

Disabilità

La salute, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”, viene considerata un diritto e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone. Questo principio, assegna agli Stati e alle loro articolazioni compiti che vanno ben al di là della semplice gestione di un sistema sanitario. Essi, infatti, dovrebbero farsi carico di individuare e cercare, tramite opportune alleanze, di modificare quei fattori che influiscono negativamente sulla salute collettiva, promuovendo al contempo quelli favorevoli.

In tale contesto, la salute viene considerata più un mezzo che un fine e può essere definita come una risorsa di vita quotidiana che consente alle persone di condurre una vita produttiva a livello individuale, sociale ed economico. Al fine di dare un impulso significativo al raggiungimento di questo obiettivo, l'OMS ha cercato di rendere operative, a partire dagli anni Ottanta, due strategie denominate “promozione della salute” e “strategia della salute per tutti”. Ciò, soprattutto, nella consapevolezza che la salute è il risultato di una serie di determinanti di tipo sociale, ambientale, economico e genetico e non il semplice prodotto di una organizzazione sanitaria.

L'art. 25 della “Convenzione sui diritti delle persone con disabilità” obbliga gli Stati Parti a riconoscere il diritto alle persone con disabilità “di godere del miglior stato di salute possibile, senza discriminazioni fondate sulla disabilità” e obbliga gli stessi ad adottare “tutte le misure adeguate a garantire alle persone con disabilità l'accesso a servizi sanitari” tenendo conto delle specifiche differenze di genere.

Partendo da quanto detto, nel Capitolo verranno descritte le condizioni di salute della popolazione con disabilità, il ricorso ad alcuni servizi sanitari e i bisogni sanitari non soddisfatti a causa dei problemi economici.

L'individuazione della popolazione con disabilità è avvenuta utilizzando il quesito predisposto nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità e nel quadro del progetto *European Disability Measurement Project* (1). Il quesito *Global Activities Limitations Indicator*, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi e che durano da almeno 6 mesi, nelle attività che le persone abitualmente svolgono. Per questo motivo, nel corso del Capitolo, ci si riferirà alle persone con limitazioni nelle attività quotidiane intendendo le persone con disabilità.

Le limitazioni nelle attività quotidiane¹ risultano essere fortemente associate sia ad una peggiore percezione del proprio stato di salute sia ad una maggiore prevalenza di forme patologiche di tipo cronico-degenerativo. L'analisi territoriale evidenzia dei divari Nord-Sud ed Isole per entrambi gli indicatori analizzati. I fattori connessi con la cattiva percezione di una condizione di salute sono, oltre alla presenza di limitazioni nelle attività quotidiane, le condizioni socio-economiche, la perdita di ruolo sociale dovuta allo stato emotivo e l'avanzamento dell'età. Con i quozienti standardizzati, si arriva a cogliere proprio le differenze regionali nelle condizioni sociali ed economiche.

L'indicatore di utilizzo di alcuni servizi sanitari, oltre al risultato atteso di un maggior ricorso a tutti i servizi presi in esame da parte delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane, evidenzia una disomogeneità territoriale e non evidenzia alcun gradiente Nord-Sud ed Isole. Gli indicatori sui bisogni sanitari non soddisfatti per motivi economici evidenziano una situazione di difficoltà delle famiglie con persone con limitazioni nelle attività quotidiane, nell'aver una visita medica o un trattamento terapeutico, nell'affrontare spese mediche e nel sottoporsi a cure odontoiatriche. La differenza riscontrata tra persone con e senza limitazioni nelle attività è notevole, con differenze maggiori al Meridione dove si riscontrano quote di oltre il 15-20% di persone con limitazioni nelle attività che dichiarano di aver dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie o alle cure e alle visite mediche per motivi economici. I dati non permettono di distinguere se si è rinunciato ad un servizio dopo averne usufruito di un buon numero o se si è rinunciato dopo non averne mai usufruito. Resta, comunque, il fatto che si tratta di un servizio che l'intervistato riteneva necessario.

Le differenze osservate non sono tutte direttamente imputabili a differenze di reddito, ma alla limitata capacità delle famiglie con persone con limitazioni nelle attività quotidiane di convertire il reddito in soddisfazione dei propri bisogni. Volendo, poi, escludere problemi di barriere architettoniche per l'accesso ai luoghi di cura o non ritenendoli la causa principale, il problema della rinuncia alle cure tra le persone con disabilità si rivela di rilevanti dimensioni, soprattutto nel Meridione. Il tema dell'equità nell'accesso alle cure sembra rivelare aspetti sempre più gravi, con svantaggi evidenti proprio verso chi ha maggiori bisogni.

Riferimenti bibliografici

(1) Verbrugge LM (1997) A global disability indicator. *J Aging Stud.*; 11: 337-62.

¹La definizione adottata individua sia la popolazione con disabilità e sia quella a rischio disabilità.

Percezione dello stato di salute delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane

Significato. L'indicatore fornisce un quadro delle condizioni di salute percepite dalle persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane.

La percezione dello stato di salute è rilevata secondo cinque modalità: molto bene, bene, né bene né male, male e molto male.

Gli indicatori considerati si soffermano su coloro che dichiarano di stare male o molto male. In quest'ultimo

caso i quozienti grezzi consentono di valutare i divari territoriali rispetto alla condizione di salute percepita legata sia all'età che alle condizioni di salute oggettive. I quozienti standardizzati, invece, permettono di analizzare la percezione dello stato di salute nelle singole regioni eliminando le differenze dovute ad una diversa struttura per età.

Percezione dello stato di salute delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia

Numeratore	Persone della classe di età x con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che dichiarano di stare male o molto male residenti nella regione i	
Denominatore	Persone della classe di età x con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione i	$\times 100$

Tasso standardizzato dello stato di salute delle persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia*

$$TSD^i = \frac{\sum_{x=1}^n T_x^i p_x}{\sum_{x=1}^n p_x} \times 100$$

Significato delle variabili: i =regione di residenza; x =classe di età; T_x^i =quoziente specifico relativo alla classe di età x nella regione i ; p_x =popolazione standard relativa alla classe di età x .

