riscaldamento, condizioni igieniche, dimensione, inquinamento dell'area).

- E' possibile quindi fare dei confronti per mettere in evidenza i cambiamenti avvenuti nei 6 anni intercorsi tra le due indagini, anni critici a livello globale a causa della insorta crisi economica internazionale e a livello locale per il terremoto che ha colpito diversi comuni della Provincia di Modena.

Punti di criticità emersi:

- Emerge l'effetto destabilizzante del terremoto sulla popolazione; si registra una riduzione della salute mentale tra i cittadini che hanno subito la calamità naturale nelle aree del cratere.

Nel 2012 permane rispetto al 2006 lo svantaggio di salute delle **donne** rispetto agli uomini (salute fisica, salute mentale, attività fisica, sovrappeso-obesità, % ricoverati, % invalidi, % invalidità media, limitazioni e limitazioni gravi, bisognosi di assistenza, deprivazione materiale) a cui si associa una maggiore deprivazione materiale e un carico di lavoro di lavoro totale pagato e non pagato.

Le criticità evidenziate nel peggioramento delle condizioni economiche, lavorative e del tenore di vita delle **fasce più giovani under 45** trovano conferma in termini ancora più preoccupanti nelle condizioni di salute e accesso ai servizi sanitari. Emerge in particolare tra i 35 e 44 anni un peggioramento della salute mentale, una riduzione di coloro che effettuano visite specialistiche sia

pubbliche che private, una maggiore rinuncia alle cure.

I **cittadini extra comunitari** registrano condizioni di salute, stili di vita ed accesso ai servizi sanitari peggiori rispetto ai cittadini italiani; svolgono minore attività fisica, accedono maggiormente al pronto soccorso in particolare con maggiori codici bianchi, effettuano meno visite specialistiche totali e private, presentano una percentuale maggiore di invalidità oltre che condizioni di maggiore deprivazione materiale legata all'abitazione a area di residenza.

- Si evidenzia un effetto significativo ed ancora più evidente rispetto al 2006 della **condizione economica** su quasi tutte le dimensioni studiate. Al diminuire del reddito disponibile equivalente familiare diminuiscono la salute fisica e mentale, si riducono le visite totali e private effettuate, aumenta l'accesso al pronto soccorso generale e in particolare i codici bianchi, i ricoveri, la presenza di invalidità, di limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane, peggiora il giudizio sui tempi di attesa, e la deprivazione materiale relativa all'abitazione e all'area di residenza.

- I **tempi di attesa per esami, visite e ricoveri** continuano ad essere sentiti dalla popolazione come problematica rilevante. Nel 2012 viene superata solo da criticità legate alla crisi in termini di situazione economica generale e di difficoltà di trovare o cambiare lavoro.

- Necessità di studiare e rivedere la regolamentazione delle esenzioni ed agevolazione nel pagamento dei servizi sanitari attuali per liberare risorse volte ad agevolare l'accesso di categorie che attualmente si sono dimostrate in difficoltà e stanno rinunciando alle cure per motivi economici, in particolar modo le famiglie più giovani, con capofamiglia donna, i nuclei monogenitoriali e in termini più generali tutte le fasce under 65.

Note metodologiche

- Per una lettura corretta dei risultati si ricorda che il campione rappresentativo della popolazione modenese è stato selezionato utilizzando le liste anagrafiche comunali, è costituito quindi da soggetti residenti; sono stati esclusi coloro che vivono permanentemente in una struttura sanitaria o socio-sanitaria o coloro che erano ricoverati al momento dell'intervista.

• Nelle prossime schede di approfondimento della sezione salute come per la passata edizione dell'indagine verranno presentati confronti con i dati italiani e regionali utilizzando i dati dell'Indagine Istat Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (quando saranno disponibili i microdati da parte dell'Istat), è infatti stata

mantenuta la massima confrontabilità con le domande presenti in questa indagine.

• Tutte le informazioni riguardanti l'indagine, i risultati evidenziati dalle altre sezioni del questionario e i materiali degli eventi organizzati sono disponibili sul sito del Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche (CAPP) dell'Università di Modena www.capp.unimore.it

Sommario

SALUTE SOGGETTIVA.....	5
Qualità della vita SF12 - Indice di salute fisico e mentale.....	5
STILI DI VITA	7
Indice di massa corporea	7
Fumo.....	8
Attività fisica	9
ACCESSO AI SERVIZI SANITARI	10
Pronto soccorso	10
Pronto soccorso – codici bianchi	10
Visite specialistiche	11
Ricoveri	13
CONDIZIONI DI SALUTE.....	14
Limitazioni da almeno 6 mesi nelle attività quotidiane.....	14
Invalidita'	15
ESENZIONI TICKET SANITARI.....	16
QUALITA' SERVIZI SANITARI.....	18
Tempi di attesa per esami, visite, ricoveri ospedalieri	18
CONDIZIONI INDIRETTE DI RISCHIO PER LA SALUTE DOVUTE A DISAGIO ECONOMICO.....	19
Rinuncia alle cure.....	19
Potersi permettere carne, pollo e pesce o riscaldamento adeguato.....	20
Problemi legati all'abitazione.....	21
SALUTE E RETE DI ASSISTENZA FAMILIARE	22
Bisognosi di assistenza saltuaria o continuativa.....	22
Ricoverare Disabile In Struttura	22

Tab.1 - Differenze fra le due indagini negli indicatori relativi alla salute e accessi ai servizi sanitari (valori medi)

	2012	2006	differenza (2012- 2006)	differenza (2012- 2006)/2006 *100	2012 VS 2006	significatività * p<0.10, ** p<0.05 *** p<0.01
SF-12						
Salute fisica (0-100)	48.7	48.8	-0.1	-0.2%	😊	
Salute mentale (0-100)	46.0	49.1	-3.1	-6.3%	😞	***
STILI DI VITA						
Fumo	18.8%	21.1%	-2.3%	-11.0%	😞	**
Attività fisica	50.9%	45.3%	5.5%	12.2%	😊	***
Sovrappeso-obesità	42.4%	42.2%	0.2%	0.4%	😞	
ACCESSO AI SERVIZI SANITARI						
% individui con almeno un accesso nell'anno Pronto Soccorso	21.2%	20.3%	0.9%	4.6%	😞	
Numero accessi al PS procapite	0.32	0.33	-0.01	-3.5%	😊	
% individui con almeno un accesso nell'anno Pronto Soccorso in codice bianco	6.5%	4.9%	1.6%	32.5%	😞	***
Numero accessi al PS in codice bianco procapite	0.09	0.08	0.0	24.6%	😞	
% individui che hanno effettuato almeno una visita specialistica nell'anno	58.7%	64.7%	-6.0%	-9.2%		***
Numero visite specialistiche pro capite	2.0	2.4	-0.4	-16.1%		***
% individui che hanno effettuato almeno una visita specialistica privata nell'anno	32.2%	38.9%	-6.7%	-17.2%		***
Numero visite specialistiche private pro capite	0.8	1.1	-0.3	-28.9%		***
% individui che hanno effettuato almeno un ricovero nell'anno	9.6%	10.0%	-0.4%	-4.2%		
Numero ricoveri pro capite	0.80	0.85	0.0	-5.6%		
INVALIDITA', LIMITAZIONI E ASSISTENZA						
% Invalidi	7.9%	6.9%	1.0%	14.5%	😞	*
Invalidità media %	65.5%	3.8%	61.7%	1641%	😞	***
% Persone con limitazioni	18.8%					
% Persone con limitazioni gravi	6.7%					
% Bisognosi di assistenza saltuaria o continuativa	3.4%	2.4%	1.0%	43.1%	😞	***
ESENZIONI TICKET SANITARI						
% Esenti dal pagamento delle prestazioni sanitarie	35.5%	27.7%	7.7%	27.8%		***
GIUDIZIO SERVIZIO SANITARIO						
Tempi di attesa per esami, visite e ricoveri- giudizio 0-10	6.8	6.9	-0.10	-1.5%	😊	*
DEPRIVAZIONE MATERIALE						
% famiglie che lamentano servizi igienici adeguati nell'abitazione	2.3%	2.4%	-0.1%	-2.5%	😊	
% famiglie che lamentano riscaldamento adeguato nell'abitazione	4.6%	4.6%	0.0%	-0.5%	😊	
% famiglie che lamentano inquinamento nell'area dell'abitazione	13.0%	14.9%	-1.9%	-12.5%	😊	
% individui che hanno dovuto rinunciare a cure mediche per motivi economici	8.4%	-				
% famiglie che NON possono permettersi carne pollo pesce (o equivalente vegetariano) ogni due giorni	9.4%	-				
% famiglie che NON possono permettersi permettersi riscaldamento adeguato nell'abitazione	8.4%	-				

Tab.2 - Differenze fra donne e uomini negli indicatori relative alla salute e accesso ai servizi sanitari (valori medi).

	sesso			diff donna- uomo	(donna- uomo)/u omo	donne VS uomini
	TOTAL E	UOMO	DONNA			
SF-12						
Salute fisica (0-100)	48.7	49.7	47.8	-1.9	-3.8%	☹️
Salute mentale (0-100)	46.0	47.2	44.8	-2.4	-5.1%	☹️
STILI DI VITA						
Fumo	18.8%	21.0%	16.6%	-4.3%	-20.7%	😊
Attività fisica	50.9%	55.5%	46.4%	-9.2%	-16.5%	☹️
Sovrappeso-obesità	42.4%	49.4%	35.7%	-13.7%	-27.7%	😊
ACCESSO AI SERVIZI SANITARI						
% individui con almeno un accesso nell'anno Pronto Soccorso	21.2%	20.0%	22.3%	2.3%	11.5%	☹️
Numero accessi al PS procapite	0.3	0.3	0.4	0.07	25.3%	☹️
% individui con almeno un accesso nell'anno Pronto Soccorso in codice bianco	6.5%	6.6%	6.4%	-0.2%	-2.9%	😊
Numero accessi al PS in codice bianco procapite	0.1	0.1	0.1	0.01	13.2%	
Quota codici bianchi su accessi al Pronto Soccorso	30.8%	33.1%	28.8%	-4.3%	-13.0%	
% individui che hanno effettuato almeno una visita specialistica nell'anno	58.7%	51.2%	65.7%	14.5%	28.3%	
Numero visite specialistiche pro capite	2.0	1.5	2.5	1.0	65.6%	
% individui che hanno effettuato almeno una visita specialistica privata nell'anno	32.2%	26.9%	37.1%	10.2%	38.0%	
Numero visite specialistiche private pro capite	0.8	0.6	0.9	0.4	64.2%	
% individui che hanno effettuato almeno un ricovero nell'anno	9.6%	8.3%	10.9%	2.6%	31.8%	
Numero ricoveri pro capite	0.8	0.7	0.9	0.2	29.0%	
INVALIDITA', LIMITAZIONI E ASSISTENZA						
% Invalidi	7.9%	7.3%	8.5%	1.2%	15.9%	☹️
Invalità media %	65.5%	57.6%	71.9%	14.2%	24.7%	☹️
% Persone con limitazioni	18.8%	15.2%	22.1%	6.9%	45.0%	☹️
% Persone con limitazioni gravi	6.7%	5.1%	8.1%	3.0%	59.8%	☹️
% Bisognosi di assistenza saltuaria o continuativa	3.4%	2.4%	4.5%	2.1%	87.5%	☹️
ESENZIONI TICKET SANITARI						
% Esenti dal pagamento delle prestazioni sanitarie	35.5%	31.6%	39.0%	7.4%	23.4%	
GIUDIZIO SERVIZIO SANITARIO						
Tempi di attesa per esami, visite e ricoveri- giudizio 0-10	6.8	6.6	7.0	0.4	5.3%	
DEPRIVAZIONE MATERIALE						
% individui che hanno riferiscono di aver dovuto rinunciare a cure mediche per motivi economici	8.4%	6.6%	11.7%	5.0%	75.6%	☹️

SALUTE SOGGETTIVA

Qualità della vita SF12 - Indice di salute fisico e mentale

La salute fisica e mentale è indagata attraverso due indici ottenuti attraverso il questionario sulla qualità della vita *Short Form 12 (SF-12)* ampiamente utilizzato e validato a livello internazionale [Apolone G., Mosconi P., Ware J.E. 1997¹].

Si tratta di un set di 12 domande rilevate per persone con più di 14 anni, riferite alla condizione percepita nelle quattro settimane prima dell'intervista, che consentono di costruire due indici sintetici, il *Physical Component Summary* (indice di salute fisica) e il *Mental Component Summary* (indice di salute mentale). La scala dei valori che gli indici possono assumere varia teoricamente da 0 a 100; più elevato è il punteggio migliore è la condizione riferita dal soggetto.

