

Appendice 2

Come sta in salute la nostra salute?

Cesare Cislighi *, Aldo Rosano **, Alessio Petrelli ***, Mario Braga *, Francesco Bevere *

* Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

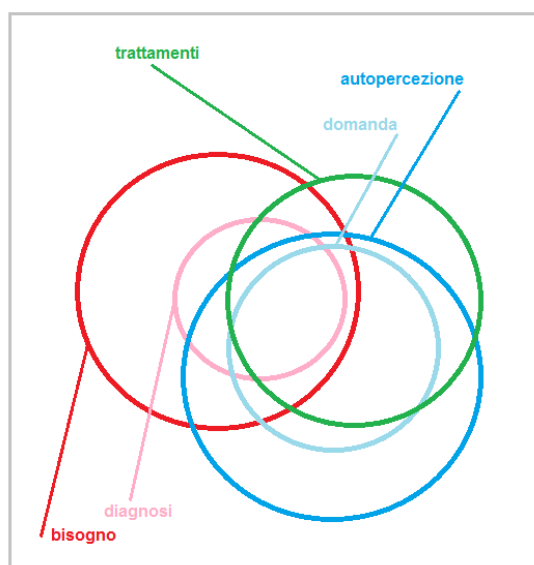
** Istituto Superiore di Sanità

*** Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà

L'autopercezione della salute

La rilevazione tramite intervista dell'autopercezione soggettiva del proprio stato di salute è spesso non sufficientemente valorizzata, soprattutto in ambito clinico. E' evidente che il "sentirsi bene o male" non corrisponde necessariamente all'assenza o alla presenza di uno stato patologico; ma nel contesto del funzionamento del sistema sanitario la autopercezione dello stato di salute è sicuramente il fattore dominante nella formazione dei processi di domanda sanitaria. Tranne che per le prestazioni di carattere preventivo, è evidente che chi si sente in buona salute difficilmente esprimerà una domanda sanitaria ancorché ne avesse invece clinicamente bisogno.

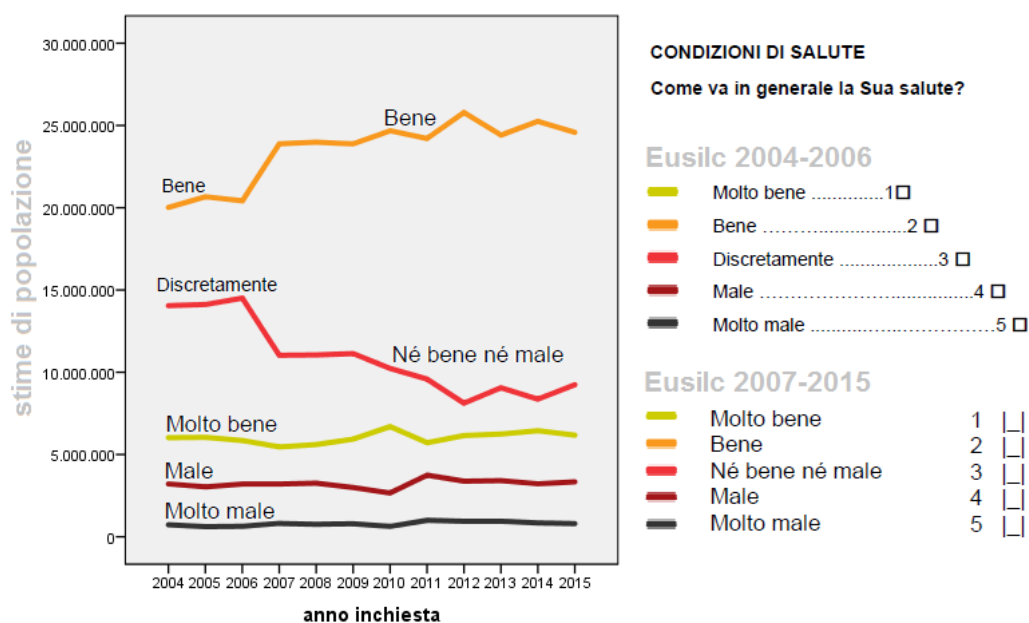
Come rappresentato schematicamente in figura 1, bisogno, domanda, diagnosi, trattamento ed autopercezione di salute non si sovrappongono tra di loro se non parzialmente.



Si può anche affermare che l'obiettivo primario degli utenti della sanità non sia tanto quello di eliminare le eventuali patologie quanto quello di stare e di sentirsi in buona salute e il più a lungo possibile; in tal senso il primo obiettivo ha rilevanza in quanto serve quasi sempre ad ottenere il secondo. Paradossalmente infatti è meglio star bene in cattiva salute che star male in buona salute! Il rapporto tra percezione e realtà è sicuramente a favore della prima tranne quando la considerazione della realtà porti a migliorare nel presente o nel futuro la percezione stessa. In altre parole se le persone si sentissero sempre bene non sarebbe necessario curarle se non per prevenire eventuali stati di malessere successivi; il legame tra salute percepita e salute diagnosticata non è infatti così stringente; in lingua inglese infatti non si usa in entrambi i casi un termine uguale come in italiano e non si fa corrispondere "disease", valutata clinicamente, a "illness", valutata soggettivamente. Riferendosi ad una intera popolazione si può allora ben ritenere che sia importante la valutazione dello stato di autopercezione della salute e non solo le valutazioni cliniche delle malattie della popolazione stessa.

