

## Salute e disabilità

La prevenzione primaria è il primo strumento che abbiamo a disposizione per preservare la nostra salute. Per prevenzione primaria si intendono le azioni che riducono i fattori di rischio e, quindi, la possibile comparsa di malattie. L'importanza degli stili di vita e delle nostre azioni sono spesso sottovalutati e non considerati direttamente collegati alla nostra salute presente e futura.

La prevenzione secondaria, invece, viene attuata attraverso test di screening volti a scoprire le malattie allo stato iniziale per permettere la cosiddetta "diagnosi precoce" che consente di intervenire, tempestivamente, e di aumentare la possibilità di guarigione. Il Servizio Sanitario Nazionale, in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e le Regioni, organizza programmi di screening rivolti a specifici gruppi di persone (considerate a rischio) per individuare, precocemente, alcune malattie.

Nel Capitolo, dopo aver descritto lo stato di salute fisico e psicologico delle persone con disabilità, vengono analizzati alcuni aspetti di prevenzione primaria, come la vaccinazione antinfluenzale e la prevalenza di eccesso ponderale, indicatore del grado di adozione di stili di vita connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili, ed alcuni indicatori sulla prevenzione secondaria, come l'accesso agli screening femminili e allo screening del colon-retto.

La disabilità è definita dall'*International Classification of Functioning (ICF)* come il risultato dell'interazione negativa tra le condizioni di salute di un individuo e l'ambiente in cui esso vive, ma tale definizione non è stata ancora adottata nelle indagini di popolazione. Pertanto, nel presente Capitolo si farà riferimento alla definizione predisposta dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) sulla base dell'*International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH)* che si riferisce alle persone con limitazioni funzionali. Tale definizione è quella utilizzata dall'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" dell'Istituto Nazionale di Statistica. L'indagine, svolta nel 2013 al fine di mantenere la comparabilità dei dati con le Edizioni precedenti, ha riproposto tutti i quesiti predisposti dall'OCSE. I quesiti che implementano la classificazione ICIDH valutano specifiche dimensioni: quella fisica, la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane e quello della comunicazione. Alla luce di quanto riferito e consapevoli della diversità di approccio rispetto a quello sostenuto dall'ICF, nel Capitolo viene considerata persona con disabilità una persona che ha una limitazione funzionale a causa della quale non è in grado di svolgere almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana<sup>1</sup>.

Un elemento importante, da tener presente nel momento in cui si analizzano gli indicatori di prevenzione secondaria presentati, è che questi non si riferiscono ai programmi di screening organizzati dal Servizio Sanitario Nazionale, ASL e Regioni, ma prendono in considerazione il ricorso individuale a questo tipo di accertamenti indipendentemente dal fatto questi siano stati effettuati o meno all'interno di programmi di prevenzione organizzati a livello nazionale o locale.

Lo stato di salute fisico e psicologico delle persone con limitazioni funzionali è nettamente peggiore di quello della popolazione generale; per l'aspetto fisico, il risultato è direttamente connesso con la condizione di salute della persona, mentre l'aspetto psicologico è, sicuramente correlato con le condizioni di salute, ma risente anche di aspetti relazionali ed ambientali. Questi ultimi sono, senz'altro, suscettibili di interventi e differiscono tra regioni con differenze tra persone con e senza limitazioni funzionali meno ampie nel Nord-Est e più evidenti nel Sud e nelle Isole.

Nella prevenzione si evidenziano differenze rilevanti tra persone con e senza limitazioni funzionali per gli screening femminili e per lo screening del colon-retto, in quest'ultimo caso solo per le donne. Anche nell'indicatore che misura sovrappeso e obesità si riscontra una differenza notevole della prevalenza di sovrappeso (+7,2%) e obesità (+11,9%) nei due collettivi considerati.

Dall'analisi degli indicatori presentati si può affermare che per le donne con limitazioni funzionali siamo in presenza di un doppio fattore di discriminazione poiché, oltre ad accedere più difficilmente delle altre al Pap-test e alla mammografia, incontrano difficoltà di accesso anche per lo screening del colon-retto, cosa che non accade per gli uomini.

In conclusione, quindi, nel nostro Paese la differenza di genere e la presenza di disabilità mostrano di non essere ancora risolte, così come quella legata ai differenziali territoriali. Infatti, nel Mezzogiorno l'accesso agli screening è generalmente più basso, soprattutto per lo screening del colon-retto.

<sup>1</sup>Le funzioni essenziali della vita quotidiana comprendono: le attività della vita quotidiana (autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno e mangiare) e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere e parlare). Si considerano, inoltre, il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle) o in casa.

## Stato di salute fisico e psicologico delle persone con limitazioni funzionali

**Significato.** Gli indici di stato di salute fisico e psicologico consentono di tener conto di un approccio multidimensionale del concetto di salute, come si evince dalla definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tali indicatori sono stati utilizzati per studiare le differenti condizioni di salute fisica e psicologica delle persone con limitazioni funzionali. Livelli alti degli indici di stato fisico e psicologi-

co riflettono, rispettivamente, assenza di limitazioni funzionali/benessere generale e assenza di disagio psicologico/attitudine psicologia positiva; di converso livelli bassi dei due indici indicano una limitazione nella cura di se/dolore fisico e disagio psicologico/problemi emotivi nella sfera personale e sociale.

### Stato di salute fisico per presenza di limitazioni funzionali

Numeratore      Punteggio medio sullo stato di salute fisico delle persone di 14 anni ed oltre per presenza di limitazioni funzionali, genere e classe di età

Denominatore      Persone di 14 anni ed oltre per presenza di limitazioni funzionali, genere e classe di età

### Stato di salute psicologico per presenza di limitazioni funzionali

Numeratore      Punteggio medio sullo stato di salute psicologico delle persone di 14 anni ed oltre per presenza di limitazioni funzionali, genere e classe di età

Denominatore      Persone di 14 anni ed oltre per presenza di limitazioni funzionali, genere e classe di età

**Validità e limiti.** L'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013", al fine di mantenere la comparabilità dei dati con le Edizioni precedenti, ha riproposto, all'interno dell'indagine, tutti i quesiti predisposti dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, sulla base dell'*International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH). I quesiti della classificazione ICIDH valutano specifiche dimensioni e cioè la dimensione fisica, la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane e la dimensione della comunicazione. Per l'analisi di questo indicatore viene considerata persona con disabilità una persona che ha una limitazione funzionale a causa della quale non è in grado di svolgere almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana<sup>1</sup>.

I quesiti utilizzati per rilevare le limitazioni funzionali non possono essere somministrati ai bambini di età <6 anni. Lo strumento, inoltre, non è perfettamente in grado di cogliere problemi di salute mentale a meno che questa non sia anche accompagnata da difficoltà di tipo funzionale e/o motorio.

