Diseguaglianze in salute: un aggiornamento dai dati dell'European Health Interview Survey

L'articolo si propone di analizzare le diseguaglianze in salute della popolazione anziana italiana dovute a fattori socioeconomici a partire dai dati estratti dall'Indagine Europea sulla Salute (European Health Interview Survey – EHIS).

Di Elenka Brenna *(Assistant Professor, Department of Economics and Management, Università degli Studi di Pavia)*

Le determinanti della salute hanno radici profonde, legate allo stile di vita dell'individuo a partire dagli anni della primissima infanzia. Questa evidenza è stata spiegata molto bene da Michael Grossman, uno dei più prestigiosi economisti sanitari, in un articolo pubblicato sul *Journal of Political Economy* nel 1972. In parole molto semplici, il cosiddetto "modello di Grossman" spiega quanto segue: **il livello di salute a qualsiasi età, dipende da scelte intraprese durante gli anni precedenti, a partire dall'infanzia**, quando i genitori investono sull'istruzione dei propri figli. A parità di altre condizioni, **maggiore è il livello di istruzione, migliore è la posizione reddituale e lavorativa**, con conseguenze positive sullo stile di vita e sulla possibilità di godere di buona salute in età adulta e durante la vecchiaia[1].

A partire dall'elaborazione di questo modello, moltissimi sono stati gli studi sulle determinanti della salute legate a fattori socioeconomici: l'evidenza generalizzata ci dice che coloro che hanno un reddito maggiore e/o un grado di istruzione più elevato vivono più a lungo e con una qualità della vita migliore. Il presente articolo si inserisce in questo filone di letteratura e cerca di analizzare le diseguaglianze in salute della popolazione anziana italiana dovute a fattori socioeconomici. I dati sono estratti dall'Indagine Europea sulla Salute (*European Health Interview Survey* – EHIS) e l'anno di riferimento è il 2019.

Dati e distribuzione delle classi di età

Il *database* utilizzato contiene i risultati di un **questionario distribuito nel 2019** dall'ISTAT **a circa 30.000 famiglie dislocate sul territorio italiano**. I rispondenti hanno almeno 15 anni di età e il periodo di osservazione si riferisce ai 12 mesi precedenti l'intervista. Sono state raccolte più di 45.000 osservazioni sullo stato di salute, l'accesso ai servizi sanitari, le variabili socioeconomiche e lo *status* civile. Ai fini della presente analisi, il campione è limitato alla popolazione con più di 65 anni di età, per cui le osservazioni sono circa 13.500. In tabella 1 sono riportate le diverse classi di età rappresentate, con le rispettive percentuali: prevalgono gli anziani con più di 75 anni, a dimostrazione che l'Italia è uno dei Paesi con la più alta aspettativa di vita. Tenendo conto che la rilevazione è relativa all'anno 2018, questa categoria è destinata ad assumere un peso crescente negli anni a venire a causa dei *baby boomers* che stanno via via ampliando le coorti di over 75 (Brenna, 2021; Brenna 2020).