*La popolazione utilizzata come standard è quella totale Italia del campione dell'Istituto Nazionale di Statistica.

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della Vita Quotidiana", del 2014.

Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità, l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito, predisposto in collaborazione con la banca dati Eurostat, del quadro nel Progetto *European Disability Measurement*. Il quesito *Global Activities Limitations Indicator*, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi e che durano da almeno 6 mesi, nelle attività che le persone abitualmente svolgono. Con la standardizzazione per età si mira ad eliminare l'effetto che ha questa variabile sul fenomeno in studio, utilizzando una popolazione di riferimento con una struttura per età fissata (nel nostro caso è la popolazione nazionale del campione).

Nell'analisi di questo indicatore è importante tener presente che esso risente delle differenti aspettative, correlate con le caratteristiche sociali, demografiche e culturali, dei singoli individui rispetto allo stato di salute ottimale.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può prendere il dato nazionale.

A. PUGLIESE

Descrizione dei risultati

L'analisi delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane in base alla percezione del proprio stato di salute evidenzia che una persona su cinque dichiara di sentirsi bene o molto bene (20,8%) e che poco più della metà si sente né bene né male (53,1%).

Le PA di Bolzano e Trento presentano le percentuali più elevate di persone con limitazioni nelle attività quotidiane che dichiarano di stare bene o molto bene (rispettivamente, il 45,1% e il 36,3%).

Una persona su quattro con limitazioni nelle attività quotidiane (26,0%) dichiara di sentirsi male o molto male, mentre tale percentuale tra le persone senza limitazioni nelle attività quotidiane scende allo 0,6%. L'analisi territoriale evidenzia, per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane, una migliore percezione dello stato di salute nelle PA di Bolzano e Trento (rispettivamente, con il 14,7% e 16,4%), mentre una peggiore percezione in Sardegna, Calabria, Sicilia e Puglia (34,9%, 33,5%, 33,3% e 31,4%, rispettivamente). Per le persone senza limitazioni nelle attività quotidiane, invece, si evidenzia un dato pari a circa il doppio per l'Emilia-Romagna rispetto al dato nazionale (1,1% vs 0,6%).

L'osservazione dei quozienti standardizzati conferma

DISABILITÀ

223

tali differenze. I divari territoriali emergono non solo tra le persone con limitazioni nelle attività quotidiane, ma anche tra quelli senza, evidenziando in questo modo la presenza di un fattore ambientale e culturale che influenza la percezione dello stato di salute. La salute percepita è, infatti, frutto della sintesi di molte componenti rilevanti della propria vita, dove le condizioni oggettive di salute sono, sicuramente, l'elemento preponderante, ma da sole non spiegano la variabilità osservata tra le regioni.

I fattori connessi con la cattiva percezione di una con-

dizione di salute sono, oltre alla presenza di limitazioni nelle attività quotidiane o di malattie croniche, le condizioni socio-economiche, la perdita di ruolo sociale dovuta allo stato emotivo e l'avanzamento dell'età. Verosimilmente, con i quozienti standardizzati si arriva a cogliere proprio le differenze regionali nelle condizioni sociali ed economiche. Va considerato, inoltre, che la salute percepita è da ritenersi un valido indicatore sia ai fini della valutazione delle condizioni di salute stessa che dei bisogni assistenziali ad essa collegati.

Tabella 1 - Persone (valori percentuali) con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per percezione dello stato di salute e per regione - Anno 2014

Regioni	Bene/molto bene	Né bene né male	Male/molto male
Piemonte	22,1	53,1	24,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18,3	55,7	26,0
Lombardia	23,6	54,2	22,2
Bolzano-Bozen	45,1	40,2	14,7
Trento	36,3	47,2	16,4
Veneto	23,1	54,1	22,8
Friuli Venezia Giulia	26,0	47,0	27,0
Liguria	19,1	57,1	23,8
Emilia-Romagna	19,9	58,6	21,5
Toscana	24,1	53,1	22,8
Umbria	21,8	49,7	28,5
Marche	24,8	49,4	25,8
Lazio	22,3	52,1	25,6
Abruzzo	22,7	48,8	28,5
Molise	16,2	56,3	27,5
Campania	17,9	54,7	27,5
Puglia	17,2	51,4	31,4
Basilicata	16,1	58,4	25,4
Calabria	13,4	53,1	33,5
Sicilia	12,9	53,8	33,3
Sardegna	19,5	45,7	34,9
Italia	20,8	53,1	26,0

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2016.

Tabella 2 - Tasso (grezzo e standardizzato per 100) di persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e dichiarano di percepire il proprio stato di salute male o molto male per regione - Anno 2014

Regioni	Tassi grezzi		Tassi std	
	Persone con limitazioni	Persone senza limitazioni	Persone con limitazioni	Persone senza limitazioni
Piemonte	24,7	0,9	17,5	1,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	26,0	0,7	20,9	0,7
Lombardia	22,2	0,5	13,6	0,7
Bolzano-Bozen	14,7	0,3	12,0	0,3
Trento	16,4	0,3	11,4	0,2
Veneto	22,8	0,6	15,4	0,8
Friuli Venezia Giulia	27,0	0,5	17,3	0,5
Liguria	23,8	0,7	16,4	0,9
Emilia-Romagna	21,5	1,1	17,2	1,4
Toscana	22,8	0,5	15,5	0,5
Umbria	28,5	0,8	16,3	0,9
Marche	25,8	0,5	17,2	0,7
Lazio	25,6	0,7	17,0	1,0
Abruzzo	28,5	0,4	16,6	0,4
Molise	27,5	1,0	22,9	1,2
Campania	27,5	0,5	18,7	1,0
Puglia	31,4	0,5	21,7	1,1
Basilicata	25,4	0,4	18,4	0,6
Calabria	33,5	0,8	23,7	1,5
Sicilia	33,3	0,6	23,7	0,9
Sardegna	34,9	0,9	25,6	1,5
Italia	26,0	0,6	18,0	0,9

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2016.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat, Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Statistica in breve, marzo 2007.
 (2) Egidi V, Spizzichino D. Dimensioni oggettive e soggettive delle differenze di genere nella salute. Disponibile sul sito:

www.uniroma1.it/scidemo/24-Egidi-Spizzichino-Salute.doc.
 (3) Golini A., Calvani P. Relazioni tra percezione della salute, malattie croniche e disabilità. CNR - Istituto per le ricerche sulla Popolazione. Working Paper 02/97.

Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per presenza di malattie croniche

Significato. L'indicatore fornisce il numero di persone con limitazioni, gravi e non gravi, nelle attività quotidiane che hanno una o più malattie croniche.

Questi dati forniscono una indicazione sintetica sui bisogni potenziali di salute della popolazione con limitazioni nelle attività quotidiane.

*Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per presenza di malattie croniche**

Numeratore	Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per numero di malattie croniche residenti nella regione <i>i</i>
Denominatore	Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione <i>i</i>

x 100

*Classi di età = 0-64 anni; 65 anni ed oltre.

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della Vita Quotidiana", del 2014. Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità, l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito, predisposto in collaborazione con la banca dati Eurostat, nel quadro del Progetto *European Disability Measurement*. Il quesito *Global Activities Limitations Indicator*, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi e che durano da almeno 6 mesi, nelle attività che le persone abitualmente svolgono. Le malattie croniche rilevate nell'indagine sono le seguenti: diabete, ipertensione arteriosa, infarto del miocardio, angina pectoris o altre malattie del cuore, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, malattie allergiche, tumore (incluso linfoma o leucemia), ulcera gastrica o duodenale, calcolosi del fegato e delle vie biliari, cirrosi epatica, calcolosi renale, artrosi, artrite, osteoporosi e disturbi nervosi.

Valore di riferimento/Benchmark. Non sono concettualmente proponibili degli standard di riferimento.

Descrizione dei risultati

Il 36,9% delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane presenta tre o più malattie croniche; il 25,4% e il 22,6% sono, rispettivamente, le persone con limitazioni nelle attività quotidiane con una o due malattie croniche e solo il 15,1% non ha alcuna malattia cronica.

L'analisi regionale mostra un gradiente Nord-Sud ed Isole: infatti, la Sicilia, la Calabria, la Sardegna, la Campania e la Puglia sono le regioni che presentano le più alte percentuali di persone con limitazioni nelle attività quotidiane con tre o più malattie croniche (46,5%, 44,3%, 43,0%, 42,8% e 41,6%, rispettivamente), a cui si aggiunge la Liguria (41,2%), mentre le PA di Bolzano e Trento presentano le percentuali più basse (20,4% e 27,3%, rispettivamente).

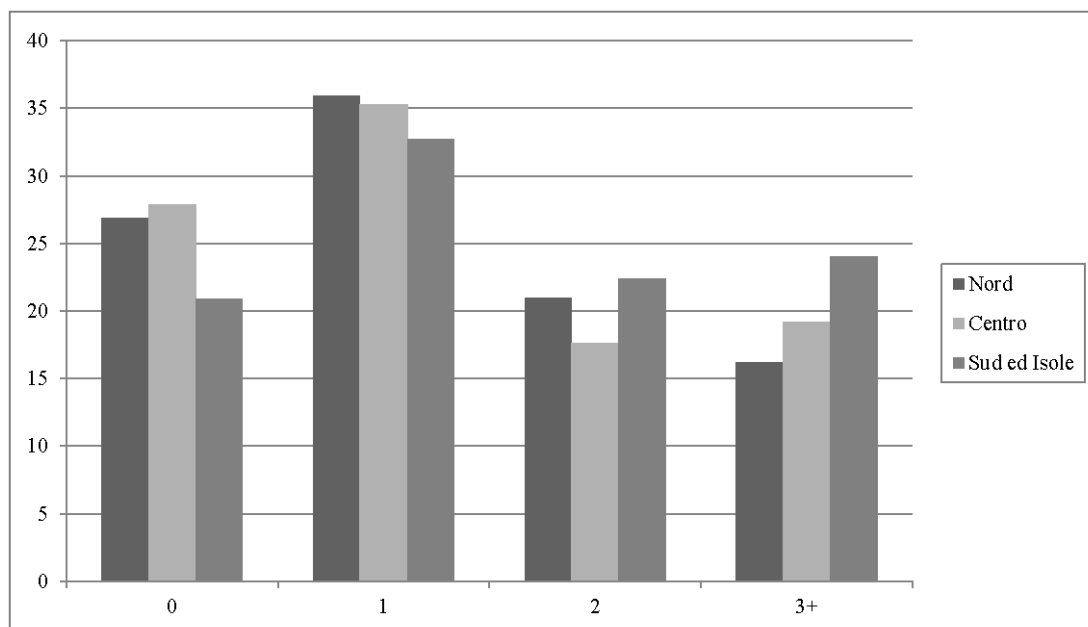
Circa una persona su quattro con limitazioni nelle attività quotidiane nelle PA di Bolzano e Trento non presenta alcuna malattia cronica (27,5% e 23,6%, rispettivamente) (Tabella 1).

La distribuzione per classe di età e ripartizione geografica evidenzia, per le persone fino ai 64 anni di età prevalenze maggiori di una sola o di nessuna malattia cronica nel Nord e nel Centro, mentre per le persone di 65 anni ed oltre, prevalenze di tre o più malattie croniche che variano tra il 59,5% del Sud ed Isole e il 48,4% del Nord (Grafico 1, Grafico 2).