Gli indici medi relativi allo stato di salute fisico (*Physical Component Summary*) e allo stato di salute psicologico (*Mental Component Summary*) delle persone di 14 anni ed oltre, derivano dal questionario

*Short Form Health Survey* (SF12) che descrive lo stato di salute analizzando differenti ambiti, quali: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, stato emotivo, salute mentale, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità e attività sociali. I dodici quesiti del questionario psicosometrico SF12, estratti dalla versione estesa nota come SF-36 utilizzata in studi di popolazione e di epidemiologia, costituiscono parte del questionario autocompilato somministrato ai rispondenti dell'Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013".

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

### Descrizione dei risultati

Le persone con limitazioni funzionali di 14 anni ed oltre presentano punteggi medi degli indici di stato fisico e psicologico pari a, rispettivamente, 31,6 e 40,9 punti per gli uomini e 29,4 e 39,4 punti per le donne. Per le persone senza limitazioni funzionali di uguale età, i punteggi medi dei due indici risultano nettamente più elevati (uomini: 52,7 e 50,5 punti; donne: 51,2 e 48,6 punti) a conferma delle loro migliori condizioni di salute psicofisica rispetto alle persone con limitazioni funzionali (Tabella 1).

<sup>1</sup>Le funzioni essenziali della vita quotidiana comprendono: le attività della vita quotidiana (autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno e mangiare) e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere e parlare). Si considerano, inoltre, il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle) o in casa. Per approfondimenti sulla costruzione degli indici medi si può consultare il sito: <http://crc.marionegri.it/qdv/index.php?page=sf12>.

Per le persone con e senza limitazioni funzionali di entrambi i generi si osserva, al crescere dell'età, un peggioramento dello stato di salute fisico più marcato rispetto a quello psicologico. Questa tendenza si manifesta con intensità maggiore per le donne con limitazioni funzionali per le quali il punteggio medio dell'indice di stato fisico si riduce di ben 18,8 punti, passando da 46,8 punti per la classe di età 14-24 anni a 28,0 punti della classe di età 75 anni ed oltre; per gli uomini con limitazioni funzionali il decremento è più contenuto (-9,2 punti) in ragione del fatto che in corrispondenza della classe di età 14-24 anni si osserva un punteggio medio inferiore di 6,0 punti rispetto a quello delle donne (i punteggi medi dei pari età senza limitazioni funzionali sono, invece, sostanzialmente identici, 55,9 punti per gli uomini e 55,8 punti per le donne). Per le persone senza limitazioni funzionali i decrementi del punteggio medio dell'indice di stato fisico all'aumentare dell'età risultano piuttosto contenuti (-4,6 punti per le donne e -3,2 punti per gli uomini).

La differenza dell'indice di stato psicologico è più evidente per le persone con limitazioni funzionali di 14 anni ed oltre, -7,8 punti per le donne e -6,6 punti per gli uomini, rispetto alle persone senza limitazioni funzionali di pari età dove, per entrambi i generi, il punteggio medio si riduce di 2,0 punti. Per entrambi i generi la riduzione maggiore dell'indice di stato psicologico si registra in corrispondenza della classe di età 45-64 anni.

L'analisi dei dati a livello regionale evidenzia dinamiche differenti per gli indici di stato fisico e psicologico (Tabella 2). Per le persone con limitazioni funzionali di 14 anni ed oltre, l'indice di stato psicologico presenta un maggiore gradiente territoriale, a tutto svantaggio del Mezzogiorno. Infatti, le regioni che hanno punteggi medi più elevati sono quelle del Nord-Est (PA di Bolzano 45,1 punti; PA di Trento 42,8 pun-

ti; Friuli Venezia Giulia 42,6 punti e Veneto 42,5 punti). Anche la Sardegna e il Molise presentano un valore dell'indice più alto del dato nazionale, mentre le regioni con i punteggi medi più bassi sono Abruzzo, Lazio, Valle d'Aosta e Campania con valori inferiori ai 38,8 punti.

Per l'indice di stato fisico i punteggi medi più elevati si rilevano nella PA di Bolzano (32,8 punti), in Basilicata (31,6 punti), Toscana e Abruzzo (con un punteggio per entrambe pari a 31,1 punti), mentre quelli più bassi in Valle d'Aosta, Molise e Sardegna (con punteggi medi che variano tra 28,9 e 27,4 punti). Per le persone senza limitazioni funzionali di pari età è l'indice di stato fisico che mostra il gradiente territoriale con la PA di Bolzano e la Toscana che presentano il punteggio medio più elevato (52,4 punti), Umbria e Lazio che mostrano punteggi medi in linea con quello nazionale (52,0 punti) e la Calabria con il punteggio medio più basso (50,7 punti). L'indice di stato psicologico presenta una geografia meno netta e una variabilità contenuta intorno al dato nazionale con la PA di Bolzano, la PA di Trento, la Liguria, il Friuli Venezia Giulia e il Molise che presentano i punteggi medi più elevati ( $\geq 50$  punti) e con la Campania e le Marche che presentano i punteggi medi più bassi ( $< 49$  punti).

Estendendo l'analisi alla tipologia di limitazione funzionale delle persone di 14 anni ed oltre, sono coloro che sperimentano il confinamento individuale e difficoltà nelle funzioni ad avere i punteggi medi più bassi dell'indice di stato fisico, pari a 27,0 e 27,1 punti, e di stato psicologico, pari a 36,6 e 38,3 punti; i punteggi medi più elevati degli indici di stato fisico e psicologico si registrano per le persone con difficoltà di vista, udito e parola (33 punti) e per le persone con difficoltà nel movimento (40 punti) (dati non presenti in tabella).

**Tabella 1** - Punteggio medio dell'indice di stato fisico e dell'indice di stato psicologico delle persone di età 14 anni ed oltre senza o con limitazioni funzionali per genere e per classe di età - Anno 2013

Classi di età	Senza limitazioni funzionali		Con limitazioni funzionali	
	Indice di stato fisico	Indice di stato psicologico	Indice di stato fisico	Indice di stato psicologico
	<b>Maschi</b>			
14-24	55,9	52,5	40,8	47,5
25-44	54,7	51,0	39,0	42,2
45-64	52,4	49,5	34,7	39,3
65-74	48,9	50,2	32,7	40,8
75+	45,5	49,5	29,0	40,9
<b>Totale</b>	<b>52,7</b>	<b>50,5</b>	<b>31,6</b>	<b>40,9</b>
	<b>Femmine</b>			
14-24	55,8	50,6	46,8	47,2
25-44	54,0	49,3	40,2	42,0
45-64	51,0	47,9	33,4	38,2
65-74	46,7	47,6	29,8	38,6
75+	42,5	47,2	28,0	39,4
<b>Totale</b>	<b>51,2</b>	<b>48,6</b>	<b>29,4</b>	<b>39,4</b>