La rilevazione della salute autopercepita

Non si può comunque ignorare che l'autopercezione della salute è condizionata da diversi elementi culturali nonché anche semplicemente nominali. Innanzitutto il giudizio che ciascuno dà della propria salute è in rapporto con le proprie aspettative e queste dipendono da quelle della popolazione di appartenenza che ha aspettative diverse sia nel tempo che nel luogo sia nelle altre caratteristiche che la caratterizzano. Anche gli aspetti verbali e concettuali sono importanti in quanto parlare di "buona salute" non ha uguale significato per tutti ed infatti quando nell'indagine europea Eusilc nel 2007 si è cambiata la modalità della risposta intermedia sulle cinque possibili modalità di risposta, e si è passati dal "discretamente" al "né bene né male", le risposte ottenute sono state quantitativamente diverse ed hanno creato una artificiale discontinuità nella serie storica dei dati.



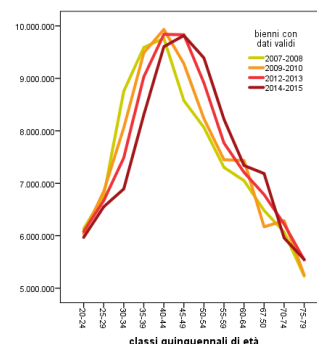
Per questi motivi il dato relativo agli anni 2004-2006 non è da considerarsi omogeneo con quello degli anni seguenti; ed anche in due anni successivi, il 2011-2012, si evidenziano nella rilevazione delle perturbazioni delle risposte che suggeriscono delle cautele. In ogni caso si è scelto di escludere le annate 2004-2006 dalle analisi presentate in questo articolo e di leggere con cautela quelle relative al 2011-2012.

regione	anno inchiesta										Totale
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
piemonte	2561	2402	2505	2184	2367	2506	2469	2531	2277	21802	
valle d'aosta	667	623	646	566	659	506	613	664	551	5495	
lombardia	4130	4249	4031	3473	3825	3765	3386	3572	3312	33743	
prov. bolzano	894	826	810	842	703	456	323	411	400	5665	
prov. trento	744	695	663	582	635	752	747	795	707	6320	
veneto	3142	3017	3016	2769	2773	2732	2660	2704	2664	25477	
friuli venezia giulia	1576	1649	1637	1713	1775	1779	1843	1989	1886	15847	
liguria	1553	1577	1561	1498	1605	1688	1775	1783	1636	14676	
emilia romagna	2927	2857	2671	2479	2470	2417	2587	2648	2402	23458	
toscana	2842	2799	2664	2332	2337	2332	1826	2132	2119	21383	
umbria	1875	1785	1699	1573	1600	1626	1410	1384	1088	14040	
marche	2012	2021	1865	1742	1803	1920	1979	2109	1963	17414	
lazio	2781	2973	2858	2563	2926	3098	2571	2822	2507	25099	
campania	1019	941	825	849	778	818	798	874	820	7722	
abruzzo	826	809	745	741	616	651	593	551	504	6036	
molise	2860	2771	2819	2747	2405	2206	1977	2144	1992	21921	
puglia	2118	2093	2048	1932	1686	1831	1511	1763	1621	16603	
basilicata	951	945	916	910	851	758	701	696	590	7318	
calabria	1217	1271	1244	1244	1222	1239	1295	1316	1113	11161	
sicilia	2114	2249	2255	2143	1964	1926	1843	1844	1713	18051	
sardegna	1249	1191	1148	1145	1139	952	954	938	858	9574	
Totale	40058	39743	38626	36027	36139	35958	33861	35670	32723	328805	

L'indagine Eusilc, gestita da Istat per conto di Eurostat, è un'indagine annuale effettuata negli Stati della Unione Europea con finalità prevalenti di studio delle dinamiche del lavoro e dei redditi; la salute ha una parte marginale nell'indagine e ci si limita ad indagare la salute autopercepita, la cronicità e le limitazioni alle attività. Il campione copre l'intera nazione italiana e permette di stimare questo indicatore in tutte le sue Regioni:

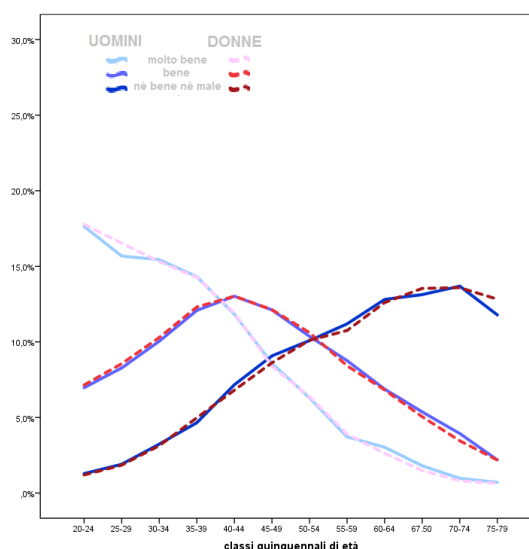
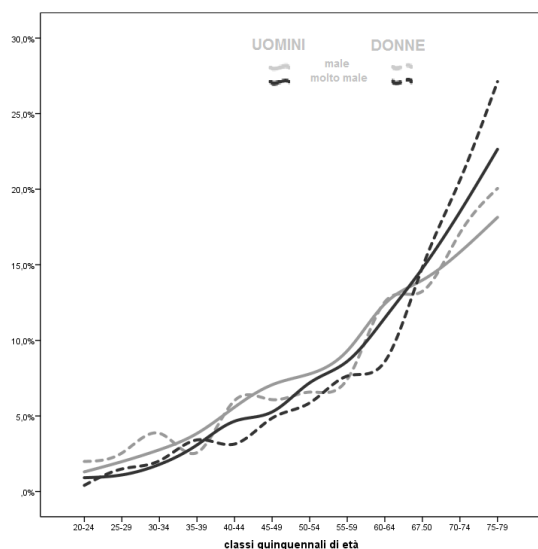
Negli otto anni quindi qui considerati le risposte sono state ottenute da quasi trecentomila abitanti e comunque anche nelle Regioni più piccole sono state effettuate ogni anno più di 500 interviste che hanno superato le 4000 in Lombardia nel 2007. Per le analisi qui effettuate sono stati applicati i pesi campionari forniti da Eusilc ottenendo così delle stime riferibili all'intera popolazione. Sono stati inoltre selezionati i dati dei soli rispondenti con età comprese tra i 20 ed i 79 anni di età per costruire delle classi quinquennali che per i maggiori di 79 anni non sarebbe possibile fare in quanto classificati tutti con la stessa età di 80+.

classi di età	anno inchiesta									Totale
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
20-24	3116996	3014027	3077370	2957690	3020095	3015328	3064935	2999466	2969087	27234994
25-29	3374118	3389015	3465073	3380039	3362481	3393099	3274211	3264534	3287089	30189659
30-34	4423846	4330136	4128629	3926943	3817755	3788269	3698490	3464946	3427879	35006893
35-39	4803972	4786154	4641311	4848838	4770326	4563124	4468143	4187513	4120119	41189500
40-44	4849882	4915305	5021192	4911864	4865177	4842298	4997504	4827550	4777457	44008229
45-49	4190023	4385423	4489089	4791228	4856049	4931598	4900890	4953492	4863317	42361109
50-54	3986805	4077953	4107050	4123718	4247418	4445880	4466922	4648035	4740947	38844728
55-59	3692918	3609817	3737564	3710942	3705978	3789157	3977432	4068463	4152325	34444596
60-64	3480361	3569667	3673132	3762506	3840516	3653534	3554614	3664584	3674625	32873539
67,50	3241128	3239861	3122744	3047608	3141251	3353949	3430669	3557997	3627385	29762592
70-74	3035347	3033794	3128947	3158161	3093532	3094713	3126527	3051833	2904631	27627485
75-79	2572754	2658462	2601884	2647807	2765402	2773417	2765561	2720271	2826516	24332074
Totale	44768150	45009614	45193985	45267344	45485980	45644366	45725898	45408684	45371377	407875398



La salute autopercepita secondo l'età ed il genere

Coloro che dichiarano di stare male o molto male in salute hanno distribuzione per età che cresce esponenzialmente e molto simile per genere.



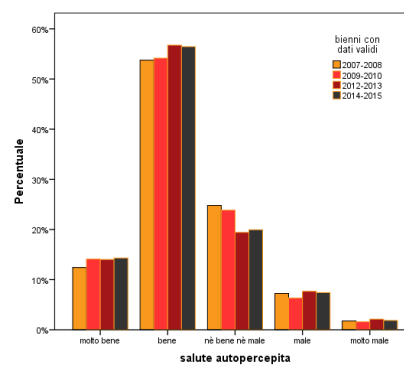
Coloro che dichiarano di star molto bene sono soprattutto tra i giovani mentre la distribuzione di chi dichiara di star bene ha un massimo sui quarant'anni e la frequenza di chi invece dice di non star né bene né male cresce con l'età e si stabilizza dopo i sessant'anni.