Tabella 1 - Persone (valori percentuali) con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per numero di malattie croniche e per regione - Anno 2014

Regioni	0	1	2	3+
Piemonte	19,0	28,3	23,0	29,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15,8	27,8	20,2	36,2
Lombardia	16,5	26,9	23,2	33,5
Bolzano-Bozen	27,5	28,9	23,3	20,4
Trento	23,6	29,8	19,4	27,3
Veneto	16,6	26,9	23,3	33,1
Friuli Venezia Giulia	17,1	26,3	25,5	31,1
Liguria	13,0	21,1	24,8	41,2
Emilia-Romagna	14,6	30,3	24,1	31,0
Toscana	16,2	31,1	21,5	31,1
Umbria	14,4	24,1	22,3	39,3
Marche	19,9	28,2	17,6	34,3
Lazio	16,2	22,9	20,7	40,1
Abruzzo	17,1	22,2	22,8	37,8
Molise	13,3	24,5	25,7	36,6
Campania	11,0	23,8	22,4	42,8
Puglia	14,5	23,8	20,1	41,6
Basilicata	12,3	26,2	23,9	37,5
Calabria	11,3	21,6	22,7	44,3
Sicilia	9,6	18,7	25,2	46,5
Sardegna	13,5	21,7	21,8	43,0
Italia	15,1	25,4	22,6	36,9

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2016.

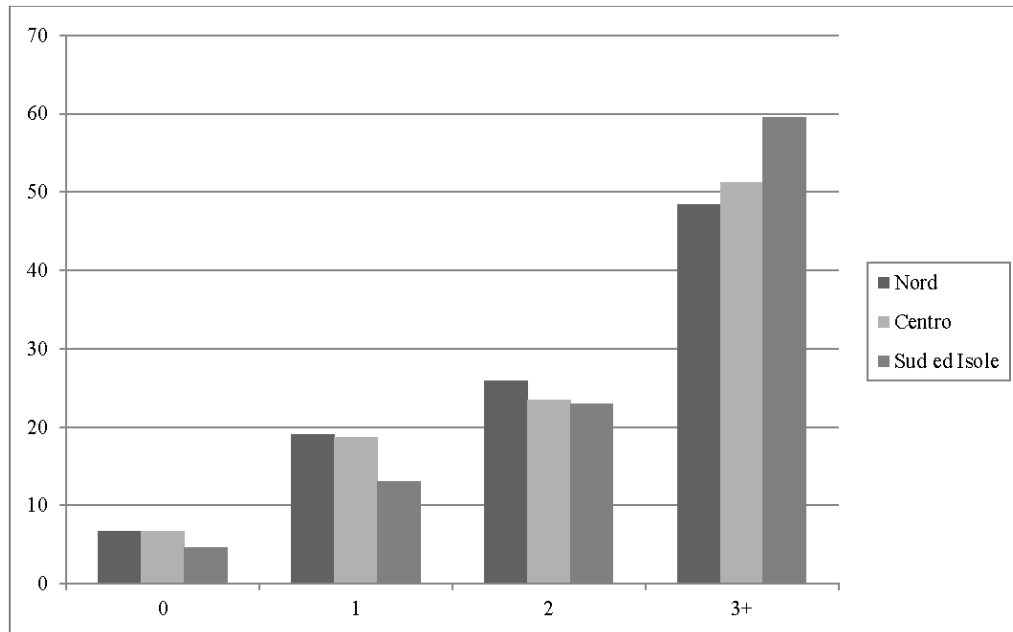
Grafico 1 - Persone (valori percentuali) di età 0-64 anni con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per numero di malattie croniche e macroarea - Anno 2014

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2016.

DISABILITÀ

227

Grafico 2 - Persone (valori percentuali) di età 65 anni ed oltre con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per numero di malattie croniche e macroarea - Anno 2014



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2016.

Ricorso ai servizi sanitari

Significato. L'indicatore fornisce un quadro del ricorso ad almeno un servizio sanitario tra quelli considerati e del ricorso ai singoli servizi quali il ricovero ospedaliero, il Pronto Soccorso (PS) e la Guardia

Medica (GM) delle persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia. Esso rappresenta una importante indicazione per valutare la domanda di servizi sanitari.

Tasso di persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che fanno ricorso ad alcuni servizi sanitari

Numeratore	Persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che fanno ricorso ad alcuni servizi sanitari residenti nella regione <i>i</i>
Denominatore	Persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione <i>i</i>

x 100

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della Vita Quotidiana", del 2014.

Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità, l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito, predisposto in collaborazione con la banca dati Eurostat, nel quadro del Progetto *European Disability Measurement*. Il quesito *Global Activities Limitations Indicator*, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi e che durano da almeno 6 mesi, nelle attività che le persone abitualmente svolgono. Una parte delle differenze nel ricorso ai servizi sanitari tra la popolazione con limitazioni nelle attività quotidiane e quelle senza limitazioni può essere attribuita alla diversa struttura per età delle due popolazioni.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento può essere utilizzato il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

Il 19,2% delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane ricorre ad almeno un servizio sanitario, la per-

centuale cala all'8,2% tra le persone senza limitazioni. Analizzando i singoli servizi sanitari, il 7,4% delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane esegue un ricovero ospedaliero contro l'1,6% delle persone senza limitazioni; il 6,3% delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane ricorre alla GM contro il 2,2% di quelle senza limitazioni ed, infine, il 12,3% delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane accede al PS contro il 5,7% delle persone senza limitazioni.

L'analisi territoriale di chi si ricovera in ospedale mostra percentuali più elevate in Abruzzo, Lombardia, Valle d'Aosta, Campania, Marche e Calabria, con valori compresi tra 8,4-9,1% di persone con limitazioni nelle attività quotidiane che hanno avuto un ricovero ospedaliero nei 3 mesi precedenti l'intervista.

Il ricorso alla GM è più elevato nella PA di Bolzano ed in Calabria, pari a 17,7% e 14,4% delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane, rispettivamente. Le stesse regioni hanno anche accessi elevati al PS, con il 17,6% e 16,2%, rispettivamente.

