

## LE CONDIZIONI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA IN ITALIA | ANNO 2019

# Migliora la salute degli anziani ma cresce la domanda di cura e assistenza

Nel 2019, prima della crisi pandemica, gli indicatori di salute degli over 75 si confermano in miglioramento.

Ad eccezione delle malattie croniche gravi, più diffuse tra gli uomini (46,0% contro 41,1% delle donne), le donne hanno condizioni peggiori per tutti gli altri indicatori di salute.

Forti le differenze territoriali a svantaggio del Sud e delle Isole e le disuguaglianze sociali nella salute.

Circa un terzo degli over 75 presenta una grave limitazione dell'autonomia e per un anziano su 10 questa incide sia sulle le attività quotidiane di cura personale che su quelle della vita domestica (8,5% nell'Ue22).

# 32,3%

**Quota di popolazione over 65 con gravi patologie croniche e multimorbilità**

Tra gli over 85 è il 47,7%

# 3,8mln

**Gli anziani con grave riduzione dell'autonomia nelle attività quotidiane di cura personale oppure in quelle della vita domestica**

# 1mln

**Gli anziani con bisogno di assistenza o ausili perché non autonomi nella cura della propria persona**

La percentuale è del 6,9%

[www.istat.it](http://www.istat.it)

**UFFICIO STAMPA**  
tel. +39 06 4673.2243/44  
[ufficiostampa@istat.it](mailto:ufficiostampa@istat.it)

**CONTACT CENTRE**  
tel. +39 06 4673.3102  
[contact.istat.it](mailto:contact.istat.it)



## La salute prima della pandemia in un paese che continua ad invecchiare

Prima della pandemia molti indicatori di salute evidenziavano un trend favorevole che, negli ultimi decenni, ha accreditato l'ipotesi di una “compressione della morbilità o disabilità”, ovvero di un graduale spostamento verso età progressivamente più avanzate dell'insorgere di condizioni di salute severe.

Nel 2019, si conferma il lento progressivo aumento della speranza di vita, che a 65 anni è di 19,4 anni per gli uomini e di 22,4 anni per le donne. A causa dell'eccesso di mortalità per Covid-19, i dati relativi al 2020 attestano invece una riduzione della vita media attesa a 65 anni: -1,3 anni per gli uomini e -1 anno per le donne, con un arretramento di circa 10 anni dei livelli dell'aspettativa di vita.

L'Indagine europea sulla salute (Ehis)<sup>1</sup>, condotta nel 2019, poco prima dell'irrompere della pandemia da Covid-19, offre un quadro informativo ampio sulle condizioni di salute, rispetto al quale si può valutare il rilevante impatto della crisi sanitaria sulla popolazione anziana. I risultati dell'indagine documentano le criticità e i bisogni sanitari di questa fascia di popolazione, che conta oltre 13,7 milioni di persone, di cui la metà over75.

Anche solo rispetto al 2015<sup>2</sup>, anno in cui l'Italia ha svolto la prima indagine europea sulla salute, si possono evidenziare miglioramenti nella maggior parte degli indicatori di salute.

Ciononostante, i contingenti in termini assoluti di persone anziane che necessitano di cura e assistenza non sembrano destinati a comprimersi a causa del crescente invecchiamento della popolazione.

 **I NUMERI CHIAVE: INDICATORI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA (65 ANNI E OLTRE) E BISOGNO DI ASSISTENZA PER CLASSE DI ETÀ E SESSO.** Anno 2019, tassi per 100 persone e valori assoluti in migliaia