Tabella 1 – Distribuzione delle classi di età

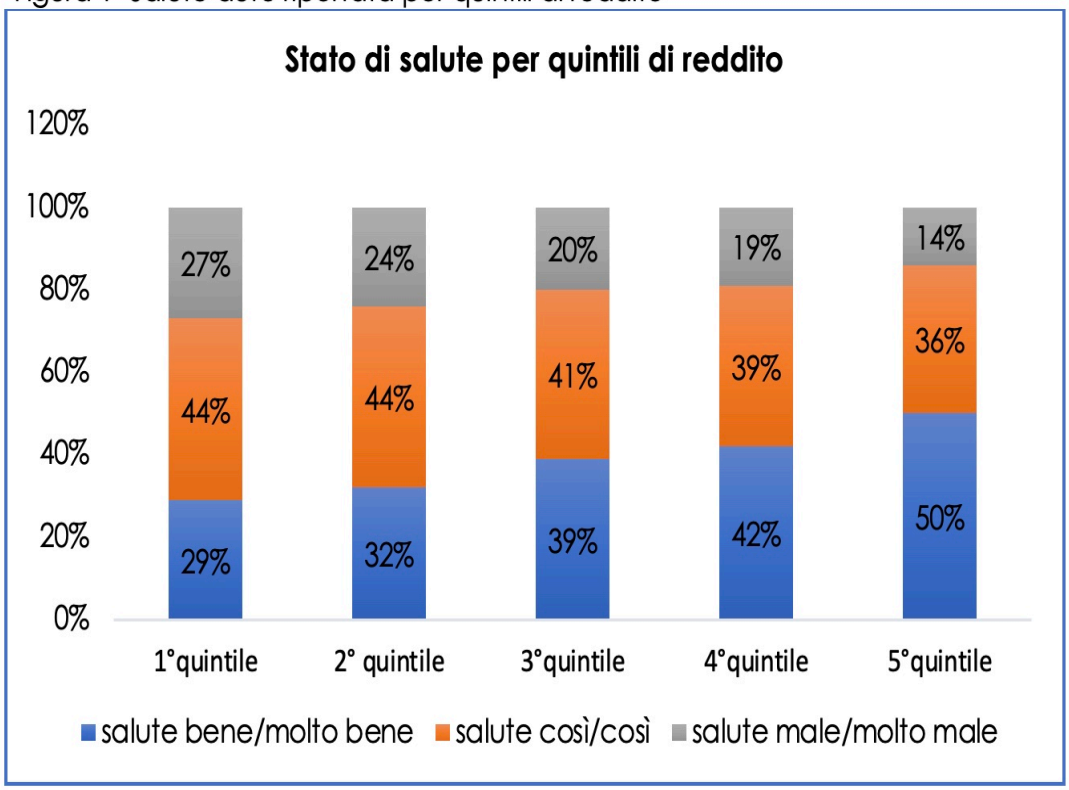
Età	***Frequenza***	***%***
65_69	3460	25,5
70_74	3207	23,6
over 75	6882	50,8
Totale	13.549	100

Fonte: EHIS - 2019

Salute auto-riportata e livello di reddito

La prima informazione utilizzata riguarda la salute auto-riportata. Alla domanda "*Come valuterebbe la propria salute?*" è possibile rispondere con tre diversi giudizi:1) bene/molto bene; 2) né bene né male; 3) male/molto male. Utilizzando la suddivisione del campione per quintili di reddito, in ordine crescente dal primo (individui più poveri) al quinto (individui più ricchi), è stato possibile analizzare la salute auto-riportata per fascia di reddito. Il grafico in figura 1 è una dimostrazione del modello di Grossman circa le determinanti socioeconomiche della salute: **la percentuale di persone che dichiara un buon stato di salute aumenta all'aumentare dei quintili di reddito**; viceversa, **la percentuale di persone che dichiarano un cattivo stato di salute si decrementa passando dalla fascia di anziani più poveri alla fascia di anziani più benestanti**.

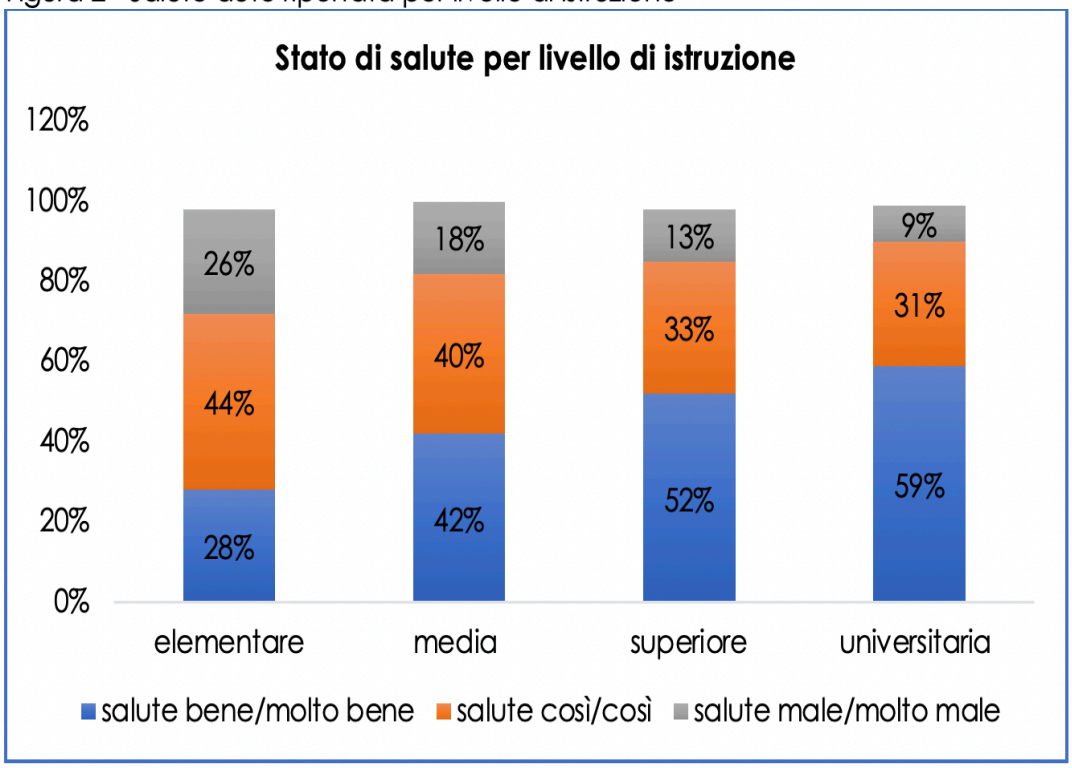
Figura 1- Salute auto riportata per quintili di reddito