DISABILITÀ

229

Tabella 1 - Tasso (grezzo per 100) di persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che hanno fatto ricorso ad alcuni servizi sanitari per regione - Anno 2014

Regioni	Ricoveri ospedalieri		Pronto Soccorso		Guardia Medica		Ricorso ad almeno un servizio sanitario	
	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni
Piemonte	6,5	1,7	12,8	6,3	3,4	1,9	17,2	8,8
Valle d'Aosta	8,6	1,2	17,2	6,5	6,0	2,7	23,5	9,2
Lombardia	8,7	1,9	13,5	6,9	4,1	1,4	18,7	8,9
Bolzano-Bozen	6,6	2,1	17,6	7,8	17,7	5,8	33,2	13,4
Trento	6,0	2,5	10,8	6,8	7,4	2,9	19,2	10,5
Veneto	6,2	1,4	11,3	5,6	4,9	1,2	15,9	7,3
Friuli Venezia Giulia	6,6	1,4	15,6	6,4	5,9	2,2	18,1	8,9
Liguria	7,9	1,2	12,9	6,4	6,2	1,1	19,6	7,9
Emilia-Romagna	7,3	1,7	14,7	7,0	7,0	2,3	21,4	9,7
Toscana	6,9	1,8	12,4	6,0	5,2	2,4	18,5	8,7
Umbria	6,3	1,9	10,0	7,5	4,4	2,7	15,3	9,9
Marche	8,4	2,2	12,5	5,4	5,5	2,4	18,9	8,2
Lazio	6,6	1,6	10,8	6,0	4,2	1,1	15,9	7,6
Abruzzo	9,1	1,5	12,0	5,3	7,4	2,6	21,2	7,9
Molise	4,7	2,1	12,8	5,4	11,4	3,8	21,1	9,1
Campania	8,5	1,1	9,4	3,2	8,1	3,1	19,2	6,3
Puglia	7,1	1,9	10,2	4,2	7,3	2,4	20,0	7,2
Basilicata	5,0	1,5	8,7	3,4	7,1	4,0	17,2	7,5
Calabria	8,4	1,6	16,2	4,5	14,4	5,2	27,7	9,6
Sicilia	8,0	1,0	13,3	5,1	8,6	2,7	22,0	7,7
Sardegna	6,1	1,5	11,4	4,5	9,5	4,8	19,0	8,5
Italia	7,4	1,6	12,3	5,7	6,3	2,2	19,2	8,2

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2016.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat, Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Statistica in breve, marzo 2007.
 (2) Egidi V, Spizzichino D. Dimensioni oggettive e soggettive delle differenze di genere nella salute. Disponibile sul sito:

www.uniroma1.it/scidemo/24-Egidi-Spizzichino-Salute.doc.
 (3) Golini A., Calvani P. Relazioni tra percezione della salute, malattie croniche e disabilità. CNR - Istituto per le ricerche sulla Popolazione. Working Paper 02/97.

Rinunce a visite mediche specialistiche o a trattamenti terapeutici per motivi economici

Significato. L'indicatore fornisce un quadro regionale delle persone che dichiarano di aver rinunciato a visite mediche o a trattamenti terapeutici per motivi economici, distinto per presenza di limitazioni nelle

attività quotidiane.

L'indicatore presentato permette di ottenere un quadro regionale delle disuguaglianze nell'accesso a prestazioni sanitarie delle persone con limitazioni.

Persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che rinunciano a visite mediche o a trattamenti terapeutici pur avendone bisogno

Numeratore	Persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che dichiarano di aver rinunciato a visite mediche o a trattamenti terapeutici per motivi economici residenti nella regione i	
Denominatore	Persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione i	$\times 100$

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della Vita Quotidiana", del 2014.

Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità, l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito, predisposto in collaborazione con Eurostat, del quadro del Progetto *European Disability Measurement*. Il quesito *Global Activities Limitations Indicator*, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi e che durano da almeno 6 mesi, nelle attività che le persone abitualmente svolgono.

Va anche considerato il fatto che nel quesito posto non si precisa se si tratta dell'ennesima visita o trattamento terapeutico. Infatti, diversa può essere la situazione se si è rinunciato ad una visita dopo averne usufruito di un buon numero di esse o se si è rinunciato dopo non averne mai usufruito. Resta, comunque, il fatto che si tratta di una visita che l'intervistato riteneva necessaria (1).

Valore di riferimento/Benchmark. In un'ottica di parità di opportunità di accesso alle cure, il valore dell'indicatore per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane non dovrebbe eccedere quello delle persone senza limitazioni nelle attività quotidiane.

Descrizione dei risultati

La maggioranza delle prestazioni sanitarie sono garantite dai Livelli Essenziali di Assistenza. Per tale ragione, la rinuncia a questo tipo di prestazioni per motivi economici descrive un mancato accesso alle cure che non può prescindere dall'efficienza e dalle tutele per le persone fragili previste dal Servizio Sanitario Nazionale e dai Servizi Sanitari Regionali (SSR).

L'indicatore descrive una situazione di difficoltà delle famiglie con persone con limitazioni nelle attività quotidiane di avere una visita medica o un trattamento terapeutico a causa di difficoltà economica. La differenza riscontrata tra persone con e senza limitazioni nelle attività quotidiane è notevole.

A livello nazionale, lo scarto è di circa 10 punti percentuali ed è massimo in Puglia (+22,9%) e minimo nella PA di Trento (+0,6%). Come per altre prestazioni sanitarie, si evidenzia un gradiente Nord-Sud ed Isole, con tutte le regioni del Meridione, con l'eccezione del Molise e della Basilicata, che mostrano una quota >15% di persone con limitazioni nelle attività quotidiane che dichiarano di aver dovuto rinunciare alle visite mediche.

Tali differenze non sono direttamente imputabili a differenze di reddito, che non sono così ampie (2), ma alla limitata capacità delle famiglie con persone con limitazioni nelle attività quotidiane di convertire il reddito in soddisfazione dei propri bisogni (3).