CLASSE DI ETÀ	Gravi malattie croniche	Almeno tre malattie croniche	Stato ansioso-depressivo	Gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive	Limitazioni nella mobilità per problemi di salute	Gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL)	di cui con bisogni di assistenza o ausili
65-74	34,2	44,3	11,1	14,6	15,8	2,6	71,2
75-84	48,9	56,1	17,1	32,5	37,6	10,3	67,1
75 e oltre	52,0	59,5	18,1	41,9	46,7	18,3	65,0
85 e oltre	59,4	66,0	20,6	63,8	67,9	37,2	63,7
<b>Totale</b>	<b>43,2</b>	<b>52,0</b>	<b>14,7</b>	<b>28,4</b>	<b>31,5</b>	<b>10,6</b>	<b>65,8</b>
Uomini	46,0	46,1	9,2	22,8	22,3	7,5	66,9
Donne	41,1	56,7	18,9	32,8	38,6	13,3	65,3
<b>Totale V.A.</b>	<b>5.871</b>	<b>7.064</b>	<b>3.919</b>	<b>3.860</b>	<b>5.136</b>	<b>1.437</b>	<b>945</b>

## Almeno tre patologie croniche per oltre metà degli anziani

La presenza di cronicità e di multimorbilità hanno, come noto, un impatto negativo sui livelli di autonomia nelle attività essenziali della vita quotidiana e, più in generale, sulla qualità della vita, in particolare tra i molto anziani. Durante la pandemia da Covid-19 questa specifica fragilità ha esposto la popolazione anziana a un maggiore rischio di morte, di ospedalizzazione e di ricovero in terapia intensiva.

Nel 2019, circa 7 milioni di ultrasessantacinquenni, più di un anziano su due, presentano multimorbilità, riferendo almeno tre patologie croniche. Tra gli over85 la quota raggiunge i due terzi, con una percentuale più elevata tra le donne, il 69% contro il 60% tra gli uomini. Anche tra i "giovani anziani" di 65-74 anni, le quote si confermano elevate (48,5% tra le donne e 39,6% tra gli uomini).

Le patologie più diffuse (in una lista di 22) sono artrosi (47,6%), ipertensione (47%), patologia lombare (31,5%) e cervicale (28,7%), iperlipidemia (24,7%), malattie cardiache (19,3%) e diabete (16,8%). Sono le prime patologie nella graduatoria per entrambi i generi. Seguono, per gli uomini, i problemi di controllo della vescica (12%), e per le donne la depressione (15%), le allergie (14,1%) e i problemi di incontinenza urinaria (13,7%).

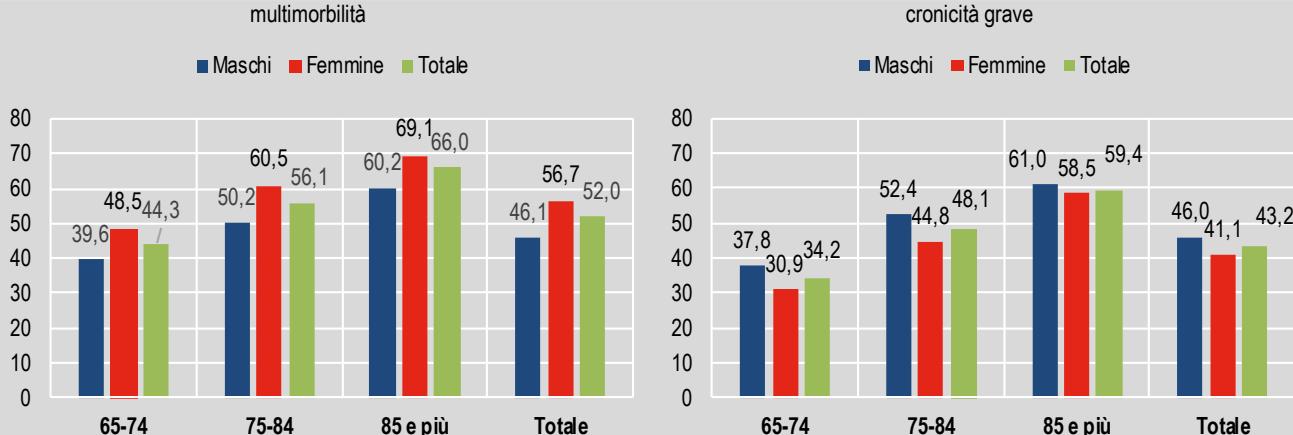
Rispetto al 2015, si rileva una lieve diminuzione della multimorbilità tra gli over75. Se si confronta l'indicatore, ricalcolato tenendo conto solo delle 21 patologie rilevate in entrambe le edizioni dell'indagine, si osserva infatti una riduzione dal 54,3% al 52,0%.