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

**Tabella 2** - Punteggio medio standardizzato dell'indice di stato fisico e dell'indice di stato psicologico delle persone di età 14 anni ed oltre senza o con limitazioni funzionali per regione - Anno 2013

Regioni	Senza limitazioni funzionali		Con limitazioni funzionali	
	Indice di stato fisico	Indice di stato psicologico	Indice di stato fisico	Indice di stato psicologico
Piemonte	52,2	49,3	30,8	40,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	52,0	49,9	28,9	38,1
Lombardia	52,3	49,8	30,7	40,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>52,4</i>	<i>51,3</i>	<i>32,8</i>	<i>45,1</i>
<i>Trento</i>	<i>52,2</i>	<i>50,1</i>	<i>30,6</i>	<i>42,8</i>
Veneto	52,1	49,6	30,9	42,5
Friuli Venezia Giulia	52,2	50,0	29,2	42,6
Liguria	52,3	50,3	29,3	40,0
Emilia-Romagna	52,0	49,5	29,6	42,3
Toscana	52,4	49,3	31,1	40,3
Umbria	51,9	49,5	30,7	40,7
Marche	52,0	48,3	30,3	40,5
Lazio	51,9	49,9	29,9	38,6
Abruzzo	51,9	49,6	31,1	38,7
Molise	51,8	50,0	28,7	41,6
Campania	51,8	48,8	30,4	37,5
Puglia	51,7	49,3	29,8	39,1
Basilicata	51,1	49,4	31,6	39,1
Calabria	50,7	49,0	29,0	40,1
Sicilia	51,7	49,3	30,5	39,2
Sardegna	51,3	49,8	27,4	42,1
<b>Italia</b>	<b>52,0</b>	<b>49,5</b>	<b>30,2</b>	<b>39,9</b>

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

## Persone con limitazioni funzionali che accedono alla vaccinazione antinfluenzale

**Significato.** L'indicatore misura la proporzione di persone che accedono alla vaccinazione antinfluenzale. La vaccinazione rappresenta il principale strumento di prevenzione contro i virus influenzali per tutta la popolazione. La vaccinazione viene offerta attivamente e gratuitamente ai soggetti che per le loro condizioni personali corrono un maggior rischio di anda-

re incontro a complicanze nel caso contraggano l'influenza.

Da qui nasce l'importanza dell'indicatore per le persone con limitazioni funzionali che, essendo una popolazione più fragile, potrebbe richiedere un'assistenza maggiore rispetto alle persone senza limitazioni funzionali.

### Quoziente standardizzato di persone con limitazioni funzionali che accedono alla vaccinazione antinfluenzale

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

*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.** L'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013", al fine di mantenere la comparabilità dei dati con le Edizioni precedenti, ha riproposto, all'interno dell'indagine, tutti i quesiti predisposti dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, sulla base dell'*International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH). I quesiti della classificazione ICIDH valutano specifiche dimensioni e cioè la dimensione fisica, la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane e la dimensione della comunicazione. Per l'analisi di questo indicatore viene considerata persona con disabilità una persona che ha una limitazione funzionale a causa della quale non è in grado di svolgere almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana<sup>1</sup>.

I quesiti utilizzati per rilevare le limitazioni funzionali non possono essere somministrati ai bambini di età <6 anni. Lo strumento, inoltre, non è perfettamente in grado di cogliere problemi di salute mentale a meno che questa non sia anche accompagnata da difficoltà di tipo funzionale e/o motorio.

Le quote regionali standardizzate sono state calcolate utilizzando come riferimento la struttura per età della popolazione nazionale del campione. Si consideri che anche dopo la standardizzazione può presentarsi un confondimento residuo per età se vengono utilizzate classi di età aperte nelle età estreme.

L'indicatore proposto considera tutte le persone che hanno accesso alla vaccinazione antinfluenzale, cioè sia quelle che si vaccinano all'interno del programma di immunizzazione contro l'influenza del Servizio Sanitario Nazionale e sia quelle che pagano la vaccinazione a proprie spese.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Gli obiettivi di copertura stabiliti dalla circolare ministeriale<sup>2</sup>, per tutti i gruppi *target* costituiti dagli ultra 65enni e dai gruppi a rischio, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale.

In un'ottica di non discriminazione, come valore *target* nell'analisi dei dati, si può prendere in considerazione quello della persone senza limitazioni funzionali ultra 65enni che, nel 2013, presentano una prevalenza del 55,4%<sup>3</sup>.

### Descrizione dei risultati

Circa i due terzi delle persone con limitazioni funzionali di 65 anni ed oltre accedono alla vaccinazione antinfluenzale, il 64,9% degli uomini e il 60,7% delle donne, mentre solo circa una persona su quattro con limitazioni funzionali di età compresa tra i 6-64 anni si vaccina (uomini: 24,0%; donne: 24,5%) (Tabella 1). L'analisi dei dati regionali non evidenzia un particolare gradiente Nord-Sud ed Isole: gli uomini con limitazioni funzionali di 65 anni ed oltre che maggiormente si vaccinano sono quelli della PA di Trento (78,4%),

<sup>1</sup>Le funzioni essenziali della vita quotidiana comprendono: le attività della vita quotidiana (autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno e mangiare) e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere e parlare).

<sup>2</sup>Ministero della Salute, Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2015-2016.

<sup>3</sup>Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità, sulla base dei riepiloghi inviati da Regioni e PA.

Toscana (77,4%), Basilicata (77,2%), Friuli Venezia Giulia (76,7%) e Molise (76,3%) rispetto a quelli dell'Abruzzo, Lazio e Puglia che presentano prevalenze più basse (rispettivamente, 51,3%, 55,9% e 59,4%); le donne con limitazioni funzionali di pari età che ricorrono maggiormente alla vaccinazione si osservano in Friuli Venezia Giulia (68,7%), Valle d'Aosta (68,3%), Veneto (67,0%) ed Emilia-Romagna (66,8%), mentre il minor ricorso si registra nelle PA di Bolzano e Trento (rispettivamente, 47,5% e 48,6%), Sicilia (54,9%) e Sardegna (55,4%).

Anche l'analisi delle persone con limitazioni funzionali di 6-64 anni conferma l'assenza di un gradiente territoriale. Per gli uomini le prevalenze maggiori si osservano nel Lazio (40,0%), Marche (38,6%), PA di Trento (34,9%) e Basilicata (34,0%), mentre per le donne le prevalenze maggiori si registrano in Molise (34,7%), Emilia-Romagna (33,4%) e Lazio, Liguria e Sicilia, che presentano valori pressochè simili (rispettivamente, 31,7%, 31,1% e 31,0%).