DISABILITÀ

231

Tabella 1 - Persone (valori percentuali) con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che dichiarano di aver rinunciato a visite mediche o a trattamenti terapeutici pur avendone bisogno per motivi economici per regione - Anno 2014

Regioni	Persone con limitazioni	Persone senza limitazioni
Piemonte	6,1	1,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,3	2,3
Lombardia	9,0	2,5
Bolzano-Bozen	1,3	0,4
Trento	1,0	0,4
Veneto	2,6	1,5
Friuli Venezia Giulia	5,6	2,8
Liguria	8,4	3,2
Emilia-Romagna	7,9	3,4
Toscana	2,9	1,1
Umbria	10,4	3,5
Marche	15,3	7,6
Lazio	16,1	6,5
Abruzzo	15,0	4,4
Molise	9,3	2,1
Campania	18,0	5,8
Puglia	30,4	7,5
Basilicata	8,0	2,0
Calabria	22,2	6,9
Sicilia	18,5	3,2
Sardegna	21,7	7,3
Italia	14,0	3,7

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Indagine EUSILC. Anno 2016.

Raccomandazioni di Osservasalute

Volendo escludere problemi di barriere architettoniche per l'accesso ai luoghi di cura o non ritenendoli la causa principale, il problema della rinuncia alle cure tra le persone con disabilità si rivela di importanti dimensioni, specie al Meridione.

Andrebbero indagate, in particolare, situazioni estreme come quelle di Puglia, Calabria e Sicilia, con delle indagini *ad hoc* da parte dei SSR.

Il tema dell'equità nell'accesso alle cure sembra rivelare aspetti sempre più gravi, con svantaggi evidenti proprio verso chi ha maggiori bisogni.

Riferimenti bibliografici

- (1) Giuseppe Costa, Cesare Cislighi, Teresa Spadea. La rinuncia alle cure: un flash sintetico sulle principali evidenze. Conferenza ESPANET 22-24 settembre 2016, Macerata.
- (2) Aldo Rosano, Federica Mancini, Alessandro Solipaca. Un'ipotesi di revisione dei parametri Isee sulla base del capability approach. Conferenza ESPANET 22-24 settembre 2016, Macerata.
- (3) Aldo Rosano, Federica Mancini, Alessandro Solipaca. Poverty in People with Disabilities: Indicators from the Capability Approach. Social Indicators Research 2009; 94: 75.

Rinunce a spese per malattie a causa di motivi economici

Significato. L'indicatore fornisce un quadro regionale delle persone che dichiarano di non avere soldi per pagare le spese per malattie, distinto per presenza di limitazioni nelle attività quotidiane.

L'indicatore presentato permette di ottenere un quadro regionale delle diseguaglianze nell'accesso a prestazioni sanitarie delle persone con limitazioni.

Persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che dichiarano di non avere soldi per pagare le spese per malattie

Numeratore	Persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che dichiarano di non avere soldi per pagare le spese per malattie residenti nella regione <i>i</i>	
Denominatore	Persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione <i>i</i>	x 100

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'indagine campionaria, condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), *Statistics on Income and Living Conditions*, che indaga la situazione reddituale e le condizioni di vita delle famiglie italiane.

Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità, l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito, predisposto in collaborazione con la banca dati Eurostat, nel quadro del Progetto *European Disability Measurement*. Il quesito *Global Activities Limitations Indicator*, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi e che durano da almeno 6 mesi, nelle attività che le persone abitualmente svolgono.

Valore di riferimento/Benchmark. In un'ottica di parità di opportunità nell'accesso alle cure, il valore dell'indicatore per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane non dovrebbe eccedere quello delle persone senza limitazioni nelle attività quotidiane.

Descrizione dei risultati

La maggioranza delle prestazioni sanitarie sono garantite dai Livelli Essenziali di Assistenza. Per tale ragione, la rinuncia a questo tipo di prestazioni per motivi economici descrive un mancato accesso alle

cure che non può prescindere dall'efficienza e dalle tutele per le persone fragili previste dal Servizio Sanitario Nazionale e dai Servizi Sanitari Regionali. L'indicatore descrive una situazione di difficoltà generale, che riguarda quasi il 10% delle famiglie, nell'affrontare spese mediche a causa di ristrettezze economiche. La differenza riscontrata tra persone con e senza limitazioni nelle attività quotidiane è notevole.

A livello nazionale, lo scarto è di oltre 11 punti percentuali ed è massimo in Puglia (+21,9%) e minimo nella PA di Bolzano (+0,2%) dove, peraltro, la quota di persone che dichiarano tale difficoltà è minima in assoluto. Come per altre prestazioni sanitarie, si evidenzia un gradiente Nord-Sud ed Isole con tutte le regioni del Meridione, con l'eccezione del Molise e della Basilicata, che mostrano una quota >20% di persone con limitazioni nelle attività quotidiane che dichiarano di non avere risorse economiche per affrontare tutte le spese sanitarie di cui avrebbero bisogno.

Tali differenze non sono direttamente imputabili a differenze di reddito, che non sono così ampie, ma alla limitata capacità delle famiglie con persone con limitazioni nelle attività quotidiane di convertire il reddito in soddisfazione dei propri bisogni.

DISABILITÀ

233

Tabella 1 - Persone (valori percentuali) con e senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che dichiarano di non avere soldi per pagare le spese per malattie per regione - Anno 2014

Regioni	Persone con limitazioni	Persone senza limitazioni
Piemonte	8,4	3,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	10,2	8,0
Lombardia	9,9	6,3
Bolzano-Bozen	2,5	2,3
Trento	2,2	0,6
Veneto	6,5	2,4
Friuli Venezia Giulia	6,8	4,2
Liguria	17,3	14,5
Emilia-Romagna	12,0	8,3
Toscana	7,3	5,5
Umbria	18,7	7,8
Marche	21,5	12,4
Lazio	22,4	9,3
Abruzzo	21,8	12,0
Molise	13,4	9,0
Campania	36,5	19,8
Puglia	41,6	19,7
Basilicata	15,7	8,2
Calabria	32,6	19,5
Sicilia	27,6	14,3
Sardegna	31,1	17,1
Italia	20,7	9,3

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Indagine EUSILC. Anno 2016.**Raccomandazioni di Osservasalute**

Le difficoltà economiche delle famiglie italiane hanno un effetto immediato sul versante dell'accesso alle cure. Questa triste realtà ancora non si riflette negli indicatori di salute, ma nel medio termine è verosimile che ciò possa accadere.