Il 43,2% degli anziani di 65 anni e più dichiara almeno una patologia grave (ictus, tumori, Alzheimer e demenze, malattie cardiache, incluso infarto o angina, diabete, parkinsonismo, malattie respiratorie croniche: bronchite cronica, Bronco pneumopatia cronico ostruttiva - BPCO, enfisema). La percentuale scende al 17% se le patologie croniche gravi sono almeno due.

Tra gli anziani di 75-84 anni la quota di coloro che hanno almeno una malattia cronica grave si attesta al 48,1% (52,4% tra gli uomini e 44,8% tra le donne) mentre la percentuale di quanti sono affetti da almeno due malattie croniche gravi è pari al 19,4% (22% tra gli uomini e 17,4% tra le donne). Tra gli anziani di 85 anni e oltre, circa un terzo dichiara di essere affetto da almeno due patologie croniche gravi (34,1% tra gli uomini e 29,1% tra le donne).

Le patologie croniche gravi più diffuse tra tutti gli anziani sono le malattie cardiache (19,3%) stabili rispetto al 2015. Si riducono invece le malattie respiratorie croniche (bronchite cronica, BPCO ed enfisema) specialmente tra gli uomini anziani, tra i quali però si rileva un incremento dei tumori maligni (+1,9%).

**FIGURA 1. PERSONE DI 65 ANNI E OLTRE PER PRESENZA DI MULTIMORBILITÀ E DI CRONICITÀ GRAVE, PER SESSO E CLASSE DI ETÀ.** Anno 2019, tassi per 100 persone



## La cronicità peggiora al Nord e migliora al Sud ma il divario resta

Gli indicatori di salute riferiti alla multimorbilità e alla cronicità grave confermano lo svantaggio del Sud rispetto al Nord, che risulta comunque in lieve riduzione rispetto al 2015.

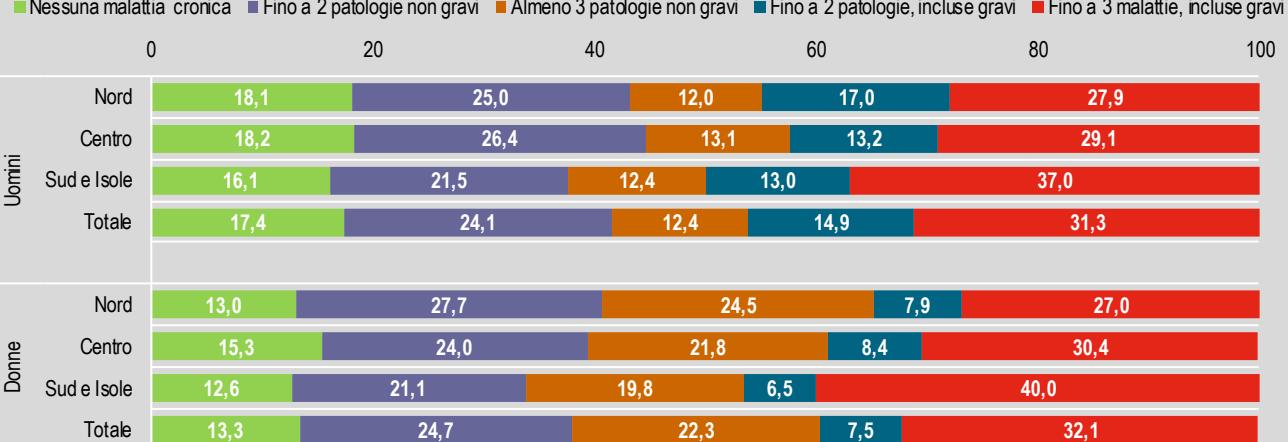
Si osserva un andamento di verso opposto nelle due aree geografiche, con un miglioramento nel Sud e un peggioramento nel Nord. Entrambi gli indicatori sono invece in netto miglioramento nell'Italia centrale. Il divario territoriale maggiore (considerando le differenze della distribuzione per età) si riscontra tra gli uomini anziani per la multimorbilità (38,2% nel Nord e 49% nel Mezzogiorno) e tra le donne della stessa età per la cronicità grave (rispettivamente 34,9% e 46,5%).