Fonte: EHIS-2019

In particolare, fra gli individui più benestanti, il 50% gode di buona salute, rispetto ad una percentuale del 29% fra gli individui compresi nel quintile di reddito più basso. La differenza è notevole, ma appare ancora più **preoccupante il divario riguardante coloro che dichiarano un cattivo o pessimo stato di salute**: 27% nel primo quintile di reddito e 14% nel quintile più alto. Se si considera che coloro che hanno risorse economiche consistenti hanno anche una maggiore possibilità di accedere ai servizi sanitari a pagamento, il divario sociale si allarga ancora di più, poiché una quota elevata di anziani con scarse risorse economiche e in cattiva salute può essere costretta a lunghi tempi di attesa per una visita specialistica o un trattamento ambulatoriale. Per avere un quadro più completo delle condizioni socioeconomiche, lo stesso tipo di esercizio è stato effettuato disaggregando il campione per grado di istruzione; i possibili livelli di istruzione sono quattro: primaria/secondaria/superiore/universitaria e post-universitaria. Utilizzando ancora i valori di salute auto riportata, è possibile verificare la correlazione fra stato di salute e istruzione. **Maggiore il livello di istruzione, migliore lo stato di salute auto riportata.**

Figura 2 - Salute auto riportata per livello di istruzione



Fonte: EHIS-2019

Se si osserva il grafico in figura 2, le differenze sono evidenti. **Solo il 9% degli anziani con istruzione universitaria e post-universitaria dichiara uno scarso livello di salute**, ma **il dato aumenta al 26% fra gli anziani che hanno solo la licenza elementare**. L'istruzione rappresenta un *driver* importante per aumentare la consapevolezza riguardo all'impatto di un corretto stile di vita sulla salute.

Le malattie croniche

Le malattie croniche insorgono all'aumentare dell'età e sono spesso invalidanti; **le cause delle cronicità** possono essere diverse, ma **nella maggior parte dei casi esiste una componente legata allo stile di vita**. Dalle informazioni fornite dal questionario EHIS è possibile separare chi ha almeno una malattia cronica da chi dichiara di non averne nessuna. Sull'intero campione considerato si osserva che il 57,4% degli intervistati con più di 65 anni di età ha almeno una malattia cronica (tabella 2). Tuttavia, anche in questo caso, disaggregando il campione in base alle disponibilità reddituali dei singoli, il fattore socioeconomico è determinante nella distribuzione delle cronicità.

I dati riportati in tabella 2 mostrano il campione intero e la sua disaggregazione in due categorie di individui, rispettivamente indicati come "poveri" e "ricchi". Per corroborare ulteriormente la correlazione fra fascia socioeconomica e salute, si è scelto di utilizzare un parametro diverso rispetto ai quintili di reddito, basato sulla seguente domanda: "*Ha delle difficoltà economiche ad arrivare a fine mese?*". Coloro che hanno risposto che le risorse sono insufficienti/gravemente insufficienti sono stati catalogati come "poveri"; si noti che il numero di anziani che rientrano in questa categoria è pari a 3.424 ovvero il 25% dell'intero campione osservato. **Fra coloro definiti "poveri" circa il 65% ha almeno una malattia cronica**; viceversa, **fra coloro indicati come "ricchi"** (le persone che dichiarano di avere risorse sufficienti o abbondanti per arrivare a fine mese), **la percentuale di persone che hanno almeno una malattia cronica si abbassa a 55%**.