Il sistema delle esenzioni per l'accesso alle cure delle persone con disabilità dovrebbe garantire loro le prestazioni ma, evidentemente, tale sistema ha delle inefficienze. A tal proposito, bisognerebbe indagare quali siano le prestazioni a cui rinunciano al fine di capire meglio come si esplica questo fenomeno.

Riferimenti bibliografici

- (1) Giuseppe Costa, Cesare Cislighi, Teresa Spadea. La rinuncia alle cure: un flash sintetico sulle principali evidenze. Conferenza ESPANET 22-24 settembre 2016, Macerata.
- (2) Aldo Rosano, Federica Mancini, Alessandro Solipaca. Un'ipotesi di revisione dei parametri Isee sulla base del capability approach. Conferenza ESPANET 22-24 settembre 2016, Macerata.
- (3) Aldo Rosano, Federica Mancini, Alessandro Solipaca. Poverty in People with Disabilities: Indicators from the Capability Approach. Social Indicators Research 2009; 94: 75.

Rinunce a prestazioni odontoiatriche per motivi economici

Significato. L'indicatore fornisce un quadro regionale delle persone che dichiarano di aver dovuto rinunciare a prestazioni odontoiatriche per motivi economici, distinto per presenza di limitazioni nelle attività

quotidiane.

L'indicatore presentato permette di ottenere un quadro regionale delle disuguaglianze nell'accesso a prestazioni sanitarie delle persone con limitazioni.

Persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che dichiarano di aver rinunciato ad una prestazione odontoiatrica per motivi economici

Numeratore	Persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che dichiarano di aver rinunciato ad una prestazione odontoiatrica per motivi economici residenti nella regione <i>i</i>	
Denominatore	Persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione <i>i</i>	x 100

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'indagine campionaria, condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), *Statistics on Income and Living Conditions*, che indaga la situazione reddituale e le condizioni di vita delle famiglie italiane.

Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità, l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito, predisposto in collaborazione con la banca dati Eurostat, nel quadro del Progetto *European Disability Measurement*. Il quesito *Global Activities Limitations Indicator*, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi e che durano da almeno 6 mesi, nelle attività che le persone abitualmente svolgono.

Valore di riferimento/Benchmark. In un'ottica di parità di opportunità di accesso alle cure il valore dell'indicatore per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane non dovrebbe eccedere quello delle persone senza limitazioni nelle attività quotidiane.

Descrizione dei risultati

La maggioranza delle prestazioni odontoiatriche, tra cui le protesiche, non sono garantite dai Livelli

Essenziali di Assistenza e sono a totale carico delle famiglie. Per tale ragione, la rinuncia a questo tipo di prestazioni per motivi economici descrive un mancato accesso alle cure che prescinde dall'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dai Servizi Sanitari Regionali.

L'indicatore descrive una situazione di generale difficoltà delle famiglie di ottenere una prestazione odontoiatrica necessaria a causa di difficoltà economiche. Molto marcata è la differenza riscontrata tra persone con e senza limitazioni nelle attività quotidiane.

A livello nazionale, lo scarto è di 14 punti percentuali ed è massimo in Puglia (+27,9%) e minimo nella PA di Trento (+1,1%). Si evidenzia un gradiente Nord-Sud ed Isole con tutte le regioni del Meridione che mostrano una quota di oltre il 20% di persone con limitazioni nelle attività quotidiane che dichiarano di aver dovuto rinunciare alle cure odontoiatriche. Tali differenze non sono direttamente imputabili a differenze di reddito, che non sono così ampie (1), ma alla limitata capacità delle famiglie con persone con limitazioni nelle attività quotidiane di convertire il reddito in soddisfazione dei propri bisogni (2).

DISABILITÀ

235

Tabella 1 - Persone (valori percentuali) con e senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che dichiarano di aver rinunciato ad una prestazione odontoiatrica per motivi economici per regione - Anno 2014

Regioni	Persone con limitazioni	Persone senza limitazioni
Piemonte	17,9	6,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	13,6	10,7
Lombardia	16,3	8,0
Bolzano-Bozen	8,0	1,3
Trento	4,7	3,6
Veneto	10,9	4,2
Friuli Venezia Giulia	17,5	9,9
Liguria	12,5	8,3
Emilia-Romagna	23,5	10,8
Toscana	7,3	4,1
Umbria	20,4	9,9
Marche	20,0	12,2
Lazio	25,3	9,2
Abruzzo	23,4	10,5
Molise	22,1	8,2
Campania	20,9	9,1
Puglia	39,5	11,6
Basilicata	22,5	5,3
Calabria	30,6	18,2
Sicilia	20,5	10,2
Sardegna	21,4	14,5
Italia	22,0	8,3

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Indagine EUSILC. Anno 2016.**Raccomandazioni di Osservasalute**

L'accesso alle cure odontoiatriche rappresenta il *vulnus* del nostro SSN. Le persone con limitazioni nelle attività quotidiane mostrano livelli di mancato accesso inaccettabili.

Pertanto, andrebbero incoraggiati programmi di odontoiatria sociali su tutto il territorio nazionale, dato che il problema del mancato accesso, anche se più marcato al Meridione, interessa di fatto tutte le regioni ad eccezione o in misura minore nelle PA di Trento e

Bolzano e in Toscana dove programmi di questo tipo sono già consolidati.

Riferimenti bibliografici

(1) Aldo Rosano, Federica Mancini, Alessandro Solipaca. Un'ipotesi di revisione dei parametri Isee sulla base del capability approach. Conferenza ESPANET 22-24 settembre 2016, Macerata.