Osservando le differenze di genere nell'accesso alla vaccinazione, tra gli ultra 65enni con limitazioni funzionali si osserva un maggior ricorso del genere maschile. Solo nel Lazio, Valle d'Aosta, Abruzzo, Piemonte e Veneto le prevalenze delle donne sono maggiori con scostamenti assoluti compresi tra i 5-10 punti percentuali. Tra le persone con limitazioni funzionali di età compresa tra 6-64 anni le regioni in cui si vaccinano di più gli uomini sono le Marche, la Toscana, la PA di Trento, la Basilicata, il Lazio, la Puglia, la Calabria, l'Abruzzo e la PA di Bolzano.

Rispetto alla popolazione generale, gli ultra 65enni con disabilità ricorrono in maniera più frequente alla vaccinazione, soprattutto gli uomini. Va, tuttavia, considerato che la composizione anagrafica delle persone con disabilità di 65 anni ed oltre differisce da quella della popolazione generale, con un peso maggiore delle età più avanzate in cui il ricorso alla vaccinazione è ancor più consigliato.

**Tabella 1** - Quoziente standardizzato (valori per 100 persone con le stesse caratteristiche) di persone con limitazioni funzionali che accedono alla vaccinazione antinfluenzale per genere, classe di età e per regione - Anno 2013

Regioni	Maschi		Femmine	
	6-64	65+	6-64	65+
Piemonte	17,0	60,0	20,4	65,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	14,4	61,4	23,4	68,3
Lombardia	19,1	69,4	20,2	58,3
Bolzano-Bozen	8,1	61,6	7,8	47,5
Trento	34,9	78,4	21,1	48,6
Veneto	16,7	61,6	18,7	67,0
Friuli Venezia Giulia	11,5	76,7	16,8	68,7
Liguria	14,4	61,7	31,1	60,9
Emilia-Romagna	21,2	66,6	33,4	66,8
Toscana	33,4	77,4	16,0	62,2
Umbria	9,2	61,7	28,2	60,4
Marche	38,6	61,1	17,2	58,1
Lazio	40,0	55,9	31,7	65,7
Abruzzo	24,9	51,3	23,4	57,8
Molise	23,4	76,3	34,7	60,7
Campania	22,9	70,9	26,2	61,3
Puglia	28,4	59,4	22,5	57,1
Basilicata	34,0	77,2	21,7	56,5
Calabria	24,6	73,1	19,8	60,6
Sicilia	19,1	62,1	31,0	54,9
Sardegna	28,9	65,4	30,3	55,4
<b>Italia</b>	<b>24,0</b>	<b>64,9</b>	<b>24,5</b>	<b>60,7</b>

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La copertura per la vaccinazione antinfluenzale è ancora inferiore all'obiettivo minimo perseguibile, specie in Abruzzo e nella PA di Bolzano. Si notano, inoltre, differenziali di genere non giustificati.

Campagne di sensibilizzazione alla vaccinazione con messaggi mirati verso le donne sarebbero auspicabili. Le regioni con basse coperture dovrebbero analizzare criticamente le modalità di implementazione delle loro campagne vaccinali.

## Donne con limitazioni funzionali che accedono agli screening femminili

**Significato.** Gli indicatori analizzati forniscono informazioni sul numero di donne con limitazioni funzionali in età *target* che hanno eseguito più di un esame di screening femminile e la frequenza con la quale si sottopongono al controllo. Pap-test e mammografia

rappresentano esami di prevenzione per il tumore del collo dell'utero e della mammella rivolti, rispettivamente, alle donne di età *target* 25-64 anni e 50-69 anni.

### Percentuale di donne con limitazioni funzionali che accedono a un esame di screening

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore Donne con limitazioni funzionali in età *target* che hanno eseguito più di un esame di screening residenti nella regione *i*

Denominatore Donne con limitazioni funzionali in età *target* residenti nella regione *i*

### Percentuale di donne con limitazioni funzionali per frequenza di controllo

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore Donne con limitazioni funzionali in età *target* per frequenza di controllo residenti nella regione *i*

Denominatore Donne con limitazioni funzionali in età *target* che hanno eseguito più di un esame di screening residenti nella regione *i*

**Validità e limiti.** L'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013", al fine di mantenere la comparabilità dei dati con le Edizioni precedenti, ha riproposto, all'interno dell'indagine, tutti i quesiti predisposti dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, sulla base dell'*International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH). I quesiti della classificazione ICIDH valutano specifiche dimensioni e cioè la dimensione fisica, la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane e la dimensione della comunicazione. Per l'analisi di questo indicatore viene considerata persona con disabilità una persona che ha una limitazione funzionale a causa della quale non è in grado di svolgere almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana<sup>1</sup>.

Gli indicatori proposti considerano non solo coloro che hanno eseguito l'accertamento all'interno dei programmi di screening nazionali e locali, ma anche coloro che hanno eseguito l'accertamento pagandolo a proprie spese.

**Valore di riferimento/Benchmark.** L'obiettivo di un programma di screening mammografico è fissato al 50% della popolazione *target* per le regioni e le Aziende Sanitarie Locali (ASL) che non hanno un'offerta di screening mammografico e almeno il 90% della popolazione *target* per le regioni e le ASL che

hanno un'offerta di screening mammografico.

L'obiettivo di un programma di screening cervicale è di far eseguire uno o più Pap-test ogni 3 anni ad almeno l'85% della popolazione bersaglio<sup>2</sup>.

In un'ottica di non discriminazione, come valore *target* nell'analisi dei dati si può prendere in considerazione quello delle donne senza limitazioni funzionali in età *target* che si sottopongono a più di un esame di screening. Per il Pap-test e la mammografia le prevalenze sono, rispettivamente, pari al 67,5% e al 75,0% nel 2013.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, le donne con limitazioni funzionali di 25-64 anni che si sono sottoposte a più di un Pap-test nella loro vita sono il 52,3%, circa due donne su tre esegue il controllo con una periodicità inferiore a quella consigliata dei 3 anni (65,2%), il 18,9% ogni 3 anni ed il 15,8% con una cadenza >3 anni (Tabella 1); la percentuale di donne con limitazioni funzionali di 50-69 anni che si sono sottoposte a più di una mammografia è pari al 58,5%, una donna su quattro esegue il controllo con una cadenza inferiore a quella consigliata dei 2 anni (26,4%), il 48,3% ogni 2 anni ed il 25,4% con una cadenza >2 anni (Tabella 2). L'analisi territoriale mostra un gradiente Nord-Sud ed Isole per entrambi gli indicatori proposti, ma con alcune eccezioni. In Abruzzo, nella PA di Bolzano, in Umbria e in Piemonte si osservano le prevalenze più

<sup>1</sup>Le funzioni essenziali della vita quotidiana comprendono: le attività della vita quotidiana (autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno e mangiare) e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere e parlare). Si considerano, inoltre, il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle) o in casa.