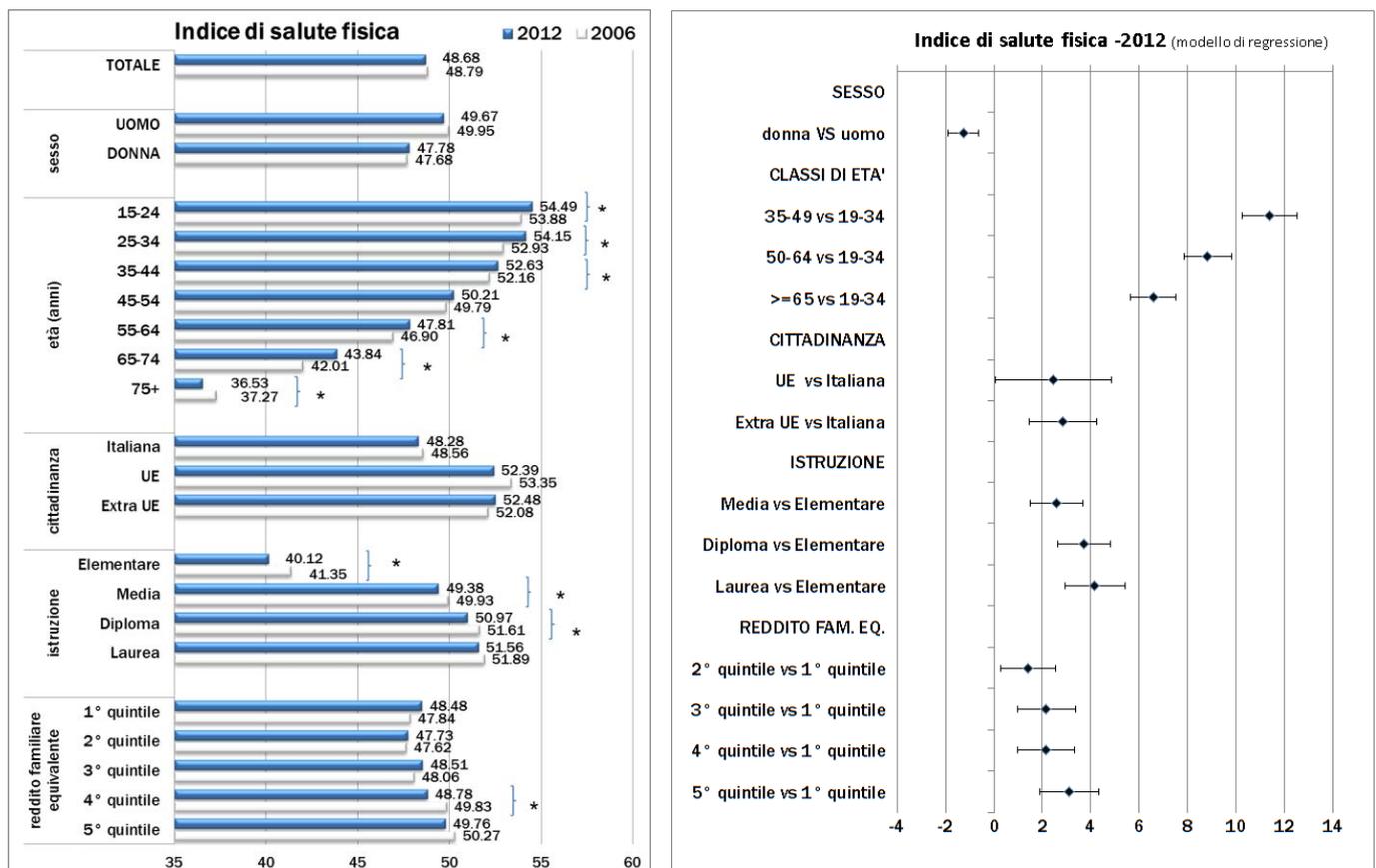
I punti di maggior forza di questo questionario auto-somministrato sono la brevità e la relativa facilità d'uso.

Il questionario SF-12 è la versione breve del questionario SF-36. In Italia il questionario è utilizzato nell'indagine ISTAT multiscopo sullo stato di salute degli italiani e quando saranno disponibili i microdati dell'ultima survey 2012 potranno essere presentati confronti.

La **salute fisica** dei modenesi è rimasta in media sostanzialmente stabile (48.7). Si evidenzia un miglioramento in tutte le fasce di età particolarmente significativo tra i 55-64enni (+1.1 punti) e tra i 65-74enni (+1.8 punti) e un peggioramento per gli over 75 (-0.8 punti). È peggiorata la condizione fisica di coloro che possiedono titoli di studio più bassi in particolare le elementari (-1.2 punti).

Vengono confermate relazioni già evidenziate nell'indagine precedente in particolar modo le differenze e diseguaglianze a discapito della salute delle donne rispetto a quella degli uomini², un miglioramento della condizione fisica all'aumentare del titolo di studio e del benessere economico indagato attraverso il reddito disponibile familiare equivalente³.

Fig. 1-2 - Indice di salute fisica analisi descrittiva (fig.1), modello di regressione (fig.2)



* differenze statisticamente significative tra Icesmo 2 e Icesmo3 (test differenze media due campioni)

¹ <http://crc.marionegri.it/qdv/index.php?page=sf12>

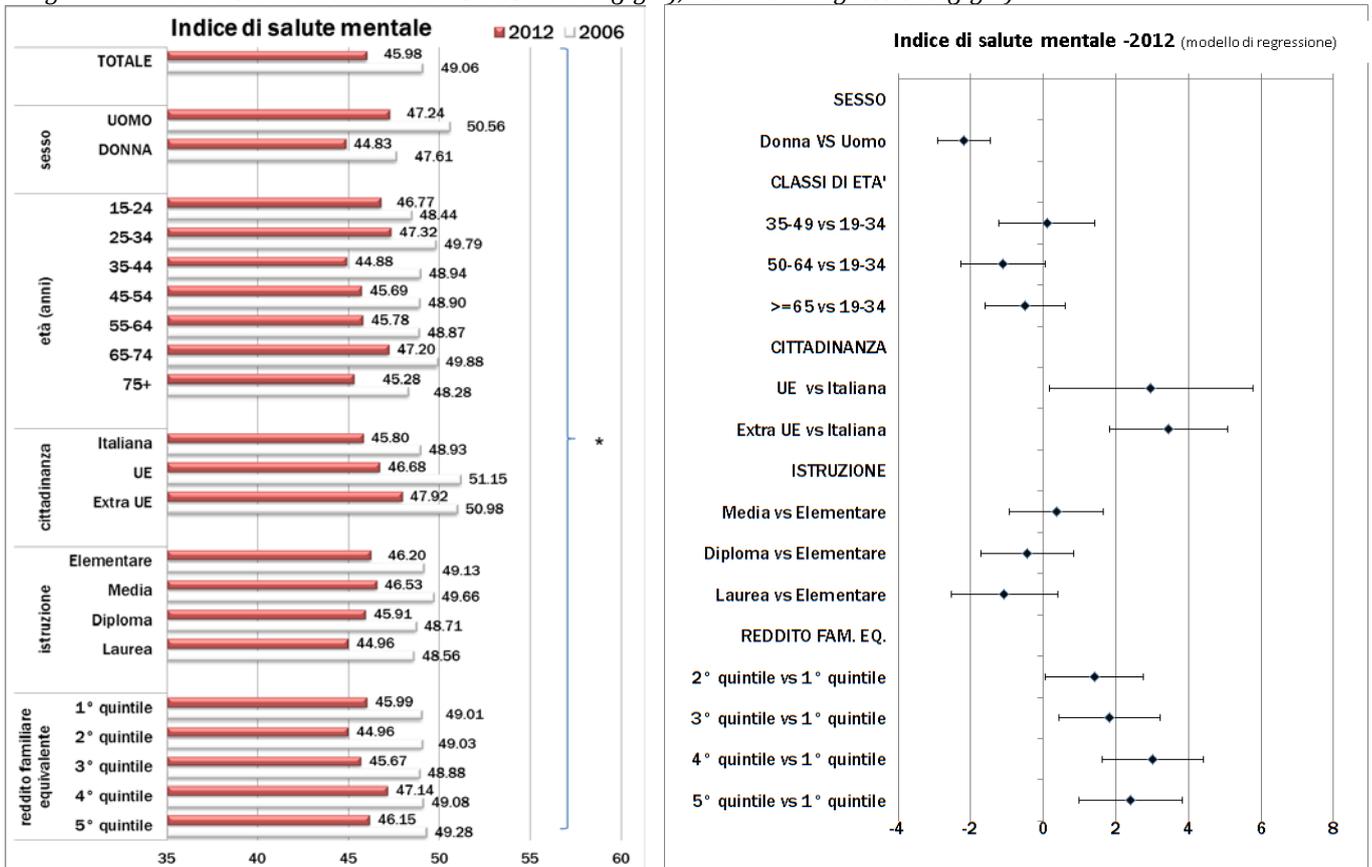
² Salute e genere nell'approccio delle capacità. Analisi teorica evidenze empiriche e implicazioni di policies, Rapporto di ricerca finale, GenderCAPP, 2012 http://www.capp.unimo.it/ricerche/gender/salutedonna_report.html

³ Scheda Icesmo3 – Massimo Baldini, Paolo Silvestri "I redditi delle famiglie".

Si evidenzia un peggioramento della **salute mentale** rilevante (-3 punti) per tutte le categorie di analisi considerate: genere, classe di età, cittadinanza, livello di istruzione e benessere economico. Le donne confermano uno svantaggio marcato rispetto agli uomini anche se la differenza fra i generi è diminuita in termini assoluti a causa di un peggioramento più marcato dell'indice per gli uomini tra le due indagini. In controtendenza rispetto ai trend registrati in letteratura, cambia l'ordinamento degli indici di salute mentale tra le fasce di età, specchio probabilmente di squilibri della società "anomali" evidenziati nel nostro Paese dovute in larga parte a "mancanze" di interventi attivi ed efficaci da parte delle politiche di welfare, del lavoro. In particolar modo il valore più basso e preoccupante è quello dei 35-44 anni, di 2.5 punti inferiore rispetto ai 65-74 anni. Questi ultimi registrano valori equiparabili alla fascia 25-34 anni. I risultati vengono confermati anche dalle analisi con modelli multivariati controllando quindi in particolar modo per età (fig.4).

I cittadini dei comuni terremotati intervistati dopo l'evento mostrano mediamente valori di salute mentale inferiori rispetto al resto della popolazione modenese (-2 punti).

Fig. 3-4 - Indice di salute mentale analisi descrittiva (fig.3), modello di regressione (fig.4)



* differenze statisticamente significative tra Icesmo 2 e Icesmo3 (test differenze media due campioni)

STILI DI VITA

Indice di massa corporea

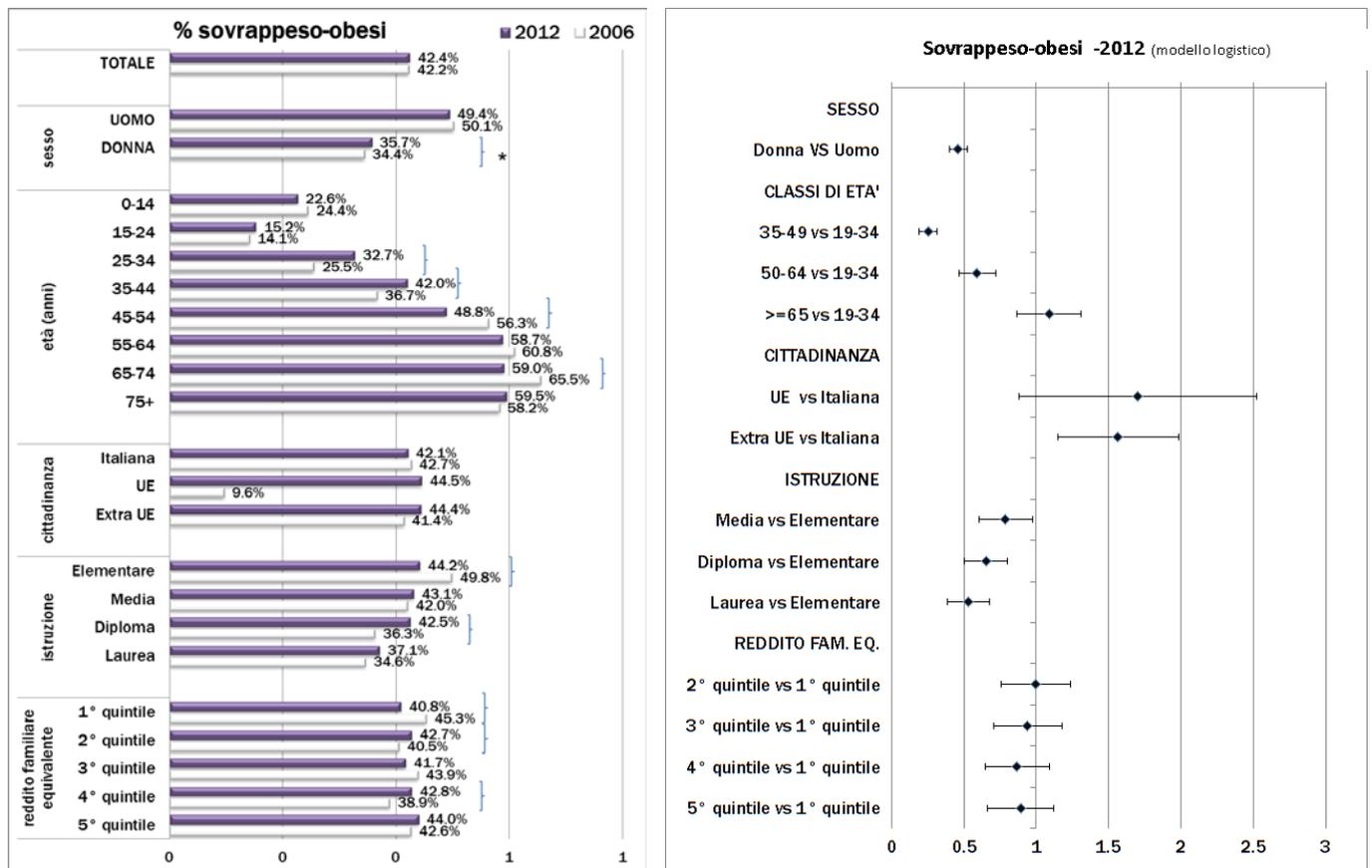
La percentuale della popolazione modenese **sovrappeso-obesa** è in media rimasta sostanzialmente stabile (42%), tra le donne è aumentata (+1.3%) nonostante la quota totale rispetto agli uomini sia più bassa (donne 35.7%, uomini 49.4%). Tra i 25-44 anni si registra l'aumento maggiore della quota di persone sovrappeso-obese (25-34 anni +7.2%, 35-44 anni +5.3%), il decremento maggiore invece è tra i 45-54 anni (-7.5%) seguito dai 65-74 anni (-6.5%).