Analizzando congiuntamente multimorbilità e presenza di malattie croniche, gravi e meno gravi, è possibile scomporre il totale della popolazione anziana in gruppi mutuamente esclusivi secondo livelli di complessità del quadro morboso via via crescenti.

Nel 2019, quasi il 15% degli anziani non presenta patologie croniche; il 24% ne riferisce almeno due tra quelle classificate non gravi; il 18% almeno tre non gravi (dunque un segmento di anziani in condizioni già più critiche rispetto ai precedenti); l'11% ha almeno una patologia cronica grave, ma non presenta multimorbilità e, infine, il 32,3% è la quota di anziani con il quadro morboso più complesso, perché oltre ad avere almeno una patologia cronica grave soffre delle complicanze dovute alla multimorbilità.

Le differenze territoriali sono pronunciate. Nel Mezzogiorno la quota delle donne anziane che hanno la condizione peggiore, vale a dire che sono affette da almeno una patologia cronica grave e da multimorbilità, è pari al 40% contro il 27% nel Nord e il 30,4% nell'Italia centrale. Si osservano per gli uomini analoghe distanze fra i territori.

**FIGURA 2. PERSONE DI 65 ANNI E OLTRE PER PRESENZA DI CRONICITÀ, RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E SESSO.** Anno 2019, tassi standardizzati per età per 100 persone



## Demenza e depressione le patologie più diffuse tra le donne over85

Tra le malattie degenerative che riguardano la sfera della salute mentale degli anziani le demenze rappresentano una priorità di salute pubblica, come ha evidenziato l'Organizzazione mondiale della sanità lanciando il "Global Action Plan on the public health response to dementia - 2017-2025" nell'intento di sensibilizzare i paesi a promuovere azioni per il miglioramento della qualità della vita delle persone con demenza e dei loro *care givers*.

In Italia, si stima che nel 2019 le demenze senili e l'Alzheimer colpiscono circa 600mila persone tra gli over65 che vivono in famiglia (dalla stima sono esclusi quindi gli anziani che risiedono in istituzioni), complessivamente il 4,2% degli anziani. La quota si attesta al 3% tra gli uomini e al 5,1% tra le donne. Tuttavia la prevalenza triplica tra le ultraottantacinquenni (15,4%) e raggiunge il 14% tra i coetanei maschi. Si tratta di un grave problema perché il progressivo decadimento delle funzioni cognitive derivante da queste forme morbose neurodegenerative comporta un carico di assistenza particolarmente oneroso anche per i conviventi e i *care givers*.

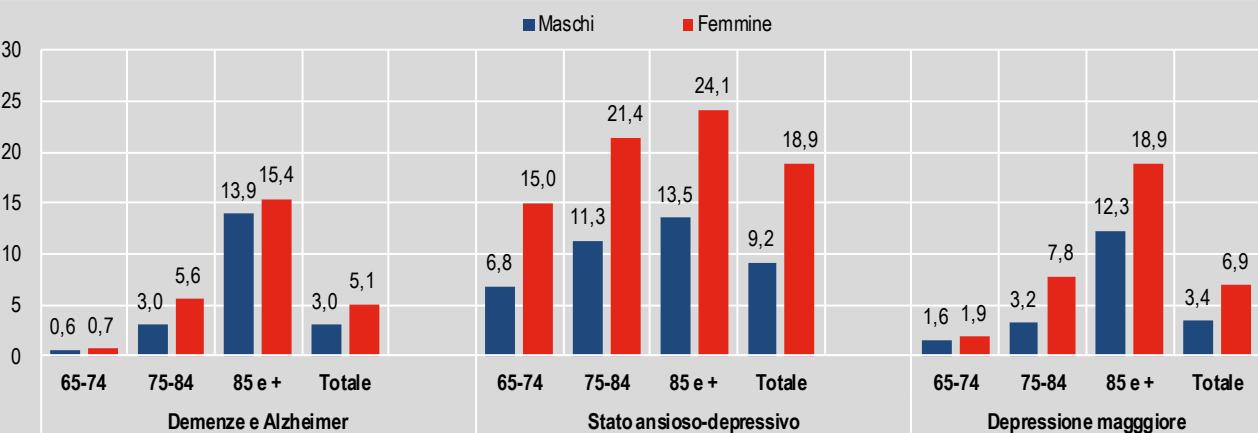
La patologia mentale più diffusa è la depressione, associata all'ansietà cronica grave per quasi la metà degli anziani. Nel 2019, l'11,3% degli anziani soffre di depressione. È netto il divario di genere: tra gli uomini la quota è del 6,7%, tra le donne raddoppia al 14,9% e per le 85enni supera il 20% contro il 10% degli uomini della stessa età. Gli anziani con disturbi ansioso-depressivi sono circa 4 milioni (15%) con un forte svantaggio per le donne.