Ancora una volta, **i dati confermano il divario socioeconomico nello stato di salute**, con gli anziani economicamente più

disagiati che mostrano una maggiore probabilità di ammalarsi di malattie croniche. Il dato è preoccupante se si pensa che le cronicità spesso richiedono, oltre all'assistenza sanitaria, anche la fornitura di cure formali o informali; in altri termini, **chi è già svantaggiato economicamente deve impiegare risorse per curarsi e per essere assistito**. Nel caso in cui l'assistenza informale sia fornita da un familiare, si sottraggono utili risorse (in termini di tempo o di lavoro remunerato) al nucleo familiare. Un circolo vizioso, che impoverisce ulteriormente i soggetti interessati (Brenna, 2018).

Tabella 2 – Distribuzione delle cronicità in base alle disponibilità economiche

	Campione intero		Poveri		Ricchi	
Nessuna malattia cronica	5778	42,6%	1191	34,8%	4587	45,3%
Almeno una malattia cronica	7771	57,4%	2233	65,2%	5538	54,7%
Totale	13549	100%	3424	100%	10125	100%

Fonte: EHIS - 2019

Stile di vita

Come già anticipato nelle pagine precedenti e come dimostrato dal modello di Grossman, lo stile di vita influisce notevolmente sulla salute individuale. Un'alimentazione corretta, la pratica ricorrente di attività fisica, la mancata esposizione ad agenti inquinanti, la moderazione nel consumo di alcol e sigarette, l'astinenza nell'uso di droghe, sono tutti comportamenti che favoriscono una migliore qualità della vita e determinano una minore probabilità di sviluppare malattie croniche. **L'evidenza empirica mostra che le determinanti per stili di vita corretti sono di natura socioeconomica**: in particolare, le persone che occupano i gradini più elevati della scala sociale sono maggiormente inclini a stili di vita salutari rispetto agli individui collocati nei gradini più bassi. Per citare un esempio, **nelle aree dove il tasso di disoccupazione è più elevato e nelle aree maggiormente degradate, tabagismo, alcolismo e abuso di sostanze stupefacenti presentano percentuali molto elevate**. Alcune informazioni sullo stile di vita sono raccolte dal questionario EHIS e sono state elaborate al fine di verificare se fra la popolazione anziana esista un gradiente sociale nella attitudine a mangiare in maniera salutare, praticare sport.

Iniziando dalla attività fisica, alla domanda: "*Abitualmente quanti giorni a settimana pratica sport, attività di fitness o attività fisiche ricreative continuativamente per almeno 10 minuti?*" **la maggior parte degli intervistati**, nella misura dell'87% risponde che **non pratica mai attività fisica**. Tuttavia, **fra coloro che definiamo "ricchi" questa percentuale è pari all'85%**, e il valore rimanente si spalma su tutte le possibili risposte (da 1 a 7 giorni) con una percentuale pari al 2% che risponde di praticare attività sportiva tutti i giorni; diversamente, fra coloro che hanno scarse risorse economiche, il 92% risponde di non praticare mai attività fisica. **Per quanto riguarda le abitudini alimentari**, il consumo giornaliero di frutta e verdura rappresenta un requisito fondamentale per diminuire la probabilità di sviluppare patologie e mantenersi in buona salute. Anche in questo caso, **il gradiente socioeconomico impatta sulle scelte di consumo**, con l'81% di anziani nella fascia di reddito superiore che dichiara di consumare una o più porzioni di frutta al giorno *versus* una percentuale più bassa, pari al 74% fra le fasce economiche più disagiate (tabella 3). È inoltre mostrato che i primi consumano più porzioni di frutta al giorno rispetto ai secondi.

Un discorso simile vale per il consumo di verdura, che **viene consumata tutti i giorni dal 69% degli individui con buone risorse economiche *versus* una percentuale del 59% fra gli individui appartenenti alla fascia più povera** di popolazione. Sebbene questi dati siano legati soprattutto alle abitudini alimentari, che dipendono dal grado di istruzione del singolo individuo e dei suoi genitori, ci potrebbe anche essere una scelta legata allo scarso potere di acquisto, qualora i prezzi al consumo di frutta e verdura siano troppo elevati per potersi permettere il consumo giornaliero.