Si rileva un aumento significativo degli uomini sovrappeso-obesi concentrato nella fascia 35-44 anni (+6%).

Tra i quintili di reddito disponibile familiare equivalente la diminuzione in termini assoluti maggiore è nella fascia dei più poveri (-4.5%).

All'aumentare del livello di istruzione e del benessere economico diminuisce progressivamente la probabilità di essere sovrappeso-obesi, la relazione inversa con il reddito non è confermata tra gli uomini che al contrario nel quintile più ricco hanno addirittura una maggiore probabilità⁴.

Fig. 5-6 - Percentuale sovrappeso-obesi analisi descrittiva (fig.5), modello logistico(Odds Ratio) (fig.6)



* differenze statisticamente significative tra Icesmo 2 e Icesmo3 (test differenze proporzioni di due campioni)

⁴ Modelli logistici costruiti per genere con regressori età, istruzione, cittadinanza e reddito disponibile familiare equivalente. Vedi presentazione gruppo equità Ausl Mo per modelli logistici divisi per genere <http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10366>

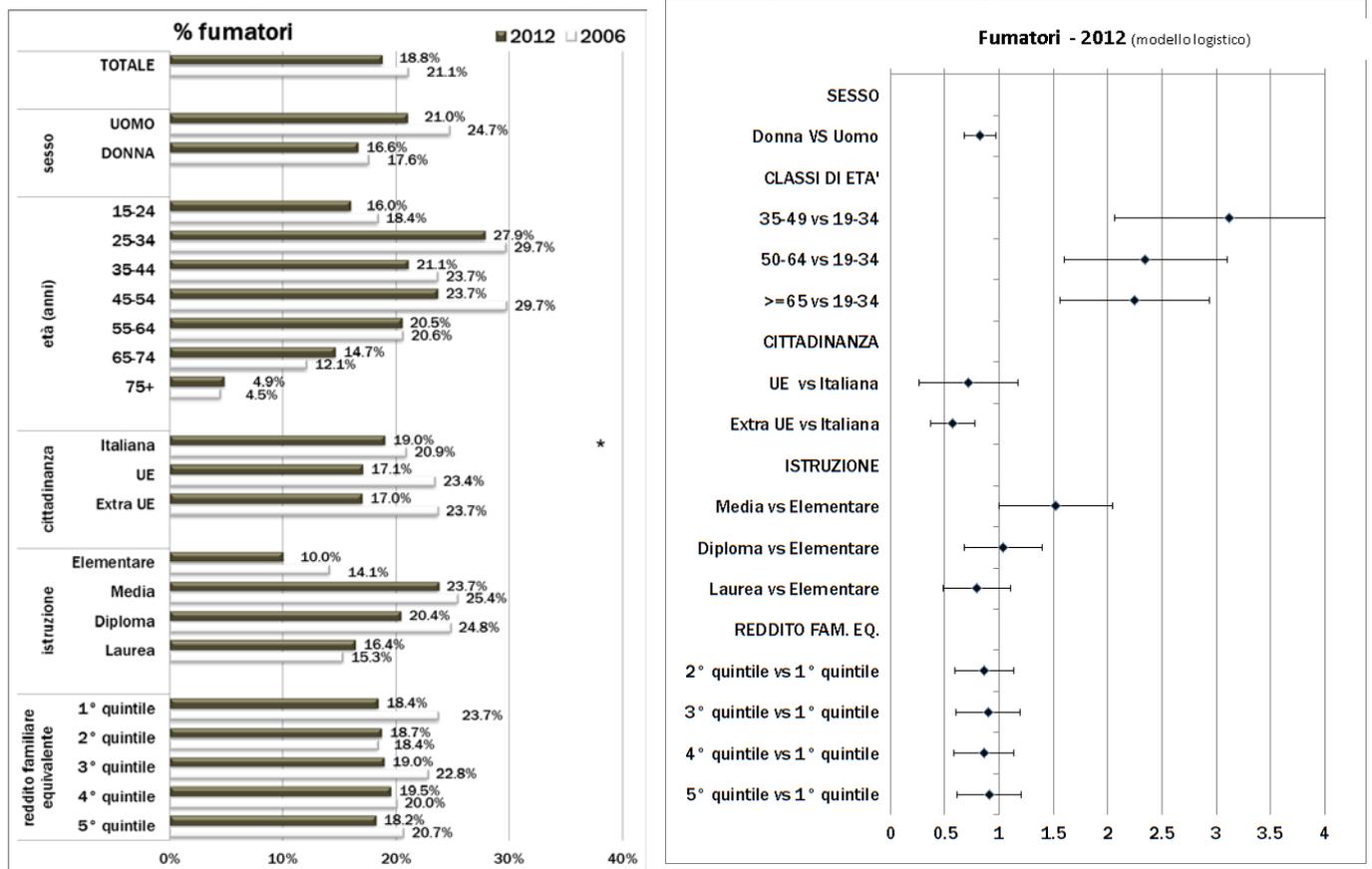
Fumo⁵

Si riscontra una riduzione nella popolazione dei fumatori (-2.3%) concentrata tra i 15-54 anni e un aumento tra i 65-74 anni. Permane il comportamento maggiormente a rischio degli uomini rispetto alle donne in relazione all'abitudine al fumo (21.1% uomini, 16.6% donne), ma gli uomini smettono di più di fumare (-3.7% uomini, -1% donne). Permane l'aspetto "coorte o generazionale" delle donne fumatrici nella classe 50-64 anni (24.4%) che supera come percentuale quella degli uomini (20.2%).

I più poveri mostrano la riduzione maggiore nella percentuale di fumatori (-5.3%)

Non si evidenzia una relazione univoca tra l'abitudine al fumo istruzione e benessere economico (fig.8).

Fig. 7-8 - Percentuale fumatori analisi descrittiva (fig.7), modello logistico (Odds Ratio) (fig.8)



⁵ Questa domanda non è stata sottoposta agli intervistati dopo il terremoto nei comuni colpiti dall'evento (20.7% del campione).

Attività fisica⁶

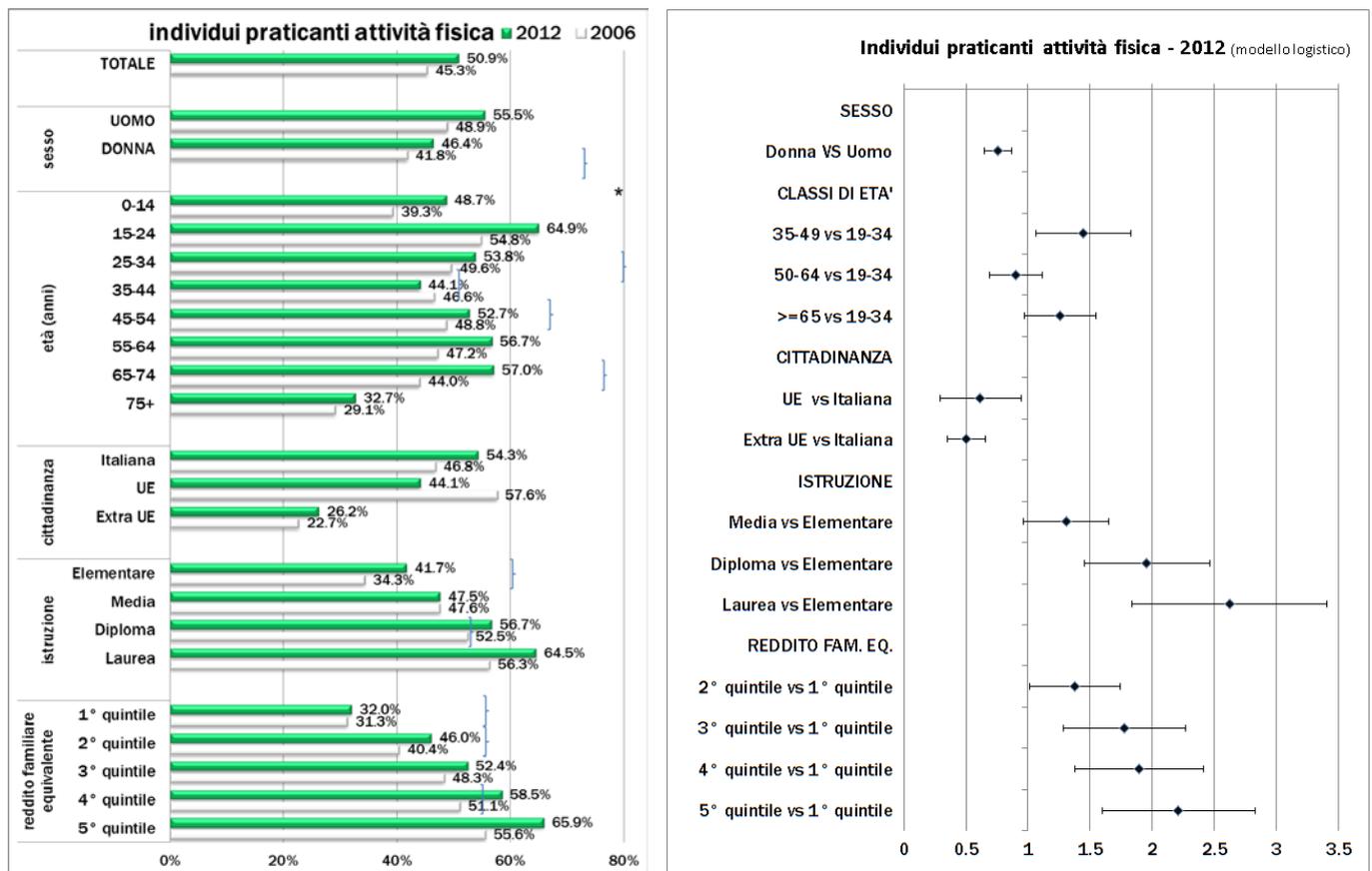
Aumenta l'attività fisica leggera e intensiva svolta dalla popolazione in tutte le fasce di età tranne che tra i 35-44 anni sia uomini che donne.

Permane il dato per cui sono gli uomini a fare più sport delle donne (55.5% uomini, 46.4% donne), probabilmente legato all'iniqua distribuzione dei carichi di lavoro totale (pagato e non pagato di cura e domestico).

Aumenta di 10 punti l'attività fisica praticata dai bambini fuori dall'orario scolastico.

All'aumentare del titolo di studio e del benessere economico aumenta la probabilità di svolgere attività fisica, la relazione vale sia per gli uomini che per le donne⁷.

Fig. 9-10 – Percentuale fumatori analisi descrittiva (fig.9), modello logistico(Odds Ratio) (fig.10)



⁶ Questa domanda non è stata sottoposta agli intervistati dopo il terremoto nei comuni colpiti dall'evento (20.7% del campione).

⁷ Modelli logistici costruiti per genere con regressori età, istruzione, cittadinanza e reddito disponibile familiare equivalente.