È molto frequente, inoltre, la compresenza dei disturbi ansioso-depressivi con altre patologie croniche. Tra gli anziani che dichiarano forme depressive, circa due su tre (64,8%) presentano un quadro morboso molto complesso, ovvero hanno almeno una patologia grave e multimorbilità; tra gli uomini di 85 anni e oltre la quota raggiunge l'81,6%.

Le differenze territoriali riflettono anche in questo caso un vantaggio relativo del Nord rispetto al Mezzogiorno, dove i tassi di cronicità grave e multimorbilità sono molto più elevati, a conferma della forte associazione tra depressione e cronicità. Il divario territoriale si registra per entrambi i generi, ma è più evidente tra gli uomini anziani, con prevalenze molto più elevate nel Mezzogiorno rispetto al Nord (11,5% contro 7,4%, tassi calcolati tenendo sotto controllo le differenze nella distribuzione per età delle singole aree territoriali).

Con l'indagine Ehis del 2019, attraverso uno strumento clinico condiviso a livello europeo (PHQ8, *Personal Health Questionnaire Depression Scale*), sono stati rilevati i sintomi depressivi che concorrono a definire la depressione maggiore che, come è noto, è anche la forma più grave. Secondo le stime del 2019, il 5,4% degli anziani ha sperimentato episodi di depressione maggiore nelle due settimane precedenti l'intervista. Tra gli over85 la percentuale triplica al 16,6%. La prevalenza tra le donne è quasi doppia rispetto agli uomini (6,9% rispetto 3,4%) e aumenta con l'età: tra le over75 raggiunge l'11,3% (5,5% fra gli uomini).

**FIGURA 3. PERSONE DI 65 ANNI E OLTRE CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE (DEMENZE E ALZHEIMER, STATO ANSIOSO-DEPRESSIVO E DEPRESSIONE MAGGIORE PER CLASSE DI ETÀ E SESSO.** Anno 2019, tassi per 100 persone



## Quasi 4 milioni gli anziani con gravi limitazioni motorie, sensoriali o cognitive

Sono circa 3 milioni e 860mila gli anziani con gravi difficoltà nelle attività funzionali di base (il 28,4% della popolazione di 65 anni e più). Di essi, 2 milioni 833mila (20,9%) hanno gravi difficoltà nel camminare, salire o scendere le scale senza l'aiuto di una persona o il ricorso ad ausili, 1 milione 874mila (13,8%) riferiscono gravi difficoltà nell'udito o nella vista anche con l'uso di ausili, 1 milione e 113mila (8,2%) hanno gravi difficoltà nella memoria o nella concentrazione.

Al crescere dell'età la quota di anziani con gravi difficoltà funzionali aumenta progressivamente: tra i 65-74enni è al 14,6%, raddoppia al 32,5% tra gli anziani di 75-84 anni e quadruplica tra gli ultra ottantacinquenni (63,8%).

La quota di donne di 65 anni e più con gravi difficoltà funzionali supera quella degli uomini della stessa età in tutte le attività di base considerate.