Sembra quindi corretto di poter utilizzare una classificazione binaria che raggruppa chi risponde molto bene o bene contro chi invece risponde da né bene né male siano a molto male.

L'andamento temporale della salute autopercetta

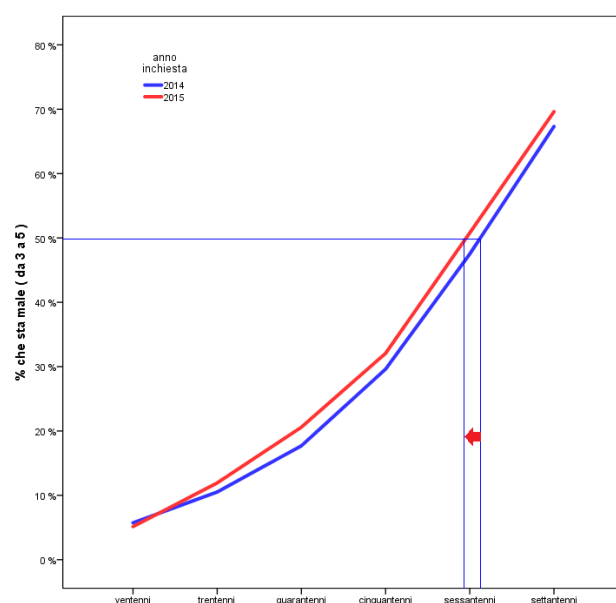
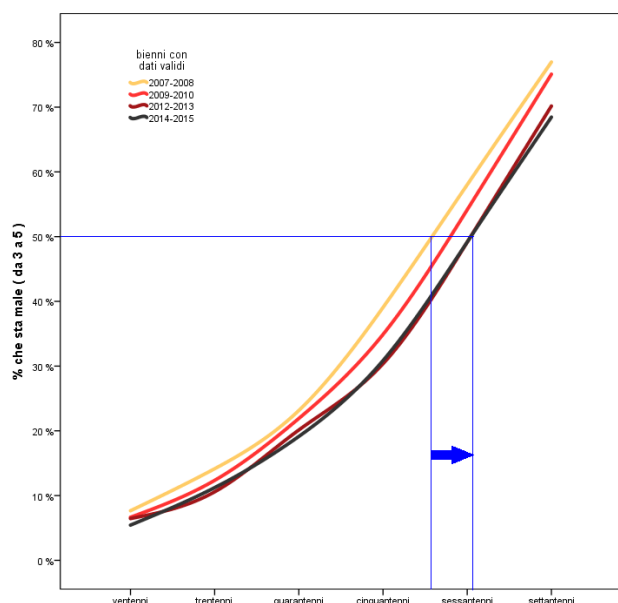
Nei bienni dal 2007/8 al 2014/15 (2011 escluso per le ragioni sopra indicate) la percentuale di soggetti che non hanno dichiarato di stare male o molto male sono rimasti pressoché costanti mentre sono diminuiti coloro che rispondono né bene né male e crescono conseguentemente chi dichiara di star molto bene o semplicemente bene.

Dato che in questo decenni la struttura della popolazione è cambiata sensibilmente è opportuno anche verificare quanto sia successo alle varie età.



Casi pesati in base a peso campionamento base personale

Dal 2007 al 2013 si evidenzia un miglioramento nelle risposte raccolte dall'indagine Eusilc e se nel 2007/8 l'età in cui vi era parità tra chi diceva di star molto bene o bene e gli altri era di 56 anni, la stessa nel 2012/2013 è aumentata di cinque anni e poi è rimasta costante e leggermente diminuita dal 2014 al 2015.



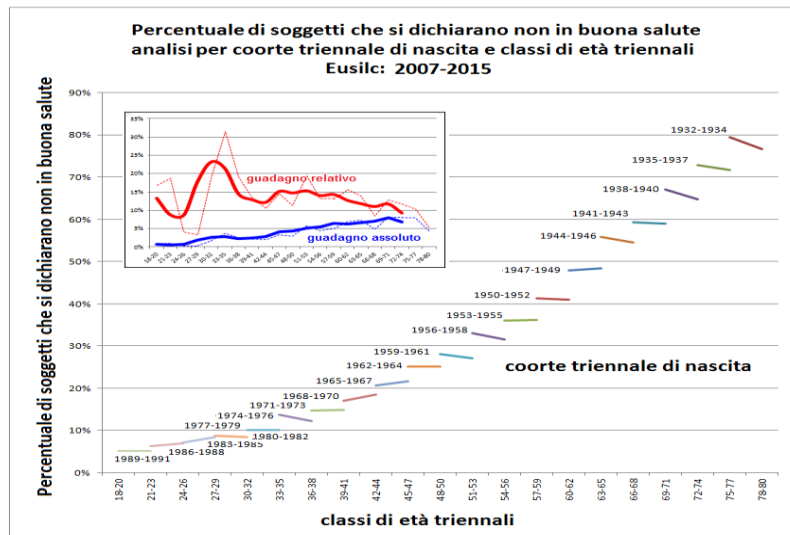
In realtà è nel 2015 che si evidenzia un arretramento dell'età a cui si raggiunge la parità tra i due gruppi e questa è una indicazione molto importante che non può essere né ignorata né sottovalutata.