ACCESSO AI SERVIZI SANITARI

Pronto soccorso

E' aumentato di un punto percentuale in termini generali il ricorso al pronto soccorso. L'aumento è presente in tutte le fasce di età tranne i 15-24 anni e tra i 35-44 anni dove invece si evidenzia una riduzione dell'accesso. L'aumento maggiore è concentrato nelle fasce 45-54 anni (+3.5%), 65-74 anni (+3.3%) e negli over 75 anni (+2%). Sembra diminuire l'accesso nei due quintili più poveri e aumentare nei quintili più ricchi.

Mediamente si rileva un accesso maggiore delle donne rispetto agli uomini esclusa la fascia di età 45-54 anni.

Viene confermata la relazione con la condizione economica familiare, all'aumentare del benessere economico diminuisce l'accesso al pronto soccorso⁸.

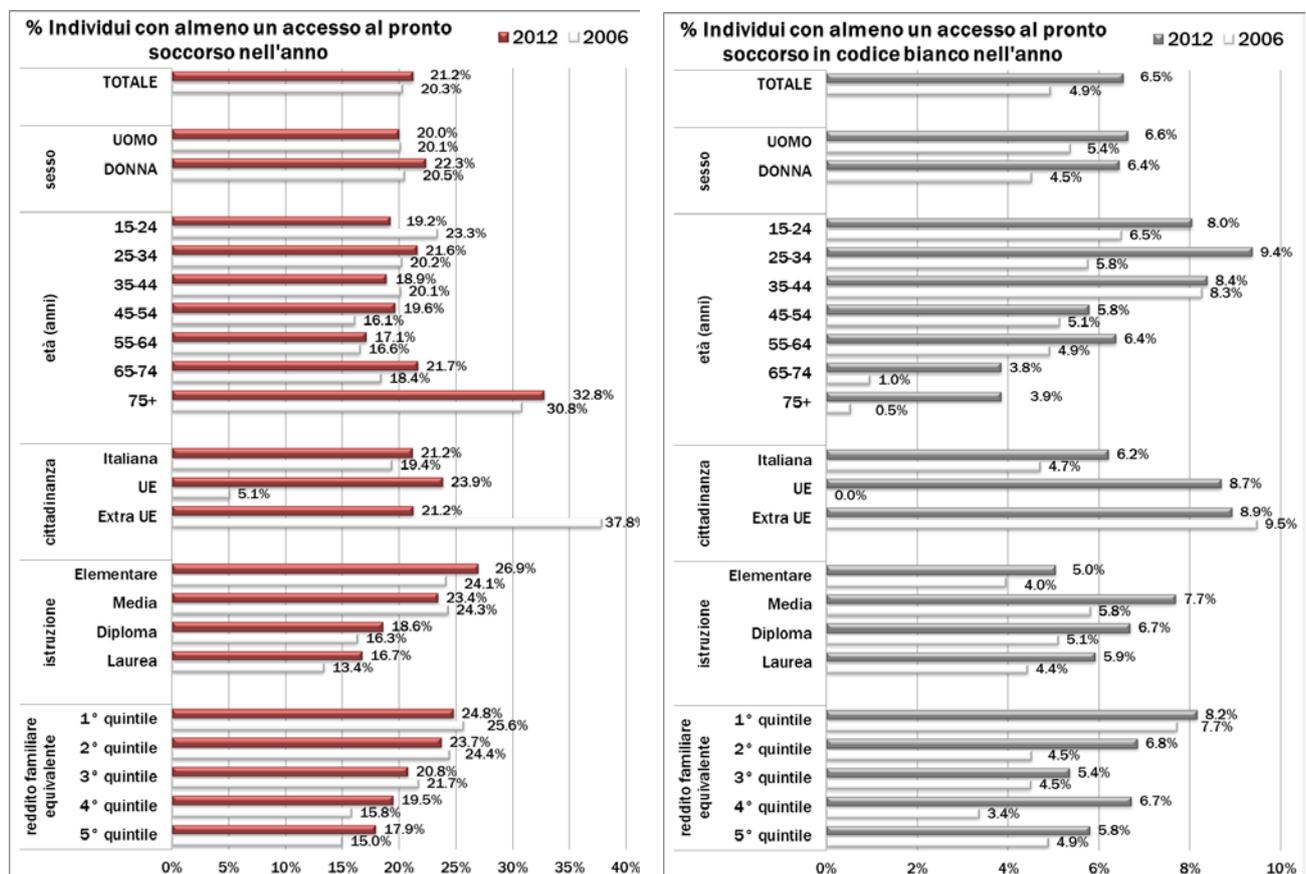
Pronto soccorso - codici bianchi

Rispetto ad Icesmo2 la quota di codici bianchi sulla popolazione è aumentata rappresenta il 30% degli accessi e il 6.5% della popolazione. La quota di assegnazione di codice bianco sulla popolazione diminuisce all'aumentare dell'età dopo i 35 anni. Il maggior numero di assegnazioni di codice bianco si concentra nella popolazione più giovane tra i 25-34 anni (9.4%). Tra i 15 e 44 anni si registrano gli aumenti di codici bianchi maggiori rispetto alla scorsa edizione.

Non si evidenziano differenze di genere rilevanti.

Il benessere economico non sembra avere un effetto univoco così come nella scorsa edizione dell'indagine; è presente invece una relazione inversa fra titolo di studio e accesso in codice bianco, non netta fra le donne.

Fig. 11-12 - Percentuale individui con almeno un accesso al pronto soccorso (fig.11) e con accesso con codice bianco (fig.12)



⁸ Modelli logistici costruiti per genere con regressori età, istruzione, cittadinanza e reddito disponibile familiare equivalente.

Visite specialistiche⁹

Diminuiscono in modo netto le persone che hanno fatto una visita specialistica negli ultimi 12 mesi (58.7% IcesMO3 64.7% IcesMO2).

Le donne, come nella scorsa indagine, sono coloro che maggiormente svolgono almeno una visita nell'anno (65.7% donne, 51.2% uomini), è da tenere in considerazione la presenza di visite di tipo ginecologico routinarie.

Diminuiscono la quota di persone che fanno almeno una visita specialistica nell'anno in tutte le fasce di età tranne che negli over 75 (73.6%).

Considerando il benessere economico si evidenzia come siano i cittadini appartenenti al quintile più povero e quello mediano (primo e terzo) ad avere ridotto in modo più evidente le visite specialistiche.

Si evidenzia una relazione diretta fra la quota di visitati e il titolo di studio ciò significa che all'aumentare del livello di istruzione aumenta il numero di coloro che si sottopongono a visite specialistiche almeno una volta all'anno, questo fenomeno è più marcato per le donne¹⁰. Nei modelli multivariati divisi per genere si nota come la relazione tra visitati e benessere economico sia confermata solo per le donne: le donne appartenenti al quintile più povero mostrano uno svantaggio molto marcato rispetto agli altri quintili di reddito, mentre negli uomini questo non avviene. Questo potrebbe essere letto come una rinuncia maggiore tra le donne povere ad effettuare visite per motivi economici rispetto alle più benestanti.

Quanto osservato è confermato anche dai dati riguardanti il numero di visite specialistiche procapite annuali. Tra le due indagini si registra una contrazione da 2.4 a 2 visite pro capite, maggiore per le donne, da 3 a 2.5 visite, rispetto agli uomini da 1.7 a 1.5. La riduzione maggiore è per la fascia 35-44 anni, da 2.5 a 1.6 pro capite, mentre gli unici che non registrano diminuzione sono gli over 75 (da 2.9 a 3). Il quintile più povero ha ridotto le visite effettuate da 2.3 a 1.5, il terzo quintile da 2.6 a 1.7.

Visite specialistiche private

Quanto detto per le visite specialistiche risulta ancora più netto analizzando le visite private.

Rispetto ad Icesmo2 sono diminuite sia le persone che effettuano visite private (dal 39% al 32%) che il numero medio di visite (0.76 vs 1.1)

La quota di donne che effettua una visita privata nell'anno è maggiore rispetto agli uomini così come è maggiore il numero di visite.

La distribuzione della quota di persone rispetto all'età che effettuano visite private è profondamente modificata tra le due indagini, mentre nel 2006 era a forma piramidale con la quota maggiore di visitati privatamente tra i 35 e 54 anni (44%), nel 2012 è diventata crescente rispetto all'età, sono quindi oggi gli over 75 a fare più visite private sia come quota di visitati sulla popolazione che come numero (37% visitati, 1 visita). Dal 2006 al 2012 la percentuale di visitati privatamente è diminuita in tutte le fasce di età anche se in modo marcato tra i 25-54 anni con una riduzione massima nei 35-44enni (-15% dal 43% del 2006 al 28% del 2012), nello stesso periodo sono aumentati i visitati presso il pubblico in misura non comparabile con la riduzione delle visite private. In sintesi quindi è diminuita la percentuale di visitati almeno una volta nell'anno in modo consistente soprattutto fra i 35 e i 54 anni (-12.7% nei 35-44 anni, - 8.1% nei 45-54 anni), mentre rimane invariata la quota del 73% tra gli over 75 anni (che sembrano spostare un -1.6% dal privato ad 1.9% nel pubblico).

Il quintile di reddito più povero ha ridotto le visite private effettuate dal 29% al 13%.

Come atteso il benessere economico e il titolo di studio incide sia sul numero di individui che effettua almeno una visita privata nell'anno che sul numero¹¹.

⁹ E' importante sottolineare che le domande riguardanti le visite specialistiche totali e private sono cambiate tra le due indagini, in Icesmo2 si richiedeva in modo puntuale il numero di visite per diverse discipline, mentre in ICesmo3 la domanda è unica, ci può essere quindi un *under reporting* dovuto alla dimenticanza di alcune visite. Questo aspetto dovrebbe inficiare maggiormente la numerosità delle visite non il numero di coloro che in un anno ha effettuato almeno una visita.

¹⁰ Modelli logistici costruiti per genere con regressori età, istruzione, cittadinanza e reddito disponibile familiare equivalente.

¹¹ Modelli logistici (visitato sì/no) e di poisson (numero visite) costruiti per genere con regressori età, istruzione, cittadinanza e reddito disponibile familiare equivalente.

Fig. 13-14 – Percentuale individui che hanno effettuato almeno una visita specialistica (fig.13) o visita specialistica privata (fig.14) nell'anno