<sup>2</sup>Disponibile sul sito: [www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/pubblicazioni/Screening\\_oncologici.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/pubblicazioni/Screening_oncologici.pdf).

alte di donne con limitazioni funzionali di 25-64 anni che si sono sottoposte a più di un Pap-test (rispettivamente, 78,9%, 76,4%, 75,1% e 74,6%) invece le regioni “fanalino di coda” sono la Campania e la Sicilia (rispettivamente, 23,4% e 34,3%).

Riguardo alla frequenza con la quale le donne si sottopongono al Pap-test, si osserva che la totalità delle donne della Valle d'Aosta e della Basilicata e circa otto donne su dieci in Molise, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Marche esegue il controllo con una frequenza inferiore al periodo consigliato dei 3 anni. La regione che, invece, presenta il dato maggiore riguardo la frequenza di controllo oltre i 3 anni è la Campania, dove quasi la metà delle donne con limitazioni funzionali esegue il controllo oltre il periodo consigliato.

La quota di donne con limitazioni funzionali di 50-69 anni che si è sottoposta a più di una mammografia è maggiore in Veneto (83,4%), Valle d'Aosta (82,9%) e

Marche (80,2%) e minore in Sicilia (34,9), Calabria (35,8%), Campania (38,7%) e Basilicata (39,2%).

In merito alla frequenza con la quale le donne si sottopongono al controllo mammografico, si osserva che nella PA di Bolzano il 67,0% delle donne esegue i controlli con una frequenza inferiore al periodo consigliato dei 2 anni e che nelle PA di Bolzano e Trento, congiuntamente al Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria e Basilicata, la totalità delle donne esegue i controlli entro il periodo consigliato. Infine, anche per la mammografia la regione che presenta il dato maggiore riguardo la frequenza di controllo oltre i 3 anni è la Campania, in cui la metà delle donne con limitazioni funzionali in età *target* esegue un controllo mammografico oltre il periodo consigliato (52,4%), seguita da Molise, Abruzzo e Puglia (rispettivamente, 52,0%, 47,4% e 47,2%).

**Tabella 1** - Donne (valori percentuali) di età 25-64 anni con limitazioni funzionali che hanno eseguito più di un Pap-test e frequenza con la quale si sottopongono al controllo per regione - Anno 2013

Regioni	Hanno eseguito più di un Pap-test*	Frequenza controlli°		
		<3 anni	Ogni 3 anni	>3 anni
Piemonte	74,6	58,7	25,9	15,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	55,3	100,0	0,0	0,0
Lombardia	69,4	70,3	21,8	7,8
Bolzano-Bozen	76,4	78,2	21,8	0,0
Trento	56,6	51,8	48,2	0,0
Veneto	73,0	80,7	19,3	0,0
Friuli Venezia Giulia	48,9	80,6	0,0	19,4
Liguria	41,2	48,4	30,1	21,5
Emilia-Romagna	69,2	59,7	19,3	21,0
Toscana	52,1	48,6	33,9	17,4
Umbria	75,1	46,1	53,9	0,0
Marche	52,6	79,6	11,9	8,6
Lazio	45,5	64,4	9,9	25,7
Abruzzo	78,9	47,8	34,0	18,2
Molise	69,2	85,2	0,0	14,8
Campania	23,4	55,2	0,0	44,8
Puglia	49,4	72,1	6,0	21,9
Basilicata	40,5	100,0	0,0	0,0
Calabria	44,7	72,3	9,4	18,2
Sicilia	34,3	63,0	21,6	15,4
Sardegna	48,6	51,7	23,9	24,4
<b>Italia</b>	<b>52,3</b>	<b>65,2</b>	<b>18,9</b>	<b>15,8</b>

\*Per 100 donne di età compresa tra i 25-64 anni con limitazioni funzionali.

°Per 100 donne di età compresa tra i 25-64 anni con limitazioni funzionali che hanno eseguito un Pap-test più di una volta.

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013”. Anno 2015.

**Tabella 2** - Donne (valori percentuali) di età 50-69 anni con limitazioni funzionali che hanno eseguito più di una mammografia e frequenza con la quale si sottopongono al controllo per regione - Anno 2013

Regioni	Hanno eseguito più di una mammografia*	<2 anni	Frequenza controlli° Ogni 2 anni	>2 anni
Piemonte	73,8	15,0	49,1	35,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	82,9	0,0	73,8	26,2
Lombardia	63,2	31,5	41,5	27,0
Bolzano-Bozen	76,0	67,0	33,0	0,0
Trento	58,3	0,0	100,0	0,0
Veneto	83,4	19,2	67,3	13,5
Friuli Venezia Giulia	68,6	38,6	61,4	0,0
Liguria	75,2	15,4	43,6	41,0
Emilia-Romagna	71,2	21,9	70,4	7,7
Toscana	56,1	22,4	77,6	0,0
Umbria	51,0	14,1	85,9	0,0
Marche	80,2	21,4	68,0	10,6
Lazio	76,8	36,4	55,9	7,8
Abruzzo	53,2	26,2	26,4	47,4
Molise	62,9	0,0	48,0	52,0
Campania	38,7	19,5	28,1	52,4
Puglia	65,2	26,5	26,4	47,2
Basilicata	39,2	28,4	71,6	0,0
Calabria	35,8	40,6	47,2	12,2
Sicilia	34,9	24,4	43,1	32,5
Sardegna	61,6	43,2	33,1	23,6
<b>Italia</b>	<b>58,5</b>	<b>26,4</b>	<b>48,3</b>	<b>25,4</b>

\*Per 100 donne di età compresa tra i 50-69 anni con limitazioni funzionali.

°Per 100 donne di età compresa tra i 50-69 anni con limitazioni funzionali che hanno eseguito una mammografia più di una volta.

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La percentuale di donne con limitazioni funzionali che hanno eseguito più di un Pap-test e più di una mammografia è di oltre 15 punti inferiore rispetto a quelle raggiunte della popolazione generale.

Pertanto, vanno attentamente indagati i motivi di tale

gap verificando l'accessibilità delle strutture, in particolare in regioni come Sicilia, Calabria e Campania che presentano percentuali particolarmente basse di donne con limitazioni che usufruiscono degli screening femminili.

## Persone con limitazioni funzionali che accedono allo screening del colon-retto

**Significato.** L'indicatore fornisce un quadro regionale delle persone con limitazioni funzionali di 50-69 anni che si sottopongono ad almeno uno degli esami di screening per i tumori del colon-retto compresi tra la ricerca del sangue occulto, la rettosigmoidoscopia e

la colonscopia a scopo preventivo.

L'indicatore proposto non è un indicatore riferito ai programmi di screening organizzati dal Servizio Sanitario Nazionale.