Effetto periodo o effetto coorte?

Questo miglioramento continuo della salute, seppur forse attenuato o addirittura interrotto nel 2015, è dato da un miglioramento prossimo alla data dell'inchiesta (effetto periodo) o è prodotto da un miglioramento remoto di varie coorti di nascita che hanno sperimentato nella loro vita condizioni sempre più favorevoli alla salute?

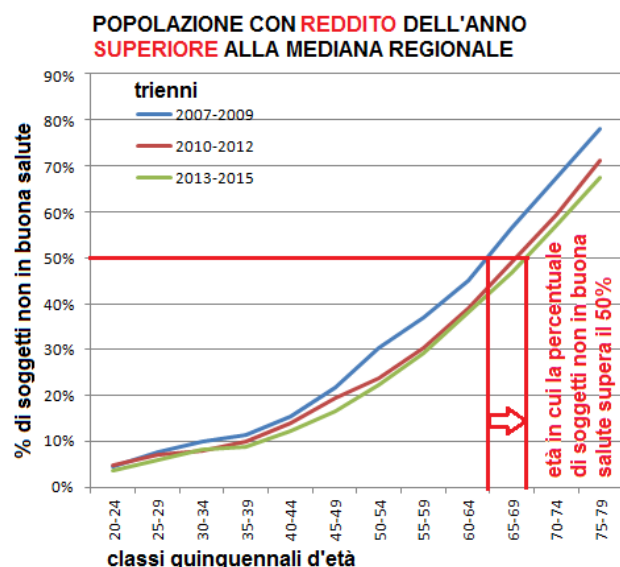
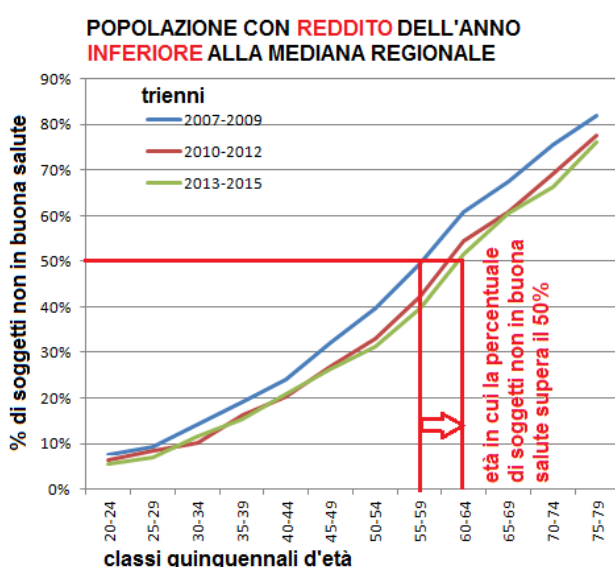
Dalla figura si vede che tutte le coorti dichiarano di aver avuto dal 2007 al 2015 una diminuzione della percentuale di soggetti non in buona salute rispetto alla coorte precedente (guadagno assoluto). Questo valore lo si deve però rapportare alla percentuale media di soggetti non in buona salute per quelle età nelle due coorti in quanto è chiaro che il guadagno dipende molto dal valore della percentuale (guadagno relativo). Se il guadagno è sempre positivo e il guadagno

relativo è tendenzialmente costante, come nel caso in studio, ciò significa che ci si trova di fronte ha un guadagno prevalentemente dovuto ad un “effetto periodo” e non ad un “effetto coorte”. Si osservi in ogni caso che queste osservazioni sono ricavate da un periodo di soli nove anni nei quali, oltretutto, per analizzare la coorte si possono analizzare solo gli anni centrali.



Ci sono differenze rispetto alle condizioni economiche?

I dati di Eusilc (http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_silc_01_esms.htm) contengono il valore del reddito familiare degli intervistati da cui si può rilevare il reddito individuale equivalente applicando i pesi per numero dei componenti differenziati per età. Il reddito dipende molto sia dagli anni di calendario per ovvi motivi inflazionistici sia dalle aree geografiche. Per ottenere un indicatore di posizione economica indipendente dal tempo e dallo spazio si è calcolata la mediana dei redditi nelle Regioni per ciascun anno e poi si è costruito un indicatore di posizione rispetto a questi valori mediani, inferiore o superiore alla mediana..