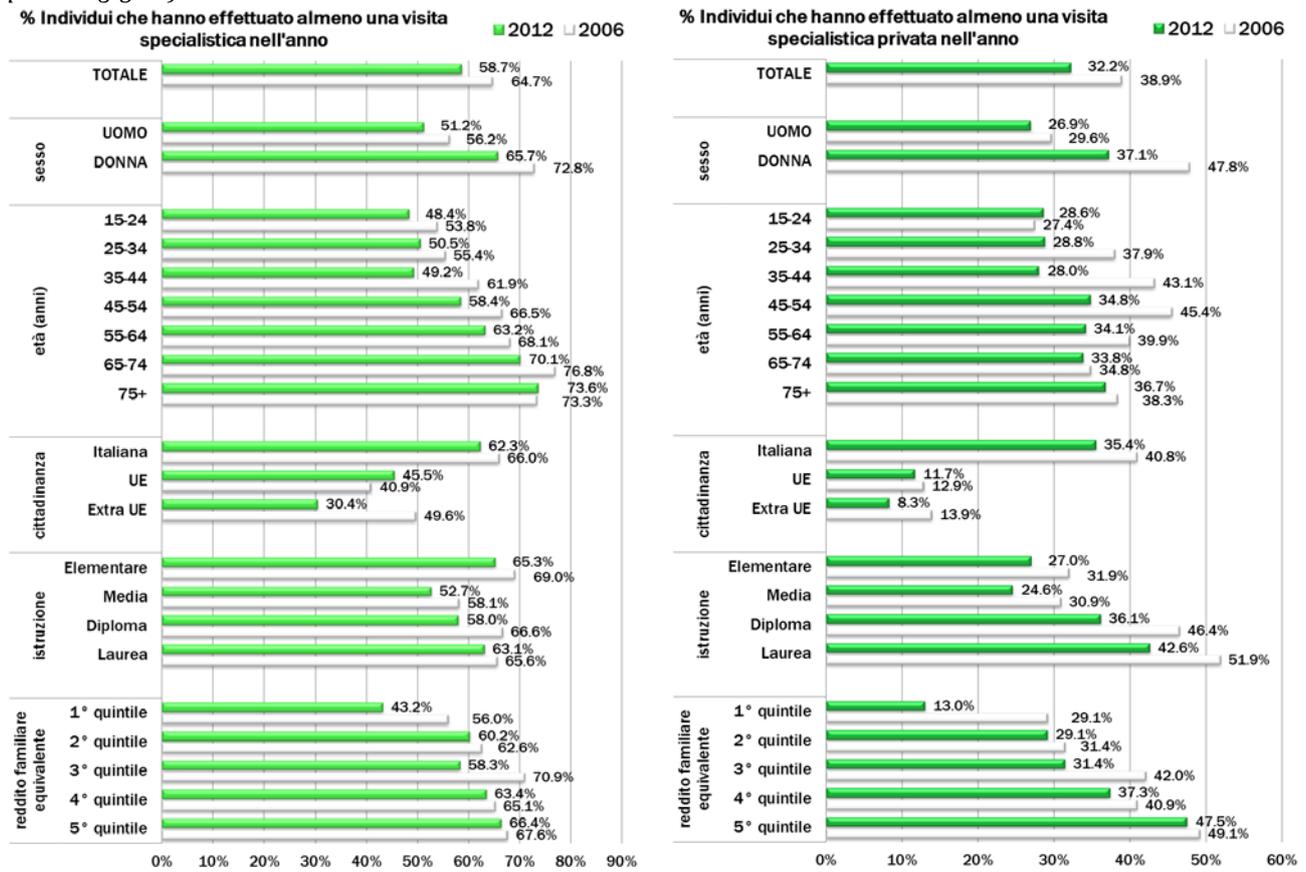
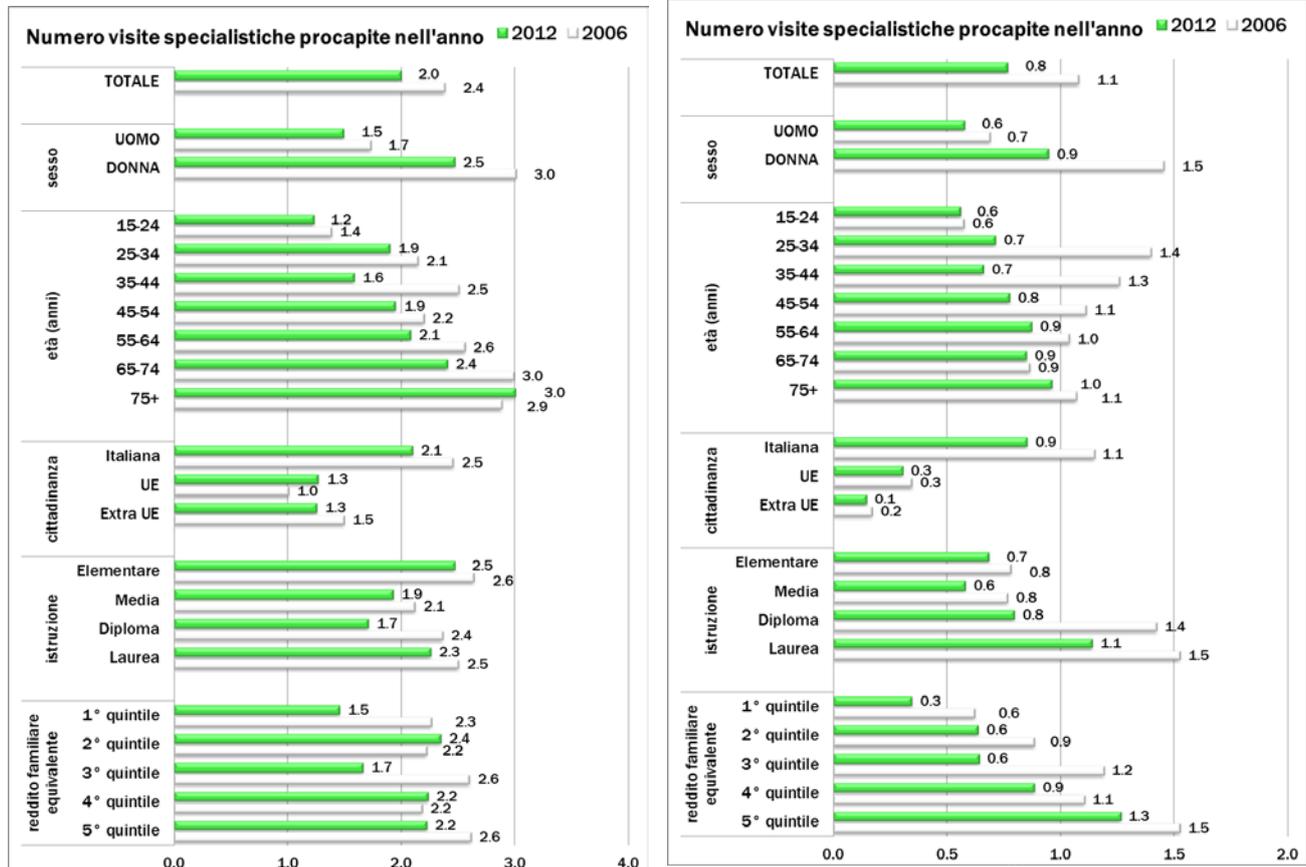


Fig. 15-16 – Numero visite specialistiche procapite (fig.15) o visita specialistiche private procapite (fig.16) nell'anno

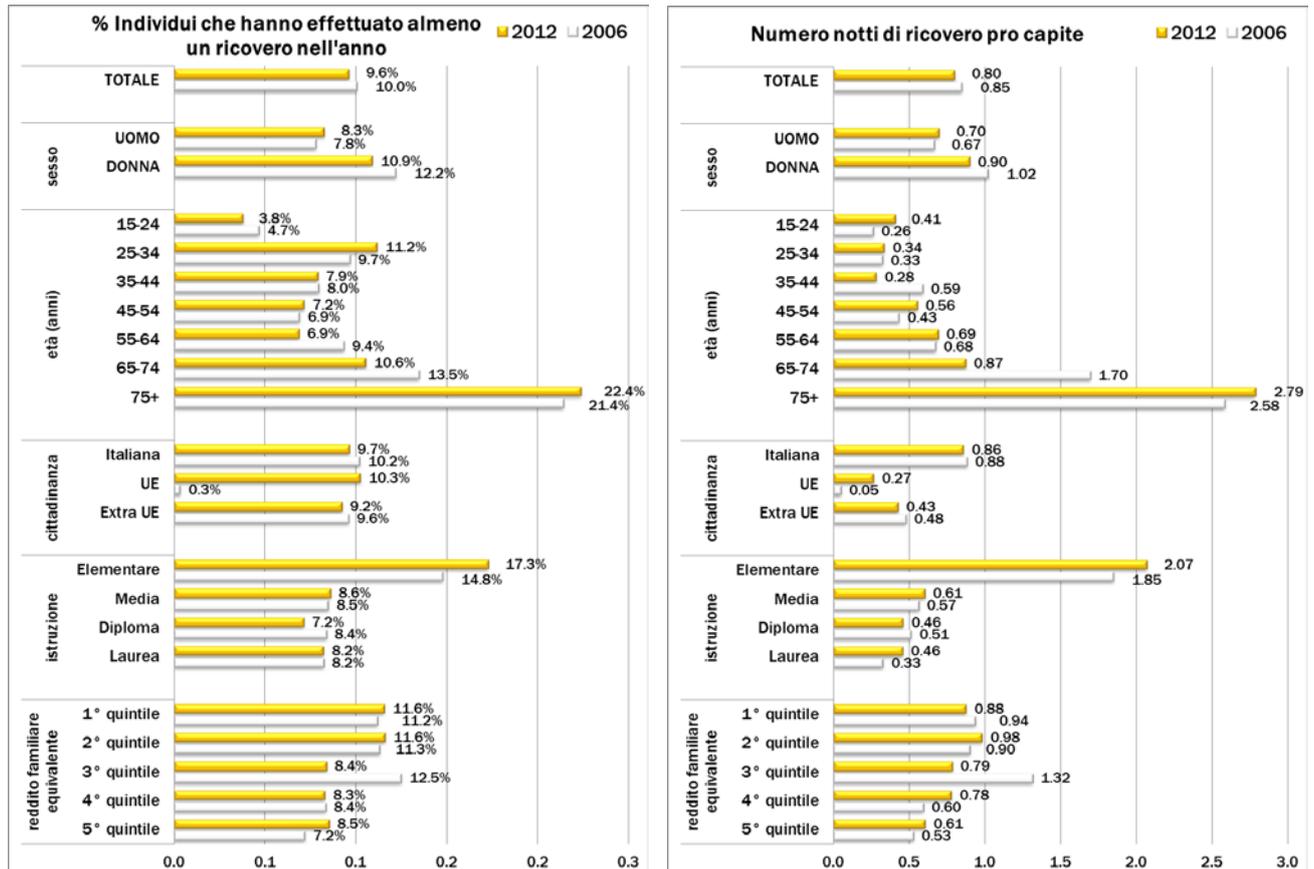


Ricoveri

La percentuale di individui che hanno effettuato almeno un ricovero nell'anno sono diminuiti rispetto ad Icesmo2 in tutte le fasce di età esclusi gli over 75 anni che registrano un aumento di 1 punto (22.4% nel 2012, 21.4% 2006) e nei 25-34enni (da 9.7% al 11.2%).

Il benessere economico evidenzia un gradiente, aumentano i ricoveri a diminuire del reddito familiare equivalente.

Fig. 17-18 – Percentuale individui che hanno effettuato almeno un ricovero (fig.17) e ricoveri pro capite sulla popolazione (fig.18) nell'anno



CONDIZIONI DI SALUTE

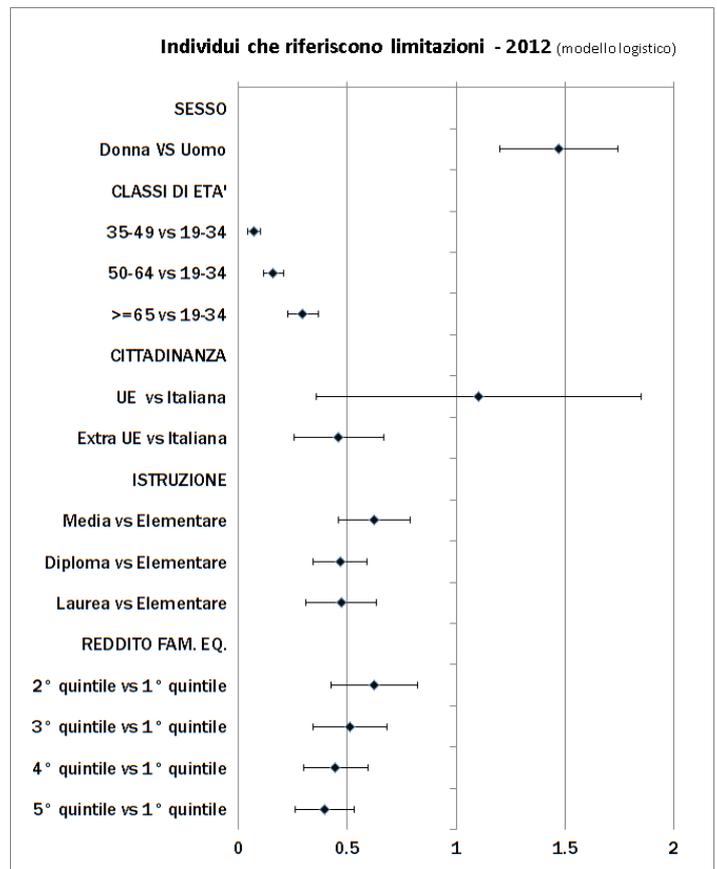
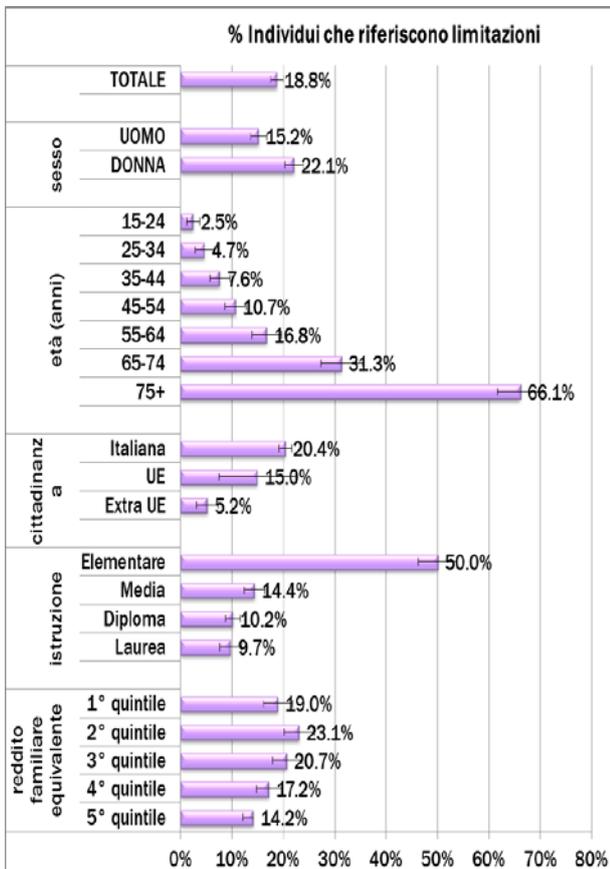
Limitazioni da almeno 6 mesi nelle attività quotidiane (non c'era in ICesmo2).