### Percentuale di persone con limitazioni funzionali che accedono allo screening del colon-retto

Numeratore	Persone con limitazioni funzionali che accedono allo screening del colon-retto per genere residenti nella regione <i>i</i>	
Denominatore	Persone con limitazioni funzionali per genere residenti nella regione <i>i</i>	x 100

**Validità e limiti.** L'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013", al fine di mantenere la comparabilità dei dati con le Edizioni precedenti, ha riproposto, all'interno dell'indagine, tutti i quesiti predisposti dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, sulla base dell'*International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*. I quesiti della classificazione ICIDH valutano specifiche dimensioni e cioè la dimensione fisica, la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane e la dimensione della comunicazione. Per l'analisi di questo indicatore viene considerata persona con disabilità una persona che ha una limitazione funzionale a causa della quale non è in grado di svolgere almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana<sup>1</sup>.

Gli indicatori proposti considerano non solo coloro che hanno fatto l'accertamento all'interno dei programmi di screening nazionali e locali, ma anche coloro che hanno fatto l'accertamento pagandolo a proprie spese.

**Valore di riferimento/Benchmark.** In un'ottica di non discriminazione, come valore *target* nell'analisi dei dati si può prendere in considerazione quello delle persone senza limitazioni funzionali di pari età che, nel 2013, presentano una prevalenza pari a 38,3% per gli uomini e a 36,5% per le donne.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, gli uomini con limitazioni funzionali di 50-69 anni che hanno eseguito almeno un test per la ricerca del sangue occulto oppure rettosigmoidoscopia o colonscopia a scopo preventivo presentano una prevalenza superiore a quella delle donne di pari età e condizione (37,3% vs 29,3%) (Tabella 1).

Nella PA di Trento, Molise e Friuli Venezia Giulia si registrano le maggiori prevalenze per gli uomini, rispettivamente pari al 77,9%, 74,5% e 72,2%, mentre in Abruzzo, Sardegna e PA di Bolzano solo il 9,2%, il 10,0% e il 14,0% si è sottoposto ad almeno uno dei test di screening del colon-retto.

Circa sei donne su dieci si sottopongono ad un test di screening in Emilia-Romagna, PA di Trento e Veneto (rispettivamente, 58,8%, 58,3% e 57,5%), mentre una sola donna su dieci in Calabria e circa una donna su sei in Sicilia, Molise e Puglia esegue i test a scopo preventivo.

Osservando le differenze di genere si registra, in Liguria, Emilia-Romagna, Abruzzo, Campania e Sardegna, un maggior ricorso ai test di screening del colon-retto a scopo preventivo delle donne.

Focalizzando l'attenzione al tipo di esame di screening, le prevalenze delle persone con limitazioni funzionali di 50-69 anni che si sottopongono alla rettosigmoidoscopia e colonscopia a scopo preventivo entro il periodo consigliato di 5 anni sono pari, rispettivamente, all'81,4% e all'84,2%, mentre solo il 73,8% si sottopone entro il periodo consigliato di 2 anni alla ricerca del sangue occulto (Grafico 1).

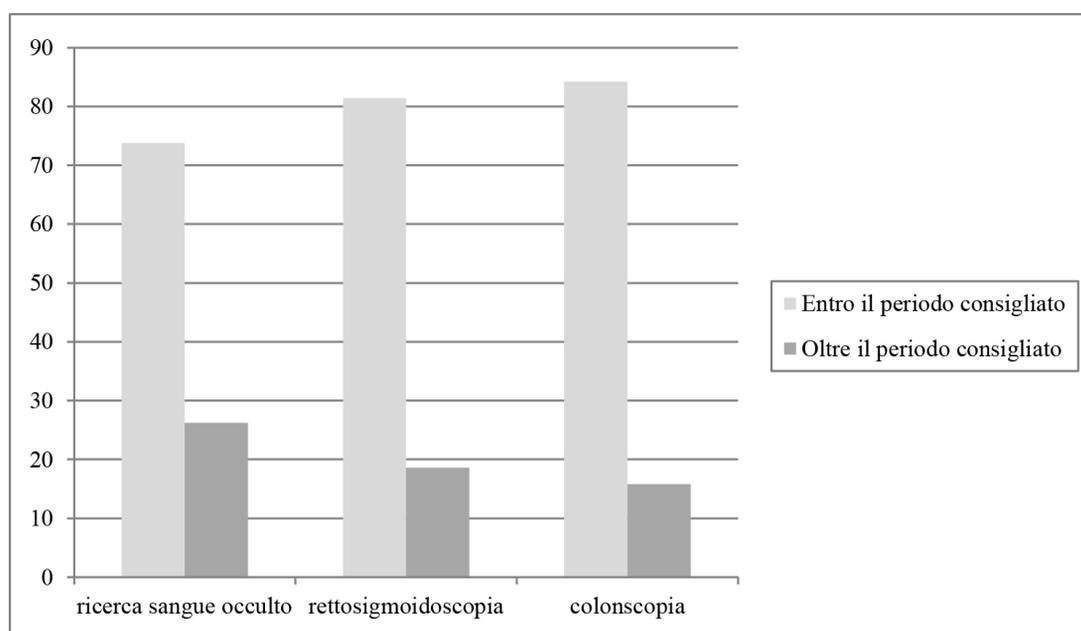
<sup>1</sup>Le funzioni essenziali della vita quotidiana comprendono: le attività della vita quotidiana (autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno e mangiare) e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere e parlare). Si considerano, inoltre, il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle) o in casa.

**Tabella 1** - Persone (valori percentuali) con limitazioni funzionali di età 50-69 anni che hanno eseguito almeno un test per la ricerca del sangue occulto oppure una rettosigmoidoscopia o colonscopia a scopo preventivo per genere e per regione - Anno 2013

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	26,6	23,0
Valle d' Aosta-Vallée d' Aosta	66,2	53,2
Lombardia	54,0	36,7
Bolzano-Bozen	14,0	0,0
Trento	77,9	58,3
Veneto	61,1	57,5
Friuli Venezia Giulia	72,2	52,6
Liguria	15,9	36,4
Emilia-Romagna	53,3	58,8
Toscana	61,7	52,3
Umbria	55,8	45,2
Marche	61,4	42,2
Lazio	52,9	28,5
Abruzzo	9,2	24,0
Molise	74,5	15,5
Campania	15,5	20,0
Puglia	17,8	16,1
Basilicata	33,4	27,5
Calabria	15,8	11,1
Sicilia	27,1	14,0
Sardegna	10,0	21,3
<b>Italia</b>	<b>37,3</b>	<b>29,3</b>

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

**Grafico 1** - Persone (valori percentuali) con limitazioni funzionali di età 50-69 anni che accedono allo screening del colon-retto a scopo preventivo per tipo di esame e periodicità consigliata per il controllo - Anno 2013



**Nota:** per l'esame di ricerca del sangue occulto si consiglia di eseguire il controllo ogni 2 anni, mentre per la rettosigmoidoscopia e colonscopia si consiglia il controllo ogni 5 anni.