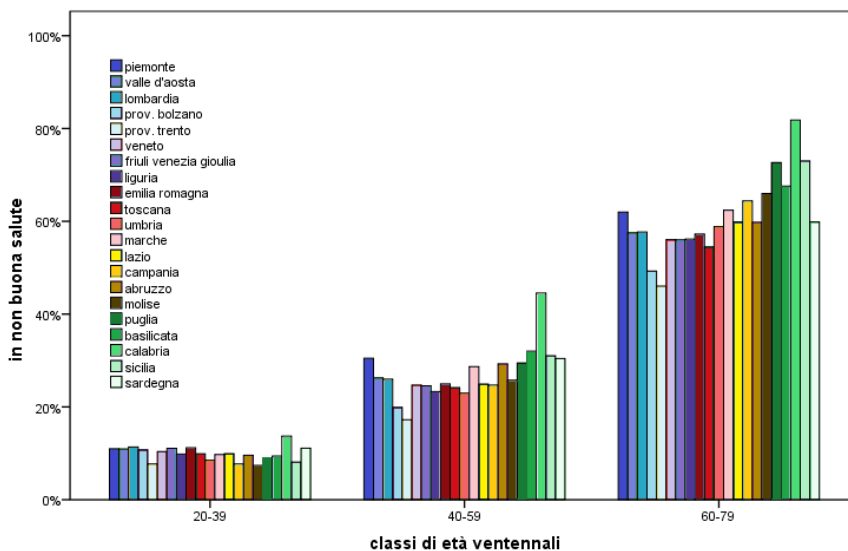


La popolazione con redditi inferiori alla mediana regionale ha superato la percentuale del 50% di soggetti non in buona salute verso i 57 anni nel triennio 2007-2009 con un guadagno di cinque anni nel triennio 2013-2015 dove l’età limite è stata invece di 62 anni.

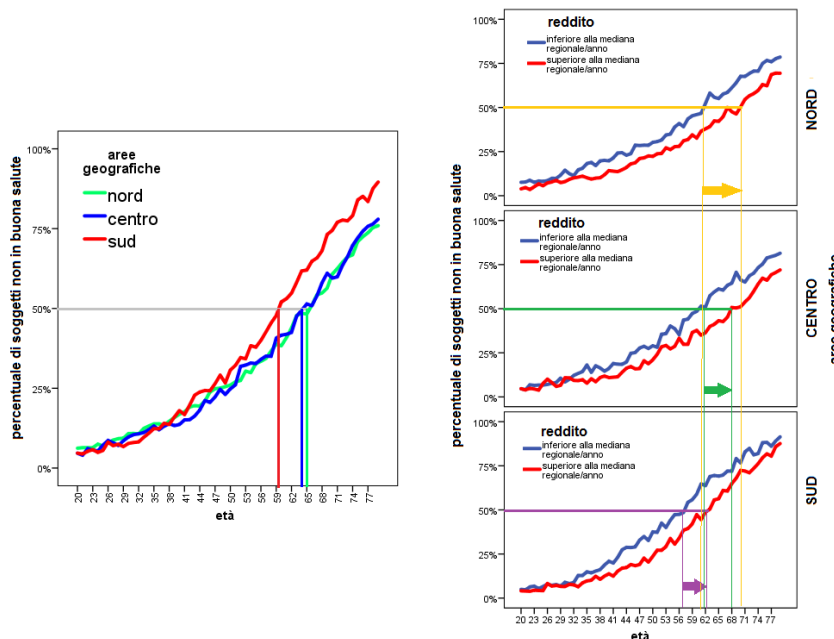
L'età in cui la percentuale in non buona salute nella popolazione con redditi superiori ha superato il 50% è passata dai 64 anni ai 68 anni nei tre trienni considerati, e quindi si può affermare che, seppur in entrambe le classi di reddito ci sia stato un guadagno simile, esse mantengono una distanza superiore ai cinque anni nel raggiungere la quota del 50% di soggetti in non buona salute.

Quali le differenze tra regioni ed all'interno delle regioni?

Le differenze tra Regioni delle percentuali di soggetti che si dichiarano in non buona salute non sono molto elevate soprattutto tra i giovani e gli adulti mentre tra gli anziani risultano più marcate.



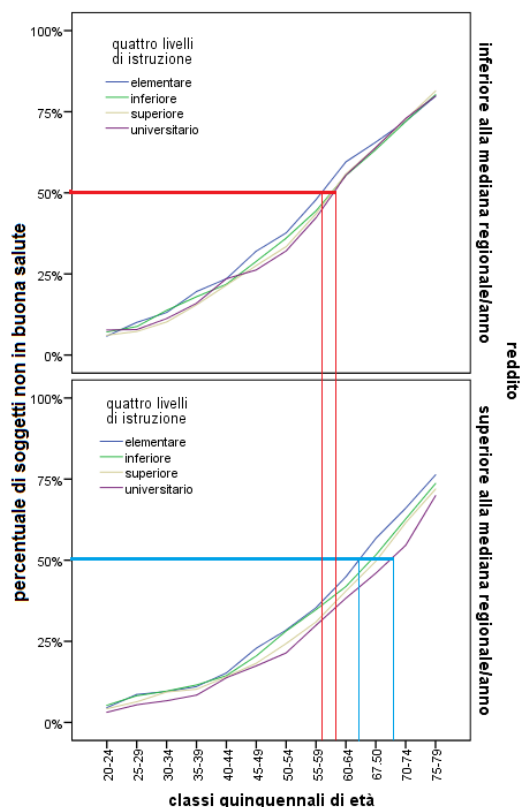
Spiccano i dati della Calabria che escono dal gruppo delle regioni ed evidenziano una percentuale molto maggiore a tutte le età mentre le province autonome di Bolzano e Trento hanno valori meno elevati; il sud comunque evidenzia sempre una percentuale maggiore.