Le persone con limitazioni da almeno 6 mesi nello svolgimento delle attività quotidiane aumentano, come previsto, al crescere dell'età (4% tra i 19-34 anni; 8% 35-44 anni, 15% 50-64 anni, 49% >65 anni).

Il benessere economico incide in modo rilevante evidenziando una quota di limitati nel quintile più ricco del 13% rispetto al 17-22% dei quintili restanti. Le stesse riflessioni valgono concentrandosi solo sui limitati in modo grave.

Le donne evidenziano la presenza di limitazioni gravi nettamente superiore agli uomini negli over 65 anni (uomini 13.5%, donne 22%). Includendo le limitazioni lievi la condizione di svantaggio femminile si rileva anche tra i 35-49 anni (7,3% vs 9,2%) e 50-64 anni (13.9% vs 16.6%).

Fig. 19-20 - Percentuale individui che riferiscono limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane nell'anno (fig.19) e modello logistico (fig.20)

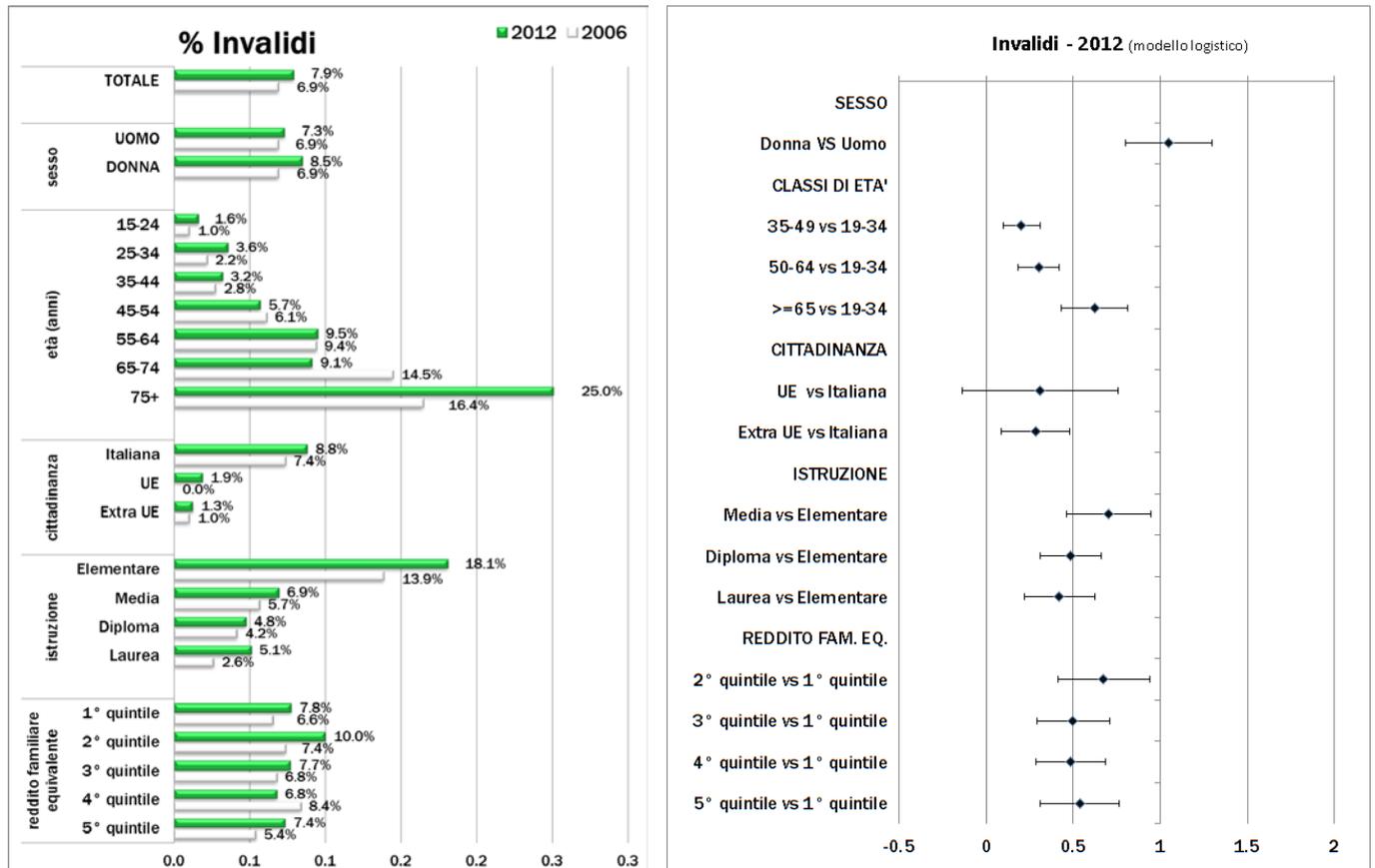


Invalidita'

La quota di invalidi nella popolazione è del 8%, 7.3% tra gli uomini e 8.5% fra le donne. La presenza di invalidità è maggiore per le donne negli over 65 rispetto agli uomini, è aumentata in entrambi sessi (più marcatamente per le donne) rispetto ad Icesmo2 (over 65 donne da 15.1% a 18.4%).

La quota di invalidi è aumentata rispetto all'indagine precedente tra i 15 e 34 anni e in modo molto marcato negli over 75 anni, dal 16.4% al 25%. I due quintili più poveri mostrano quote più elevate nell'ordine di 3 punti rispetto ai 3 quintili più ricchi che si attestano intorno al 7%. Si nota una relazione diretta con il titolo di studio, all'aumentare del livello di istruzione diminuisce sensibilmente la probabilità di essere invalido.

Fig. 21-22 - Percentuale invalidi (fig.21) e modello logistico (fig.21)



ESENZIONI TICKET SANITARI

Sembra possibile leggere il dato delle esenzioni dal pagamento delle prestazioni sanitarie senza essere condizionati dal fenomeno terremoto, i dati mostrano come non vi siano differenze nell'indagine fra i terremotati e non al momento dell'intervista.

Le esenzioni sono aumentate notevolmente rispetto all'indagine Icesmo2. In particolar modo nella fascia fino ai 49 anni (dal 5% al 20%). Diminuisce di 5 punti %, dal 78% al 73%, fra gli over65 anni.

Le donne risultano più esenti degli uomini (39% donne, 31% uomini) e gli anziani rispetto alle restanti fasce di età (81% negli over 75 anni) (quest'ultimo dato già evidenziato nell'indagine precedente).

All'aumentare del reddito diminuisce la probabilità di essere esenti dal pagamento del ticket. Nel quintile più ricco risulta in ogni caso una quota di esenti elevata il 26.3%, nel quarto quintile il 30%.

Le esenzioni per motivi reddituali è Si nota come le esenzioni per motivi economici abbia cambiato composizione negli ultimi 6 anni. In particolar modo a conferma di quanto emerso dalle analisi sulle condizioni economiche e occupazionali è aumentata notevolmente la quota dei giovani esenti dal pagamento dei ticket sanitari.

Fig. 23-24 – Percentuale esenti per reddito, patologia o altro (fig.23) e modello logistico (fig.24)