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

#### Raccomandazioni di Osservasalute

Si notano differenziali di genere non giustificati. Per gli uomini con limitazioni funzionali l'accesso allo screening del colon-retto non si differenzia da quello

della popolazione generale, mentre per le donne vi è una netta differenza a svantaggio di quelle con limitazioni funzionali. Campagne di sensibilizzazione con messaggi mirati verso le donne sarebbero auspicabili.

## Persone con limitazioni funzionali in sovrappeso o obese

**Significato.** L'indicatore fornisce, con dettaglio regionale, informazioni sulla composizione percentuale delle persone con limitazioni funzionali di 18 anni ed oltre per classe di eccesso ponderale e genere. L'eccesso di peso ponderale è un fattore di rischio per

la salute e comporta complicanze cardiovascolari e all'apparato muscolo-scheletrico. L'indicatore standardizzato permette di confrontare le realtà regionali eliminando gli effetti dovuti alle differenti strutture per età.

### Percentuale di persone con limitazioni funzionali per classe di eccesso ponderale

Numeratore  $\frac{\text{Persone con limitazioni funzionali per classe di eccesso ponderale e genere residenti nella regione } i}{\text{Persone con limitazioni funzionali per genere residenti nella regione } i} \times 100$

### Quoziente standardizzato di persone con limitazioni funzionali per classe di eccesso ponderale

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

*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.** L'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013", al fine di mantenere la comparabilità dei dati con le Edizioni precedenti, ha riproposto, all'interno dell'indagine, tutti i quesiti predisposti dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, sulla base dell'*International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*. I quesiti della classificazione ICIDH valutano specifiche dimensioni e cioè la dimensione fisica, la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane e la dimensione della comunicazione. Per l'analisi di questo indicatore viene considerata persona con disabilità una persona che ha una limitazione funzionale a causa della quale non è in grado di svolgere almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana<sup>1</sup>.

Le quote regionali standardizzate sono state calcolate utilizzando come riferimento la struttura per età della popolazione nazionale del campione.

Le classi di eccesso ponderale sono costruite sulla base del calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC o *Body Mass Index*) che è dato dal rapporto tra peso corporeo di un individuo, espresso in chili, ed il quadrato della sua statura, espressa in metri. L'indice definisce come sovrappeso i valori dell'IMC compresi tra il 25,0-29,9 e come obeso i valori dell'IMC  $\geq 30$ .

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non sono con-

cettualmente proponibili degli standard di riferimento. Come termine di confronto si possono prendere la prevalenze osservate nella popolazione generale: per gli uomini 44,1% in sovrappeso e 11,5% obesi; per le donne 27,5% in sovrappeso e 9,3% obese.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, il 44,0% degli uomini con limitazioni funzionali di 18 anni ed oltre è in sovrappeso ed il 15,5% è obeso (Tabella 1). Più elevata, rispetto a quella degli uomini, è la proporzione di donne di pari età obese (21,2%), mentre minore è la proporzione di donne di pari età in sovrappeso (34,7%). L'analisi dei dati regionali evidenzia un gradiente territoriale.

Infatti, per gli uomini, le regioni che presentano prevalenze di sovrappeso e obesità inferiori al dato nazionale sono la Valle d'Aosta, il Piemonte, l'Emilia-Romagna, la Lombardia, le Marche e la Basilicata; nella PA di Trento meno di una persona su dieci è obesa (6,7% contro il valore nazionale di 15,5%).

Condizioni di eccesso ponderale (sovrappeso o obesità) maggiori rispetto al dato nazionale, invece, si osservano sempre per gli uomini in Molise, Umbria, Sicilia, Puglia, Campania e Lazio.

Le regioni nelle quali le donne con limitazioni funzionali di 18 anni ed oltre registrano prevalenze di eccesso ponderale inferiori al dato nazionale sono il Friuli

<sup>1</sup>Le funzioni essenziali della vita quotidiana comprendono: le attività della vita quotidiana (autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno e mangiare) e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere e parlare). Si considerano, inoltre, il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle) o in casa.

Venezia Giulia (in cui la prevalenza di obese è pari a 10,7%), la PA di Bolzano, il Piemonte, le Marche, la Lombardia e il Veneto. I valori maggiori di obesità si registrano in Molise e Campania dove circa una donna su quattro risulta obesa.

L'osservazione dei dati per genere e classe di età evidenzia, per le persone con limitazioni funzionali, prevalenze maggiori di sovrappeso per gli uomini in

entrambe le classi di età, mentre sono le donne quelle che risultano maggiormente obese (Grafico 1).

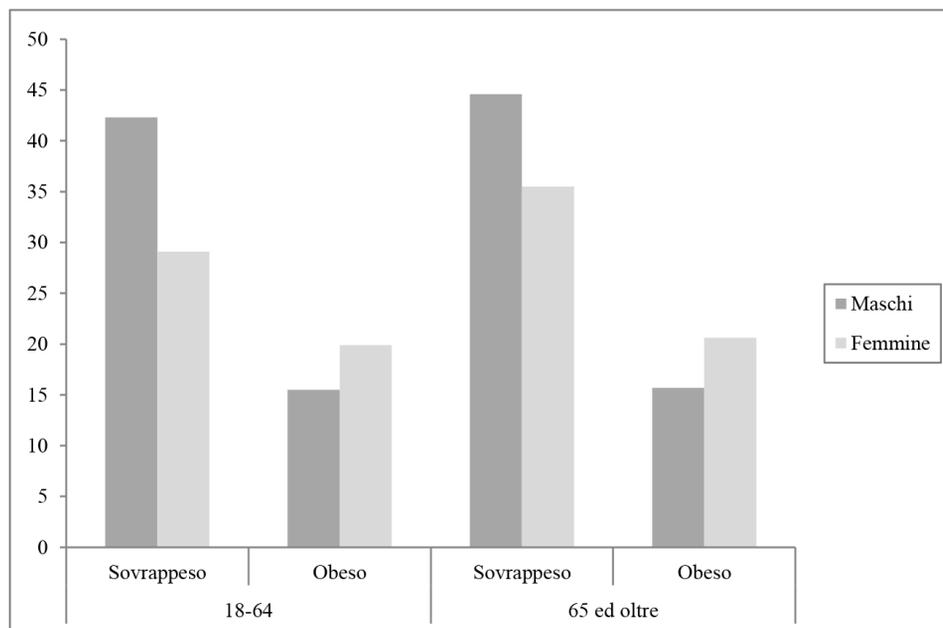
Rispetto alla popolazione generale si evidenzia una maggior quota di obesi tra gli uomini e, soprattutto, una quota ben più alta di donne in sovrappeso (+7,2%) e obese (+11,9%) (dati non presenti in tabella).