Se all'interno delle Regioni si analizzano i dati per reddito si vede ad esempio come la salute dei meno benestanti del nord corrisponde a quella dei più benestanti al sud.

Nel creare disegualianze conta più il reddito o l'istruzione?

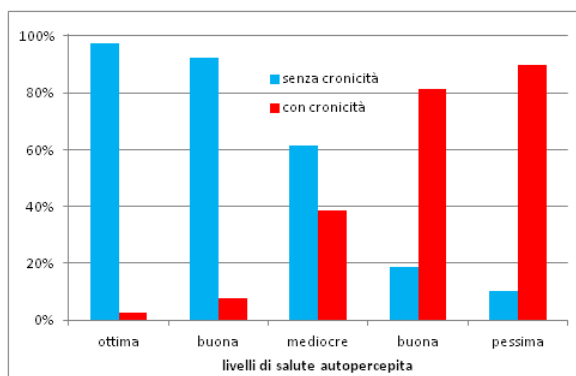
Il grafico seguente evidenzia le differenze per età secondo il reddito e l'istruzione.



Tra coloro che hanno un reddito inferiore alla media regionale le differenze di salute per istruzione appaiono molto limitate; è invece tra i più benestanti che gioca l'istruzione nel diversificare l'autopercezione della salute.

Ma è solida l'informazione raccolta attraverso una indagine?

L'autopercezione del proprio stato di salute non corrisponde necessariamente con la consapevolezza di avere o meno una condizione patologica, ed inoltre le risposte ad una domanda dipendono anche dai significati che ciascuno attribuisce ai termini usati. Sicuramente ad esempio le condizioni di salute di un settantenne che si ritiene di essere in buona salute non sarebbero ritenute tali per se da un ventenne.



salute auto percepita	non cronico	cronico
ottima	97,3%	2,7%
buona	92,3%	7,7%
mediocre	61,3%	38,7%
buona	18,5%	81,5%
pessima	10,4%	89,6%
totale	79,2%	20,8%

L'indagine Eusilc rileva anche l'autodichiarazione di cronicità in cui gli intervistati dichiarano di trovarsi; la quota di soggetti cronici è chiaramente associata al livello dichiarato di salute autopercepita e tra che dicono di avere una salute ottima solo il 2,7 dichiara di essere malato cronico mentre tra chi dice di avere una salute pessima i cronici sono l'89,6 %.

Si deve considerare che l'autopercezione della salute si può rilevare solo mediante una indagine perchè ovviamente non esiste uno strumento clinico per misurarla. Certamente il modo di come è posta la domanda condiziona molto anche la risposta. Si è discusso se era meglio chiedere un punteggio (da 1 a 5) o se dare dei termini per ciascun punteggio; si è scelta a livello internazionale quest'ultima soluzione, ma, ad esempio, nei confronti tra diversi paesi certamente assume un ruolo il significato degli aggettivi utilizzati per definire il livello della salute. Infine non si può ignorare che nel definire la propria salute incide sicuramente anche l'umore della persona nel momento in cui risponde. In ogni caso il fattore che rende più solida l'informazione è la costanza del modo con cui viene posta la domanda in tutti i tipi di indagine, nei vari anni e nei vari paesi.

Conclusioni

Si possono trarre alcune brevi conclusioni, ed innanzi tutto che sino ad oggi la percezione soggettiva del proprio stato di salute da parte dell'intera popolazione è in continuo miglioramento anche se negli ultimi anni, forse anche in relazione con la crisi economica, sembra che la crescita si sia quasi arrestata ma comunque non si è invertita.

Sicuramente questo miglioramento è anche dovuto a fattori remoti risalenti alle migliori condizioni della vita giovanile delle persone rispetto alle coorti precedenti, ma l'analisi sembra dare maggiore importanza ai miglioramenti via via avvenuti negli ultimi anni, e ciò sia nel senso del le condizioni di vita sia delle capacità dei servizi sanitari.