Tabella 3 – Abitudini alimentari in base alle risorse economiche

	Ricchi	Poveri
Consumo giornaliero frutta	81%	74%
Consumo giornaliero verdura	69%	59%

Fonte: EHIS - 2019

Accesso ai servizi sanitari e presenza di assicurazione integrativa

Un ultimo, non trascurabile, tassello nell'analisi delle diseguaglianze in salute dovute a fattori socioeconomici riguarda l'accesso ai servizi sanitari. **Sebbene in Italia l'accesso alle cure dovrebbe essere garantito a tutti**, a prescindere dalla posizione economica, **esistono divari nell'accesso ai servizi sanitari ascrivibili alla fascia socioeconomica di appartenenza**. Una domanda utile, tratta dal questionario EHIS è la seguente: "*Negli ultimi 12 mesi ha effettuato qualche prestazione sanitaria in ritardo perché la lista d'attesa era troppo lunga?"* Con possibili risposte 1) si; 2) no, le ho effettuate senza ritardi;3) No, non ho avuto bisogno di prestazioni sanitarie.

I dati, al netto dei valori *missing*, sono stati elaborati e riportati in tabella 4. **I ritardi nell'accesso ai servizi sanitari colpiscono molto di più i poveri (25%) rispetto ai ricchi (18%)**, che probabilmente possono bypassare le liste d'attesa ricorrendo all'accesso privato. Infatti, all'interno della popolazione con maggiori risorse economiche, il 53% conferma di non avere nessun ritardo *versus* un valore del 49% fra i più poveri. Inoltre, la percentuale di chi non ha avuto bisogno di alcuna prestazione negli ultimi 12 mesi è maggiore fra coloro che hanno maggiori risorse economiche, a conferma di uno stato di salute generalmente migliore all'interno di questa categoria.

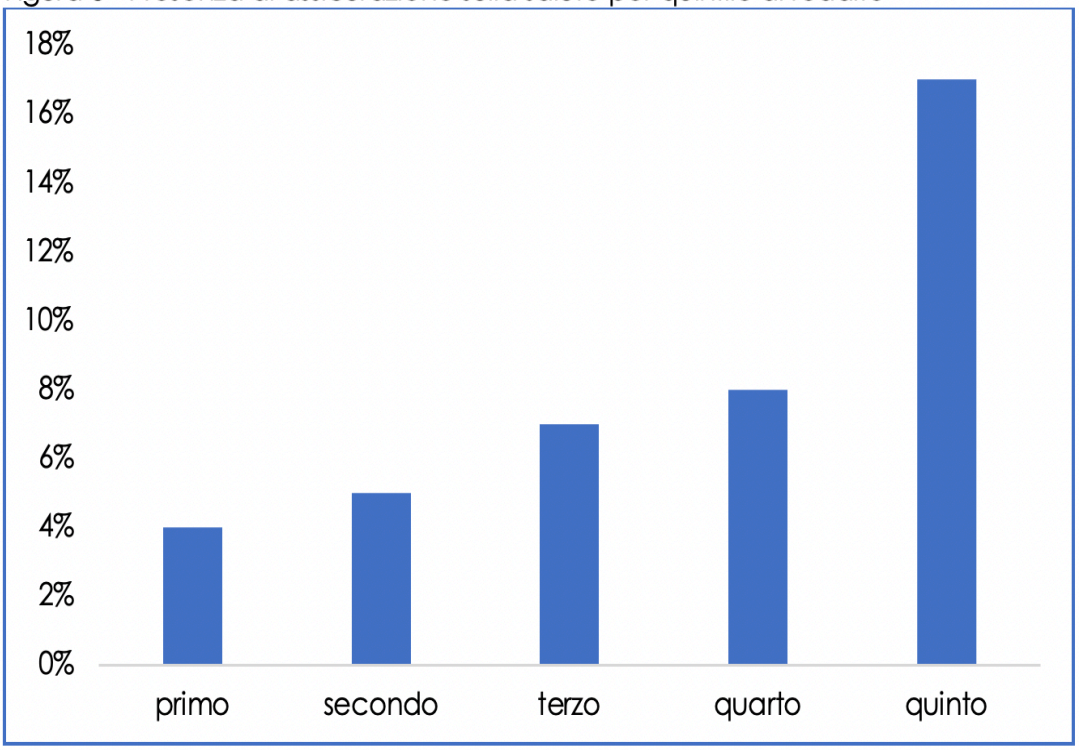
Tabella 4 – Ritardo nell'accesso ai servizi sanitari in base alla posizione economica