**Tabella 1** - Persone (valori percentuali) con limitazioni funzionali di età 18 anni ed oltre per classe di eccesso ponderale per genere e per regione - Anno 2013

Regioni	Maschi		Femmine	
	Sovrappeso	Obeso	Sovrappeso	Obeso
Piemonte	36,6	13,6	32,3	16,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	33,7	13,9	22,1	21,3
Lombardia	42,6	9,7	30,7	20,7
Bolzano-Bozen	35,1	19,6	24,6	19,1
Trento	49,7	6,7	37,5	13,5
Veneto	49,5	13,2	30,6	21,1
Friuli Venezia Giulia	45,4	12,1	31,0	10,7
Liguria	51,3	10,6	28,7	22,5
Emilia-Romagna	39,2	11,3	32,9	22,3
Toscana	39,3	16,8	37,7	15,7
Umbria	50,1	17,2	39,5	22,2
Marche	43,2	14,3	33,1	16,2
Lazio	44,2	15,7	31,4	22,5
Abruzzo	44,9	12,9	32,3	22,0
Molise	47,5	21,4	34,1	26,2
Campania	45,8	17,6	34,6	25,7
Puglia	45,6	20,5	42,3	21,9
Basilicata	38,4	14,6	45,3	20,9
Calabria	39,9	16,4	43,2	18,3
Sicilia	46,4	20,1	38,1	21,9
Sardegna	43,6	18,4	34,8	24,3
<b>Italia</b>	<b>44,0</b>	<b>15,5</b>	<b>34,7</b>	<b>21,2</b>

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

**Grafico 1** - Persone (valori percentuali) con limitazioni funzionali di età 18 anni ed oltre per classe di eccesso ponderale, classe di età e genere - Anno 2013



**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Per questa sezione si rimanda all'Indicatore "Sovrappeso e obesità" presente nel Capitolo "Fattori

di rischio, stili di vita e prevenzione" del presente Rapporto Osservasalute.

## Inserimento lavorativo delle persone con disturbo psichico

Dott. Amedeo Spagnolo

Il 70% delle persone con disturbo mentale desidera lavorare (1). L'inserimento lavorativo è uno dei fattori principale per la "recovery", cioè per una ottimale ripresa del funzionamento e della qualità di vita del paziente psichiatrico. Nell'ambiente lavorativo la persona con disturbo psichico supera lo stato di isolamento e anche dal punto di vista psichiatrico il lavoro viene visto come l'elemento che garantisce quella reciprocità che permette all'individuo di emanciparsi.

L'inserimento lavorativo di persone con disabilità è tutelato dalla Legge n. 68/1999 che prevede, per le Aziende con più di 50 lavoratori occupati, la presenza di almeno il 7% di persone con disabilità, di almeno due lavoratori con disabilità per le Aziende con 36-50 dipendenti e di almeno una persona con disabilità per quelle con 15-35 occupati. Per le Aziende, sia pubbliche che private, che non rispettano la normativa sono previste sanzioni pecuniarie. Nonostante ciò, l'inserimento di persone con disabilità risulta, ancora oggi, estremamente difficile e molto spesso le Aziende preferiscono incorrere nelle sanzioni anziché rispettare le quote di inserimento previste.

Tra tutte le disabilità quella psichica è la maggiormente discriminata, spesso a causa dello stigma, ovvero della prevenzione a priori che spesso si nutre nei confronti delle persone affette da tali disturbi, mentre, proprio per queste persone, l'attività lavorativa può avere un vero e proprio effetto terapeutico, riducendo nel tempo l'uso di farmaci e migliorando sensibilmente la patologia.

Nell'attuale momento di crisi occupazionale generalizzata, sono proprio le persone con disabilità che stanno risentendo maggiormente della situazione e tra queste quelle con disturbo psichico risultano le più penalizzate. Uno studio campionario a livello nazionale tra le Aziende italiane *profit* (2), stratificata per area geografica e settore di attività, svolto in due riprese dall'Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori negli anni 2011 e 2013, ha descritto la situazione relativa agli inserimenti di persone con disabilità psichica. L'indagine ha evidenziato come, a distanza di 2 anni, la percentuale di Aziende *profit* che hanno occupato persone con una qualsiasi forma di disabilità sia notevolmente diminuita passando dal 6,2% al 2,2% con una riduzione del 51,6%, mentre la percentuale di Aziende che hanno occupato persone con disturbo psichico è passata dal 3,0% allo 0,6% con una riduzione del 72,7%.

Tra le motivazioni all'inserimento lavorativo risulta al primo posto l'obbligo di legge (65%), seguita dal fatto che la persona era già dipendente, con o senza retribuzione (16,7%), la solidarietà nei confronti dei disabili psichici (14,3%) o la conoscenza diretta della persona (10,1%) o la segnalazione da parte di terzi (8,3%).

L'assunzione della persona con disturbo psichico è stata accolta dagli altri lavoratori nel 78% dei casi senza alcun problema, nel 10% delle situazioni ha accresciuto la solidarietà tra i lavoratori e nel 5% ha migliorato il clima aziendale. Solo nel 7,5% dei casi c'è stata una preoccupazione per la possibilità di comportamenti imprevedibili e nel 5,5% preoccupazione per la gestione delle relazioni interpersonali o per la possibilità di un maggior carico di lavoro. Solo nel 35,7% delle Aziende con meno di 15 dipendenti e nel 65,8% di quelle con più di 15 dipendenti, si è riscontrata una buona conoscenza della normativa in tema di assunzioni di persone con disabilità (Legge n. 68/1999).

Il lavoro può aiutare le persone con disturbo psichico a migliorare la propria condizione di disagio e sofferenza mentale e consolidare la loro identità sociale, sviluppando l'autonomia e l'autostima: condizioni indispensabili per ottenere l'inclusione a pieno titolo nella società (3). Tra le attività lavorative, l'agricoltura sociale, sviluppata inizialmente nei Paesi anglosassoni e, successivamente, anche nel nostro Paese, rappresenta quella oggi maggiormente studiata per gli effetti benefici che può avere soprattutto sulla disabilità psichica. Le attività agricole presentano potenzialità curative nei confronti di soggetti con specifici problemi psichici o di adattamento sociale, assieme alle maggiori possibilità di integrazione sociale di soggetti altrimenti esclusi dal contesto sociale e civile (4).

### Riferimenti bibliografici

- (1) Drake R. et al.. Research on the Individual Placement and Support model of supported employment: *Psychiatric Quarterly*. 1999; 70, (4): 289-301.
- (2) Le prospettive di impiego delle persone con disabilità psichica. Opportunità e barriere nei contesti aziendali; a cura di Ferri G., Pavoncello D., Spagnolo A. ISFOL, Roma, I libri del Fondo Sociale Europeo; n.197. 2014. pp 1-156.
- (3) Charzynska K.et Al.. Does employment promote the process of recovery from schizophrenia? A review of the existing evidence. *Int J Occ. Med and Environmental Health*. 2015; 28 (3): 407-418.
- (4) Milton A. et Al. The clinical profile of employees with mental health problems working in social firms in the UK. *J Ment. Health*. 2015; 24 (4): 242-8.