Vi sono comunque differenze importanti tra le aree del paese e particolarmente il sud denuncia un livello di salute autopercepita decisamente inferiore; al di là delle differenze geografiche ed al netto di queste, l'auto percezione della salute è inferiore nella popolazione con minor accesso alle risorse economiche e tra coloro che sono maggiormente benestanti fa la differenza il livello di istruzione. E di queste evidenze non si può non tenerne conto nel definire le politiche sanitarie e tra queste, innanzitutto, le politiche riguardanti la ripartizione delle risorse sanitarie che devono tenere sempre in maggiore considerazione i livelli di bisogno delle diverse popolazioni regionali.

Bibliografia (alcuni articoli della letteratura internazionale che trattano dell'argomento)

K. Ravi, P. Ajit, K. Dalal (eds), (2016) <i>Qualitative Research on Illness, Wellbeing and Self-Growth, Contemporary Indian Perspectives</i> , Routledge, 2016
Nauert PhD, R. (2015). Factors That Influence Health Perceptions Vary by Country. Psych Central. Retrieved on September 14, 2017, from https://psychcentral.com/news/2015/09/14/factors-that-influence-health-perceptions-vary-by-country/92220.html
Lucchini, M., & Della Bella, S. (2014). Le determinanti della salute auto-percepita in Italia: un'indagine empirica con dati multiscopo ISTAT. <i>CITTÀ IN CONTROLUCE</i> , 25, 24-44.
Liamputtong, P., Fanany, R., & Verrinder, G. (2012). Health, illness, and well-being : an introduction. In P. Liamputtong, R. Fanany, & G. Verrinder (Eds.), <i>Health, Illness, and Well-Being: Perspectives and Social Determinants</i> (pp. 1-17).
C. Robert Cloninger, Ada H.Zohar (2011), Personality and the perception of health and happiness, <i>Journal of Affective Disorders</i> , Volume 128, Issues 1–2, January 2011, Pages 24-32
Neeraja Ravindran , Barbara J. Myers (2011) Cultural Influences on Perceptions of Health, Illness, and Disability: A Review and Focus on Autism, <i>Journal of Child and Family Studies</i> , April 2012, Volume 21, Issue 2, pp 311–319

Yael Benyamini ,(2011) Health and Illness Perceptions, The Oxford Handbook of Health Psychology , Edited by Howard S. Friedman
C.-J. Göthe (2006) Health, illness and well-being , Lakartidningen
Ahmad K ,Jafar TH, Chaturvedi N.(2005) Self-rated health in Pakistan: results of a national health survey. BMC Public Health. 2005 May 19;5:51.
Wang N1, Iwasaki M, Otani T, Hayashi R, Miyazaki H, Xiao L, Sasazawa Y, Suzuki S, Koyama H, Sakamaki T. (2005) Perceived health as related to income, socio-economic status, lifestyle, and social support factors in a middle-aged Japanese. J Epidemiol. 2005 Sep;15(5):155-62.
B. Knauper, P.A. Turner (2003), Measuring health: improving the validity of health assessments. Qual. Life Res., 12 (Suppl 1), pp. 81-89
Shields M1, Shooshtari S. (2001), Determinants of self-perceived health. Health Rep. 2001 Dec;13(1):35-52.
Bobak M1, Pikhart H, Rose R, Hertzman C, Marmot M.(2000) Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. Soc Sci Med. 2000 Nov;51(9):1343-50.
Idler EL, Hudson SV, Leventhal H. (1999) The meanings of self-ratings of health: A qualitative and quantitative approach. Research on Aging 1999; 21(3): 458-76.
Verena H. Menec, Judith G. Chipperfield and Raymond P. Perry (1999) Self-Perceptions of Health: A Prospective Analysis of Mortality, Control, and Health, Journal of Gerontology 1999, Vol.54B, No. 2, P85-P93
Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, et al.(1997) Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. Journal of Clinical Epidemiology 1997; 50(5): 517-28
Keith J. Petrie, John Weinman, (1997), Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications Taylor & Francis.
Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. Journal of Health and Social Behavior, 38, 21-37
Lundberg O, Manderbacka K.(1996) Assessing reliability of a measure of self-rated health. Scandinavian Journal of Social Medicine 1996; 24(3): 218-24.
Chipperfield, J. G. (1993). Incongruence between health perceptions and health problems: Implications for survival among seniors. Journal of Aging and Health, 5, 475-496.
Fylkesnes K, Frde OH.(1992) Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. Social Science and Medicine 1992; 35(3): 271-79.
Manderbacka K. (1988) Examining what self-rated health question is understood to mean by respondents. Scandinavian Journal of Social Medicine 1998; 26(2): 145-53

Jylh M, Leskinen E, Alanen E, et al. (1986) Self-rated health and associated factors among men of different ages. *Journal of Gerontology* 1986; 41(6): 710-7.

Goldstein MS, Siegel JM, Boyer R. (1984) Predicting changes in perceived health status. *American Journal of Public Health* 1984;74(6): 611-4.