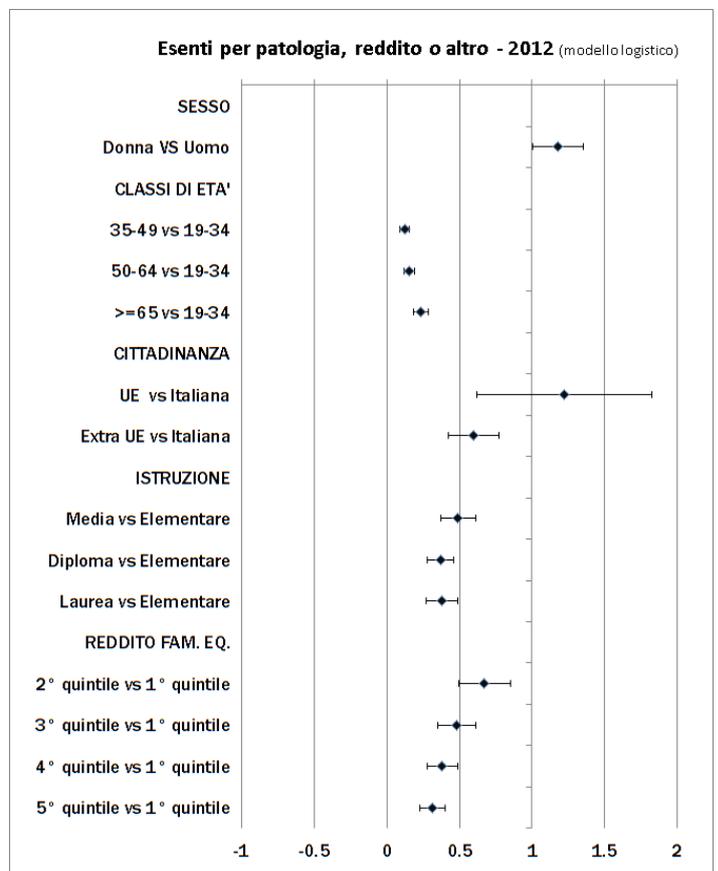
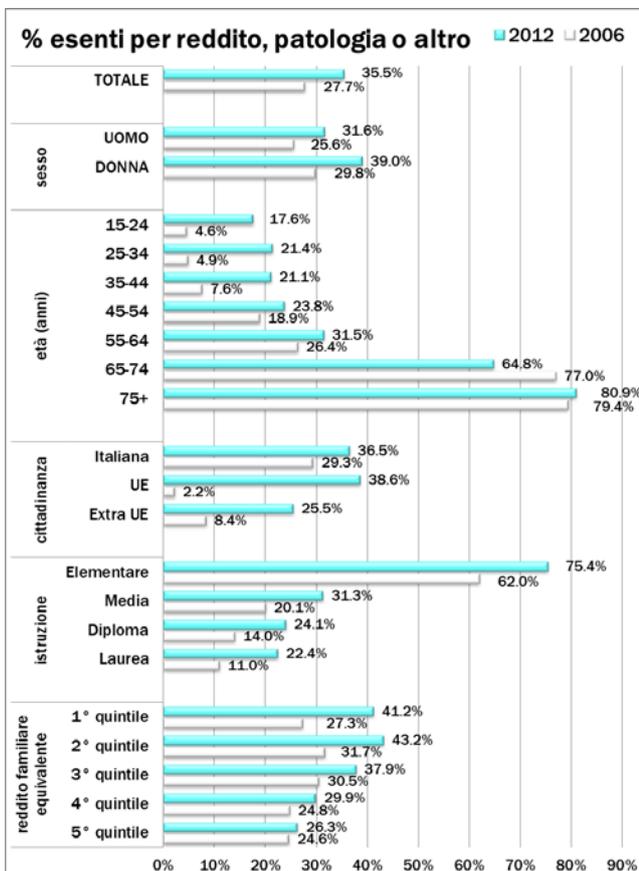
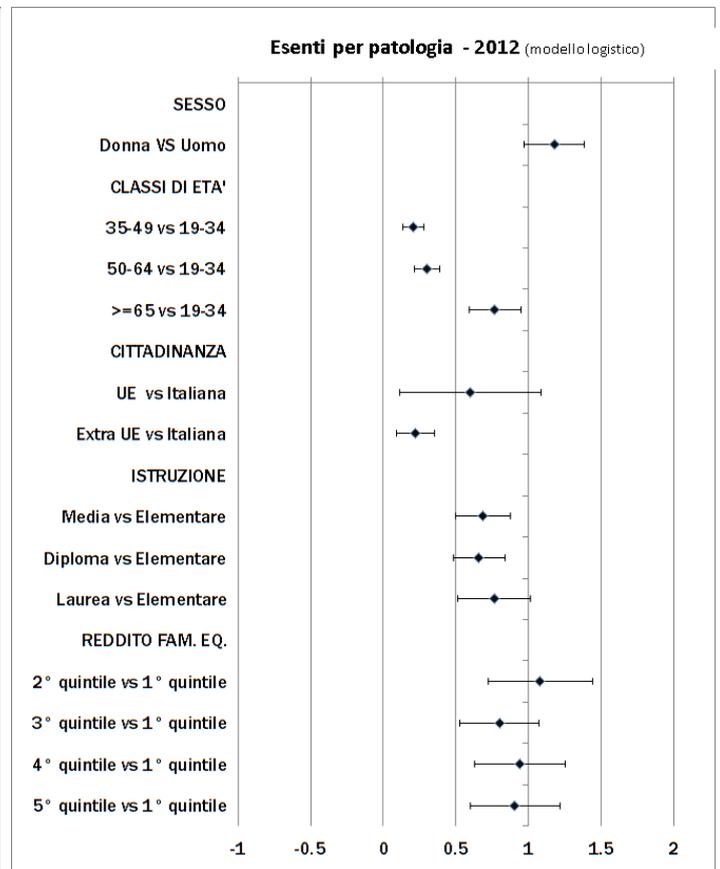
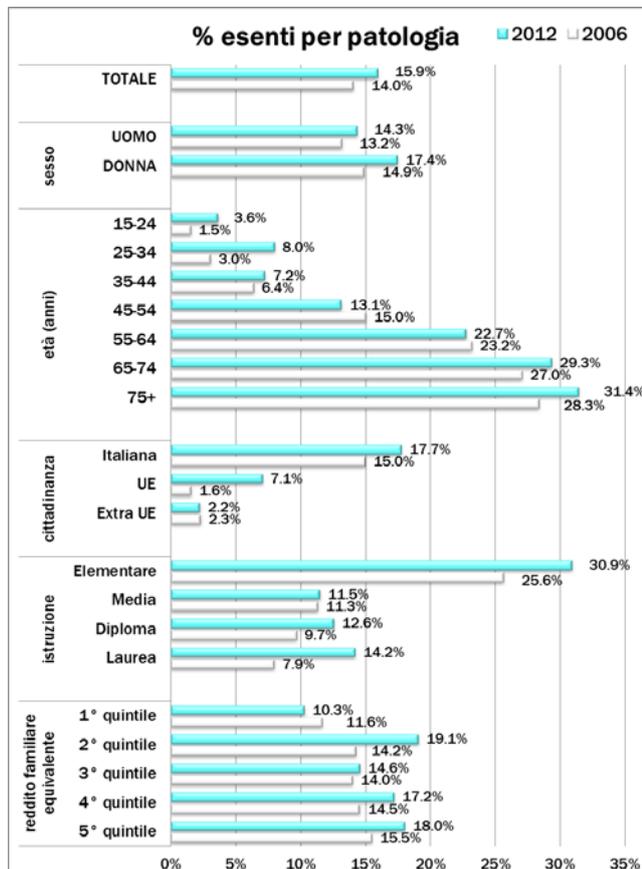
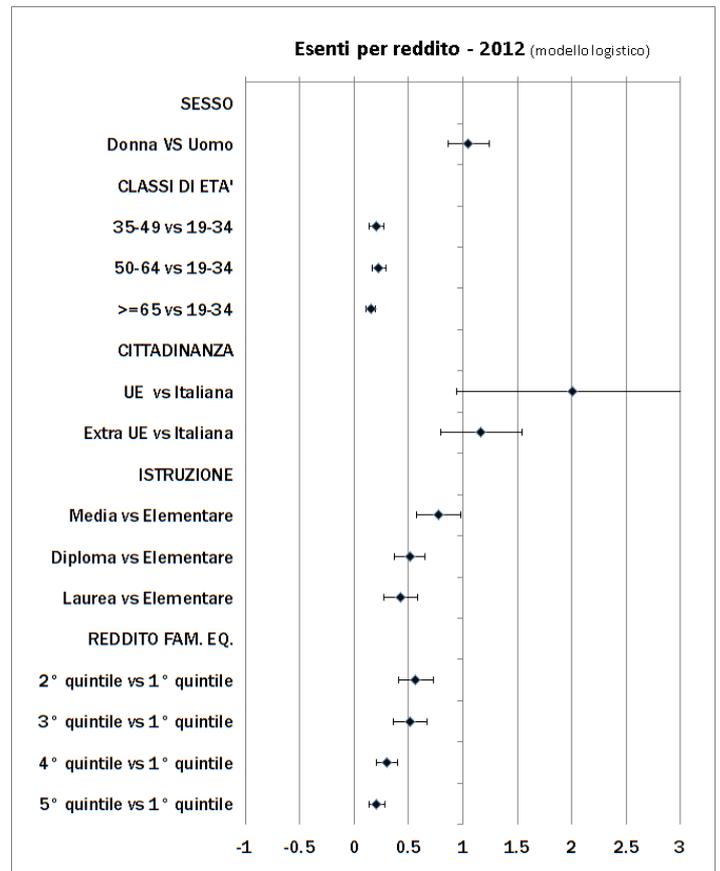
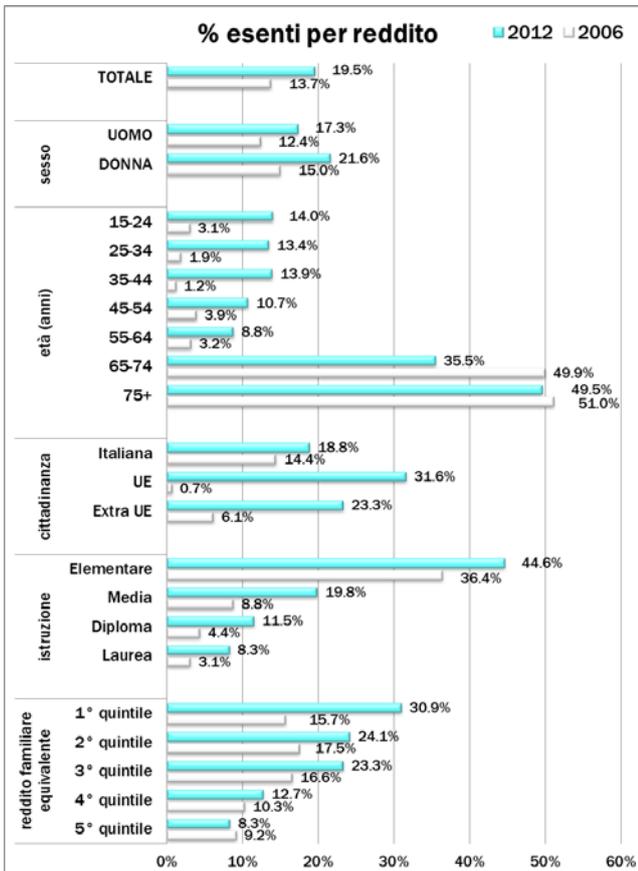


Fig. 25-28 - Percentuale esenti per reddito (fig.25), patologia o altro (fig.26) e rispettivi modelli logistici (fig.27, 28)

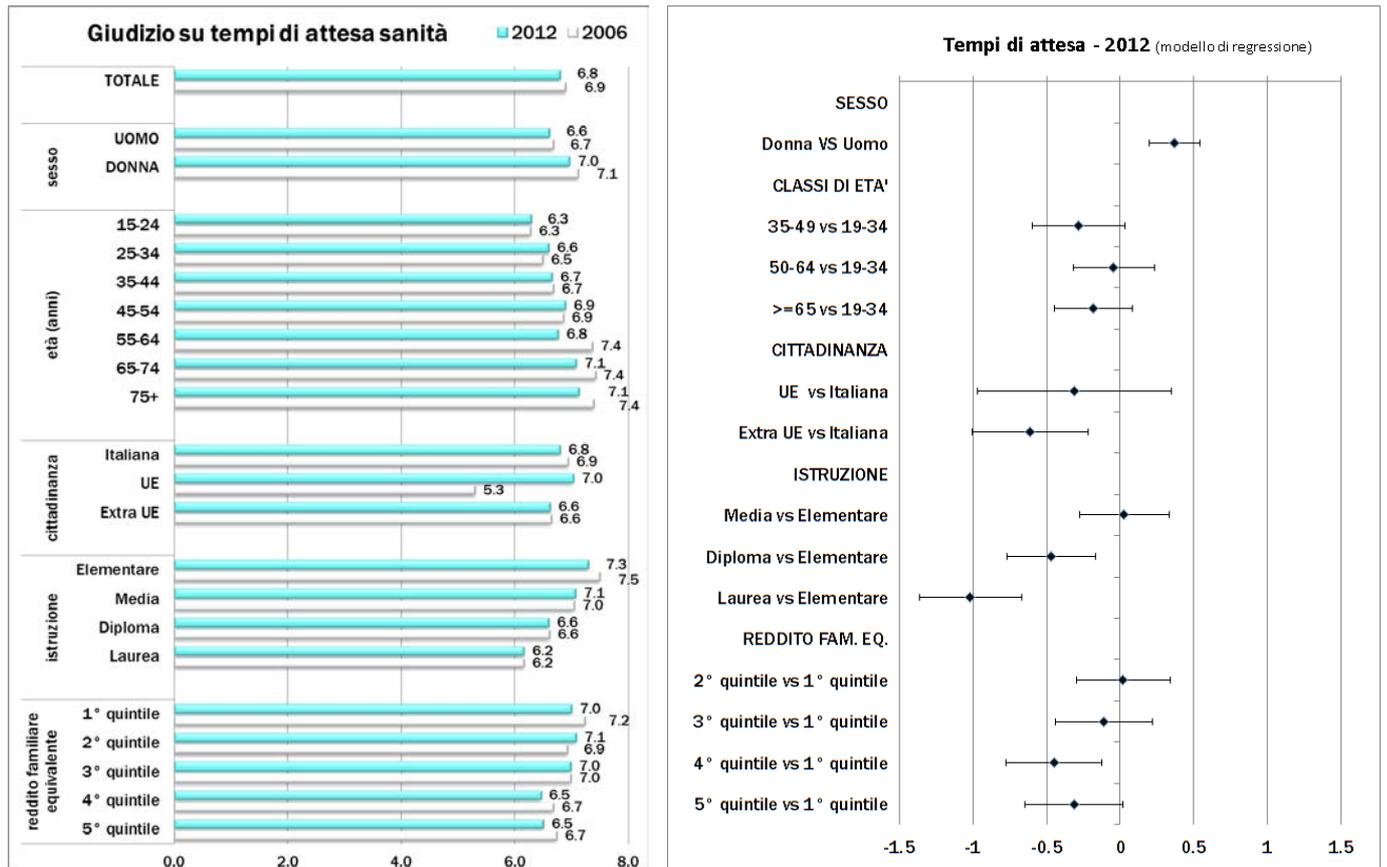


QUALITA' SERVIZI SANITARI

Tempi di attesa per esami, visite, ricoveri ospedalieri

Il giudizio dei cittadini modenesi rispetto ai tempi di attesa non è modificato, si attende intorno al 6.8 su 10. Il problema dei tempi di attesa è più sentito dai tre quintili più poveri rispetto ai due più ricchi con una differenza di 0.5 su 10; dai meno istruiti, dagli italiani rispetto agli stranieri, dalle donne.

Fig. 29-30 – Giudizio su tempi di attesa per esami, visite e ricoveri ospedalieri (fig.29) e modello di regressione (fig.30)



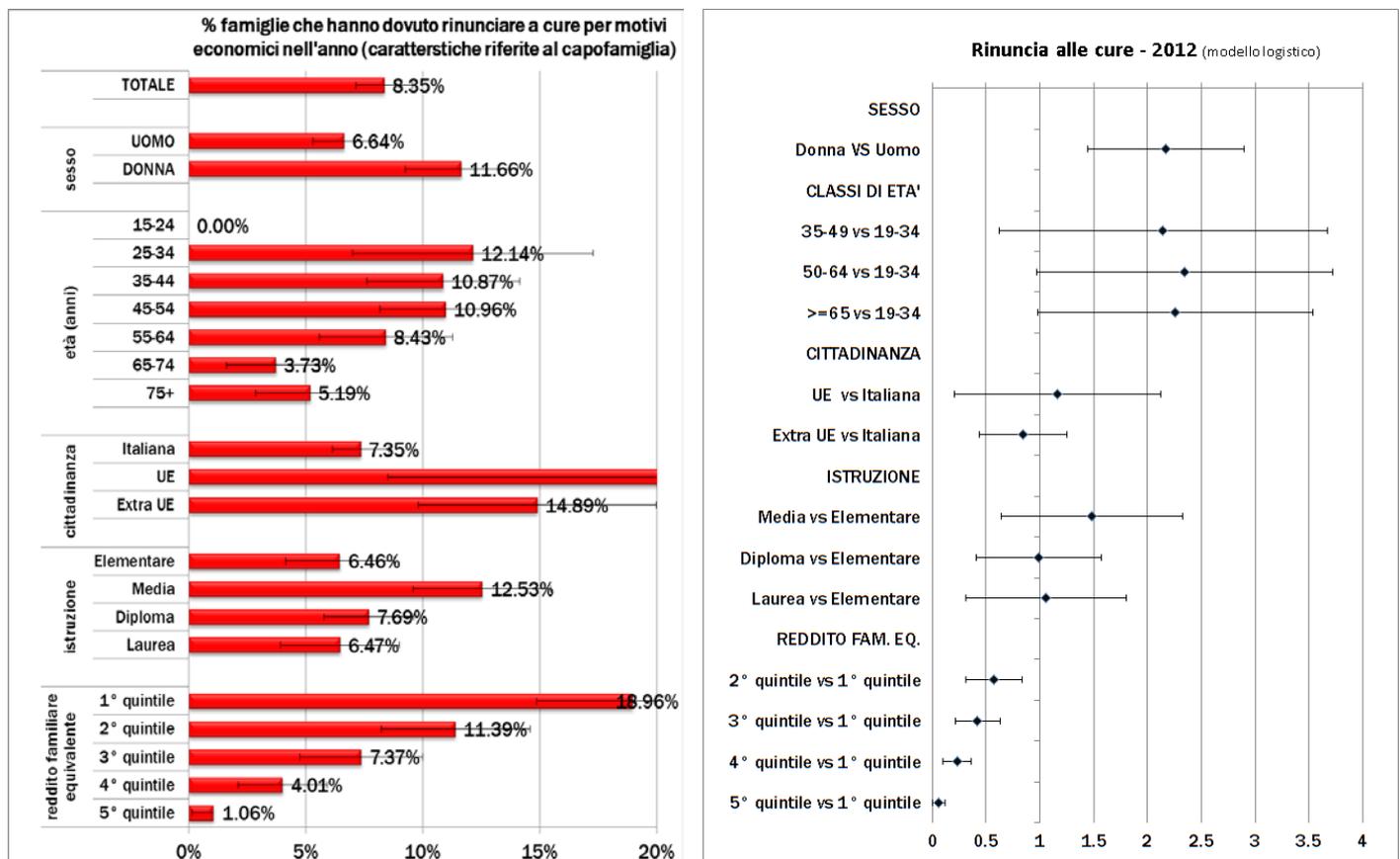
CONDIZIONI INDIRETTE DI RISCHIO PER LA SALUTE DOVUTE A DISAGIO ECONOMICO

Rinuncia alle cure

L'indagine mostra come mediamente l'8% dei modenesi abbia dovuto rinunciare a cure per motivi economici, con un effetto dettato dal benessere economico molto marcato, ben il 19% del quintile più povero e l'11% del secondo quintile (rispetto al quintile più ricco che lamenta questa problematica nel 1%).