(2) Aldo Rosano, Federica Mancini, Alessandro Solipaca. Poverty in People with Disabilities: Indicators from the Capability Approach. Social Indicators Research 2009; 94: 75.

Speech Generating Technology nelle disabilità multiple: il *Walden Personal Communicator*

Prof. Carlo Ricci, Prof. Orazio Miglino, Prof. Giulio Lancioni

Persone con disabilità gravi e multiple possono variare estesamente riguardo alle loro caratteristiche essenziali e alle loro abilità specifiche, ma sono spesso accomunate da una tendenza alla passività e alla dipendenza. Queste persone si trovano quasi sempre nella situazione di dover dipendere dagli interventi di altri e il loro rapporto con l'ambiente circostante è caratterizzato da passività. In altre parole, in assenza di un supporto relazionale, la persona non è spesso in grado di controllare il proprio ambiente e di esercitare, quindi, scelte consapevoli pur avendone potenzialmente l'intenzione. Tali situazioni, da un punto di vista psicologico-esistenziale, riducono enormemente i gradi di autodeterminazione e gli interventi di assistenza/educazione rischiano, inevitabilmente, di confermare il bisogno di dipendenza e rafforzarlo nel tempo.

Questo stato di cose può essere accentuato senza procedure e tecnologie di intervento specifiche (*Assistive Technology*). Una tecnologia oggi disponibile riguarda gli *Speech-Generating Devices* (SGDs), ossia dispositivi per la produzione vocale che possono essere programmati per riprodurre messaggi registrati (in formato digitale) o da programmi di sintesi vocale. Gli SGDs sono anche denominati come *Voice-Output Communication Aids*. Esiste un'ampia gamma di SGDs, da quelli più semplici basati sulla tecnologia dei *microswitches*, in grado di attivare un breve messaggio preregistrato, a quelli che ricorrono a tecnologie informatiche molto sofisticate in grado di generare un infinito numero di enunciati complessi tramite la tecnologia di sintesi vocale (1).

Nell'ambito di questa tecnologia è stato realizzato un *software*, denominato *Walden Personal Communicator* (WPC) (2), in grado di permettere alla persona con disabilità multiple e gravi compromissioni del linguaggio espressivo di utilizzare le immagini (carte) oppure agli oggetti tridimensionali che, depositati su di uno spazio delimitato (tavoletta con lettore *Radio Frequency Identification*, *tablet* o *smartphone* con lettore *Near Field Communication*), entrino in comunicazione con un qualsiasi altro *smartphone* dotato del *software* WPC. Quest'ultimo, si attiva immediatamente mostrando l'esatta riproduzione della carta-immagine trasmessa dall'iniziatore della comunicazione e, contemporaneamente, può attivare un messaggio vocale e inviare il messaggio generato da una sintesi vocale in grado di leggere qualsiasi informazione precedentemente scritta e, naturalmente, associata all'immagine (3). Attualmente, sono in corso degli studi finalizzati a valutare questo nuovo comunicatore.

Uno di questi studi (4) si propone di consentire richieste verbali a cinque persone con disabilità intellettive e multiple prive di linguaggio parlato, assistite dalla Lega del Filo d'Oro. L'età dei partecipanti varia tra 11-60 anni. La diagnosi è di: encefalopatia congenita con disabilità intellettive più cecità (due partecipanti), o sordità (due partecipanti) o cecità-spasticità-sordità (un partecipante). Tutti i partecipanti presentano, inoltre, problemi di motricità fine che interferiscono con le risposte richieste per operare con uno dei comunicatori oggi di moda (*iPad*). La tecnologia usata per il nuovo comunicatore prevede uno *smartphone*, una serie di oggetti replica (minimali) o una serie di cartoncini con foto (dimensione pochi centimetri). Quando i partecipanti appoggiano uno degli oggetti replica o cartoncino con foto (che avevano con sé) allo *smartphone* che si trova sul proprio petto, lo *smartphone* emette una richiesta verbale. Tale richiesta concerne l'item/attività indicata dall'oggetto replica o cartoncino con foto usato. Lo studio è stato condotto seguendo un *non-concurrent multiple baseline design across participants*. In pratica, i partecipanti iniziano l'intervento dopo un numero di sessioni di *baseline* variabile. Le sessioni durano 20 minuti.

I risultati hanno mostrato che il numero di richieste effettuate dai partecipanti durante la *baseline* (quando il comunicatore non era disponibile) si avvicinava o era pari a 0. Dopo 10-12 sessioni di intervento, i partecipanti erano in grado di fare varie richieste facilmente comprensibili allo *staff* e, quindi, prontamente esaminate ed esaurite. Alcuni dei partecipanti mostravano preferenze spiccate per alcune attività, altri, invece, erano propensi a variare le loro scelte.

In conclusione, i dati hanno indicato che il nuovo comunicatore può essere considerato una risorsa importante nel lavoro con persone con disabilità gravi e multiple.

Riferimenti bibliografici

- (1) Lancioni, G.E., Sigafoos, J., O'Reilly, M.F., & Singh, N.N. (2013). *Assistive Technology*. NY: Spring.
- (2) Miglino O. Di Ferdinando A, Di Fuccio R, Rega A, Schembri M, Ricci C (2014). Bridging Digital and Physical Educational Games Using RFID/NFC Technologies. *Journal of E-Learning and Knowledge Society*. 3, 87-104.
- (3) Ricci C. Di Ferdinando A, Romeo A, Miglino O (2013). Migliorare la comunicazione attraverso il Picture Exchange Communication System (PECS) e gli Speech-Generating Devices (SGDs): il Walden PECS Communicator (WPC). *Disabilità Gravi* 3, pp 263-272.
- (4) Ricci C., Miglino O, Alberti G, Perilli G, Lancioni G.E. (in Press) Speech Generating Technology to Support Request Responses of Persons with Intellectual and Multiple Disabilities. *international journal of developmental disabilities*.