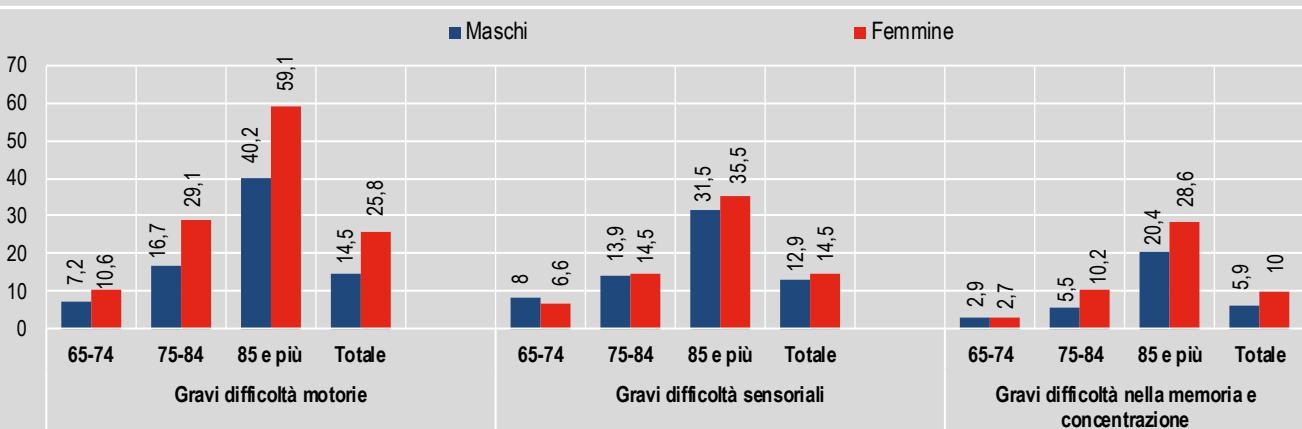
Nel camminare oppure salire o scendere le scale, le anziane mostrano maggiori difficoltà già a partire dai 65 anni (+3,4 punti percentuali rispetto agli uomini) fino a un *gap* di genere di quasi 20 punti dopo gli 85 anni (59,1% per le donne contro 40,2% per gli uomini). Fra le donne le maggiori difficoltà nel ricordare o nel concentrarsi si osservano dopo i 75 anni (16% contro 9,3% degli uomini). Sono più attenuate le differenze di genere per le difficoltà nella vista e nell'udito in tutte le fasce di età.

Rispetto al 2015, eliminando l'effetto della diversa struttura per età, diminuiscono le quote di donne con gravi difficoltà nelle attività motorie (da 25,9% nel 2015 a 23,4% nel 2019) e sensoriali (da 15,3% a 13,0%) a fronte di una sostanziale stabilità per gli uomini. Si riduce per entrambi i sessi la quota di quanti riferiscono gravi difficoltà nella memoria o concentrazione (da 7,9% a 6,0% per gli uomini, da 11,1% a 8,7% per le donne).

## Pronunciate le diseguaglianze per territorio

Le persone con gravi difficoltà nelle funzioni di base sono più concentrate nelle regioni del Mezzogiorno (32,1%, quoziente standardizzato) rispetto al Centro (25,5%) e al Nord (22,9%). Lo svantaggio del Sud e delle Isole è particolarmente pronunciato per le difficoltà motorie, per le quali si registra un tasso standardizzato del 24,7% contro il 17,6% del Centro e il 15,8% del Nord. In particolare per le donne il valore supera il 30%, contro il 20% circa nel Centro e nel Nord. Le differenze territoriali rimangono invariate a distanza di cinque anni.

 **FIGURA 4. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CON GRAVI DIFFICOLTÀ MOTORIE, SENSORIALI E NELLA MEMORIA/CONCENTRAZIONE PER SESSO E CLASSE DI ETÀ.** Anno 2019, tassi per 100 persone



## Difficoltà nella cura della persona per un anziano su dieci

In un paese come l'Italia, caratterizzato da un elevato invecchiamento della popolazione, è di fondamentale importanza valutare il livello di autonomia degli anziani nelle attività quotidiane di cura della persona e fornire un contributo conoscitivo per la definizione di adeguate politiche sociosanitarie.