Vi è inoltre una relazione inversa con l'età, al crescere dell'età diminuisce la percentuale che ha avvertito questo problema. Più dell'11% dai 35 ai 54 anni e il 12% nei 25-34enni ha evidenziato questa rinuncia ancora più grave se pensiamo che sono le famiglie in cui sono presenti bambini. Solo il 5% degli over 75 dichiara di aver dovuto rinunciare alle cure, questo risultato è in linea con quanto emerso dalle analisi di accesso ai servizi sanitari ed esenzioni.

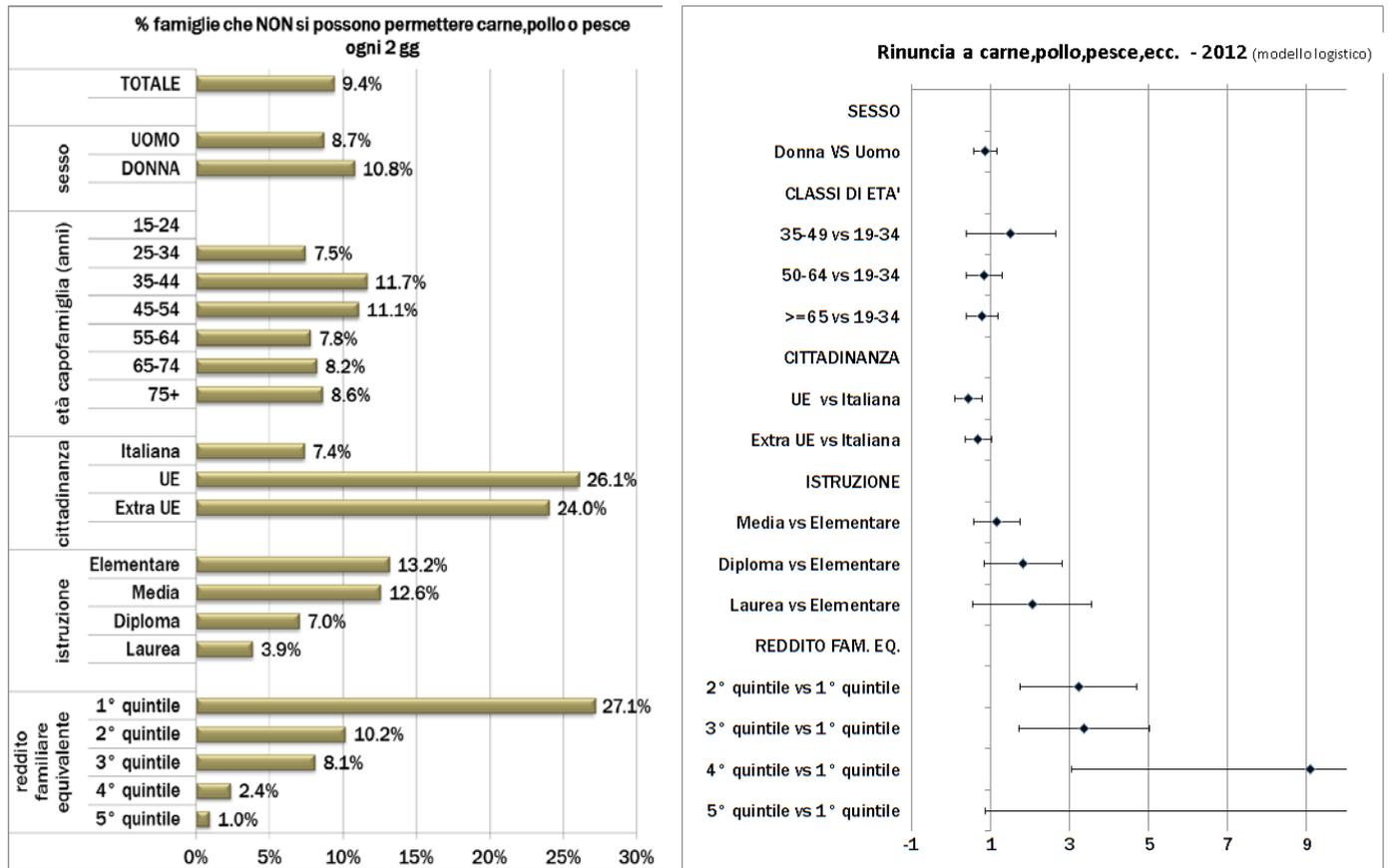
Fig. 31-32 – Percentuale individui che hanno dovuto rinunciare a cure per motivi economici nell'anno (fig.31) e modello logistico (fig.32)



Potersi permettere carne, pollo e pesce o riscaldamento adeguato

Il 25% delle famiglie nel quintile più povero ha dichiarato di non potersi permettere riscaldamento adeguato e il 18% di comprare carne, pollo o pesce almeno ogni due giorni. Il secondo quintile più povero nel 10% dei casi per entrambe le problematiche. Sono inoltre le donne capofamiglia a mostrare più queste problematiche e i cittadini extracomunitari.

Fig. 33-34 - Percentuale famiglie che non si possono permettere carne, pollo, pesce ogni 2 giorno (o equivalente vegetariano) (fig.33) e modello logistico (fig.34)



Problemi legati all'abitazione

Servizi igienico-sanitari inadeguati

Dichiara di avere questa problematica mediamente il 2,3% delle famiglie, quelle più toccate da questo problema sono marcatamente quelle del quintile più povero 6%.

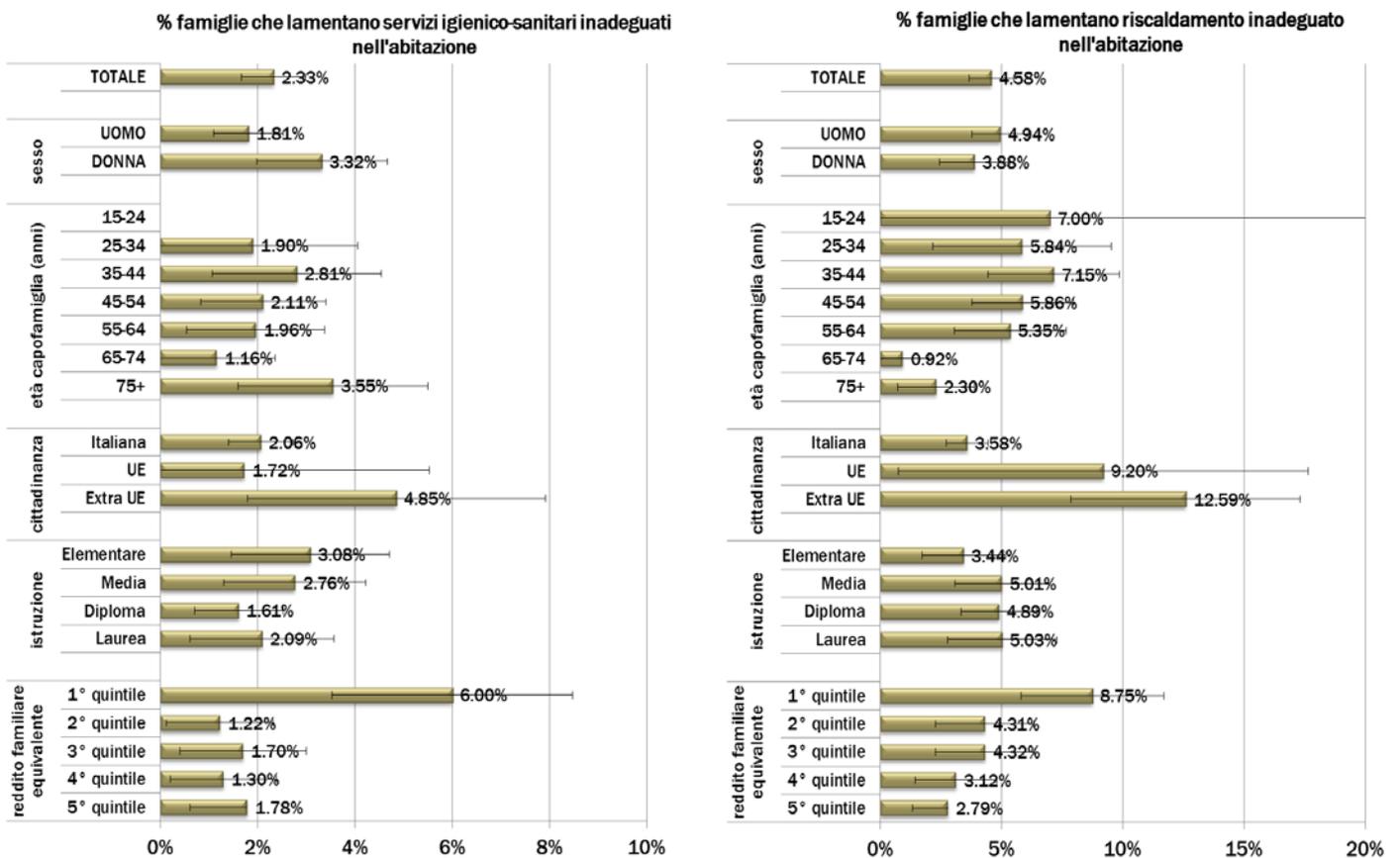
Riscaldamento inadeguato

Dichiara di avere questa problematica mediamente il 4,6% della popolazione. Le famiglie più toccate da questo problema sono marcatamente quelle del quintile più povero 9%.

Sono gli over 65 anni a lamentare meno queste problematiche.

Per entrambe le problematiche le famiglie con capofamiglia extra comunitario sono quelle più a rischio, in particolar modo per quanto riguarda il riscaldamento inadeguato (12.6%).

Fig. 35-36 – Percentuale famiglie che lamentano servizi igienico-sanitari inadeguati (fig.35) e riscaldamento inadeguato (fig.36) nell'abitazione



SALUTE E RETE DI ASSISTENZA FAMILIARE

Bisogni di assistenza saltuaria o continuativa

Le famiglie che convivono con un familiare bisognoso di assistenza sono mediamente l'8%, il 4% con capofamiglia tra i 50-64 anni, 18% con capofamiglia over 65 anni. Nell'indagine Icesmo2 la quota di famiglie conviventi con bisognoso era il 3.3%.

Analizzando a livello individuale e non più familiare coloro che necessitano di assistenza saltuaria o continuativa si nota come la percentuale tra le due indagini sia aumentata di un punto percentuale dal 2.4% al 3.4%. Si confermano le donne maggiormente bisognose di assistenza, 4.5% donne rispetto a 2.4% di uomini. Sono aumentati molto i bisogni di assistenza tra gli over 75 anni 23.2% nel 2012 dal 15.8% del 2006.

Non appare un effetto univoco del benessere economico sulla probabilità di essere bisognoso di assistenza, mentre è evidente quello del livello di istruzione (al crescere del titolo di studio diminuisce la probabilità di necessitare assistenza).

Ricoverare Disabile In Struttura

Il 10% dei soggetti bisognosi non sono stati ricoverati in una struttura per motivi economici.

Fig. 37-38 – Percentuale individui che necessitano di assistenza saltuaria o continuativa (fig.37) e modello logistico (fig.38)