	Povero	Ricco
Sì	25%	18%
No, nessun ritardo	49%	53%
No, nessun bisogno di prestazioni	24%	27%

Fonte: EHIS - 2019

Il ritardo nell'accesso ai servizi sanitari è inversamente correlato alla possibilità di poter contare su una assicurazione sanitaria integrativa e questa è l'ultima variabile considerata nel presente lavoro. A livello di campione intero, solamente l'8,7% degli anziani ha una assicurazione integrativa, rispetto al dato su tutta la popolazione italiana che è pari al 15%. Tuttavia, come prevedibile, anche in questo caso l'assicurazione varia al variare dei quintili di reddito, come riportato nel grafico in figura 3: gli individui nel primo quintile mostrano una percentuale molto bassa di persone con l'assicurazione (3,7%), a fronte di una percentuale molto più elevata (17,1%) fra gli individui appartenenti al quintile più alto. **Chi è più ricco** – e ha in generale una salute migliore – **ha anche una maggiore probabilità di un trattamento sanitario più veloce, senza tempi di attesa, rispetto a chi si trova nel quintile più basso di reddito**.

Figura 3 - Presenza di assicurazione sulla salute per quintile di reddito



Fonte: EHIS-2019

Istruzione e reddito come determinanti della salute

I dati riportati confermano l'esistenza di un gradiente socioeconomico nella distribuzione dello stato di salute fra la popolazione anziana italiana. **Istruzione e reddito vengono convalidati come determinanti principali della salute individuale**. In termini molto semplici, i più ricchi e i più istruiti godono di migliore salute e soffrono meno di malattie croniche e questo è dovuto ad uno stile di vita più salutare durante gli anni che vanno dall'infanzia alla terza età. Ogni individuo nasce con uno *stock* di salute che è soggetto a deterioramento con il passare degli anni. Per rallentare il processo di deterioramento è necessario investire in stili di vita salutari ed è dimostrato che istruzione e reddito incidono su questo tipo di investimento.

A ciò si aggiunga che, maggiore il livello di reddito, maggiore la probabilità di accedere ai servizi sanitari velocemente, senza tempi di attesa che potrebbero danneggiare uno stato di salute già precario. Sebbene l'Italia sia dotata di un Servizio Sanitario Nazionale che dovrebbe garantire uguale accesso per uguale bisogno, a prescindere dalle disponibilità economiche del singolo, i tempi di attesa per alcune tipologie di servizio sono ancora lunghi, e solo una piccola percentuale riesce a bypassare le liste d'attesa tramite l'accesso privato. Questo fattore aumenta il **livello di iniquità nella possibilità dei singoli di beneficiare di un buon livello di salute**. Le considerazioni che emergono portano a riflettere sulla **necessità di attuare piani preventivi da attuare a livello locale soprattutto nelle aree maggiormente deprivate**. Un'informazione capillare sull'importanza di corretti stili di vita potrebbe essere implementata a livello scolastico a partire dalla scuola primaria e potrebbe essere approfondita dai medici di medicina generale, soprattutto nelle zone più degradate. Campagne promozionali sui benefici dell'attività fisica costante, un numero maggiore di infrastrutture sportive, sconti sugli abbonamenti a palestre, sono tutte misure che potrebbero portare benefici alla popolazione che invecchia e riflettersi nel lungo periodo su una minore spesa per il nostro SSN.

BIBLIOGRAFIA

Brenna E. (2018), *Cura degli Anziani, scelte lavorative e salute*, cap. 7. In (a cura di) Cappellari, Lucifora, Rosina, Invecchiamento attivo, mercato del lavoro e benessere: analisi e politiche attive. Il Mulino editore.
Brenna E. (2021), *Il ruolo della famiglia nell'assistenza agli anziani in Europa e in Italia. Un'analisi basata sui dati Share*, Politiche Sanitarie, 22(1): 1-1.
Brenna E. (2020), *I servizi di Long Term Care in una visione di trend: differenze territoriali e focus anziani*, 16° Rapporto Crea Sanità.
Grossman M. (1972), *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*, Journal of Political Economy, Mar/Apr: 223-55.