Il 10,6% degli anziani (1 milione e 437mila persone) riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona: fare il bagno o la doccia da soli (9,8%), vestirsi e spogliarsi (6,7%), sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia (6,3%), usare i servizi igienici (5,7%) e infine mangiare da soli (3,5%). Il 6% degli anziani presenta gravi difficoltà in tre o più attività. La scarsa autonomia in almeno un'attività di cura personale riguarda quasi un quinto degli anziani di 75 anni e più (18,3%) e oltre un terzo degli ultraottantacinquenni (37,2%).

La gran parte degli anziani con grave riduzione di autonomia nelle attività di cura della persona riferisce anche gravi difficoltà nelle attività quotidiane della vita domestica. Si arriva quindi a circa 1 milione e 400mila di anziani (10,1%) con una forte riduzione di autonomia in entrambe le attività essenziali della vita quotidiana.

A livello europeo i dati preliminari disponibili su 22 paesi<sup>iii</sup> mostrano l'Italia (10,1%) nella parte alta della graduatoria decrescente insieme all'Austria (10,3%) a fronte di una media Ue22 pari all'8,5%.

Sommando al gruppo di anziani che hanno difficoltà in entrambe problematiche i 2 milioni 400mila che dichiarano gravi difficoltà solo nelle attività domestiche, si raggiunge la cifra di circa 3 milioni 800mila anziani che hanno severe limitazioni nelle attività quotidiane della vita domestica (28,4%).

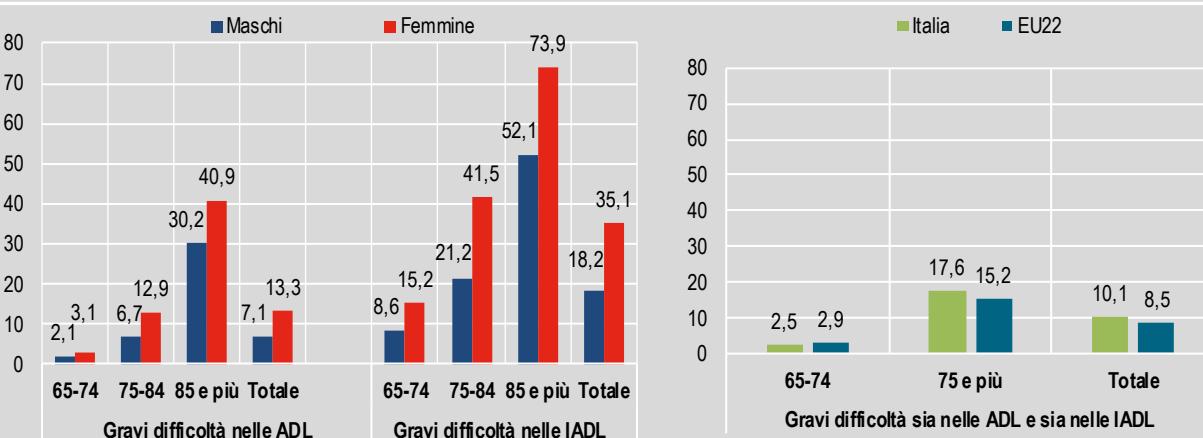
Come prevedibile, è soprattutto nelle attività domestiche pesanti che gli anziani perdono più frequentemente l'autonomia (25,7%). Seguono attività come fare la spesa (15,3%) e svolgere attività domestiche leggere (12,7%). Il 10,7% ha difficoltà nel gestire risorse economiche e nel preparare i pasti.

Rispetto al 2015 rimane stabile la quota di anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona mentre diminuisce quella di ultrasettantacinquenni, sia donne che uomini, che dichiarano gravi difficoltà nelle attività della vita domestica (30,3% nel 2015 e 27,7% nel 2019).

## Anche per l'autonomia nelle attività quotidiane svantaggiato il Mezzogiorno

In forte svantaggio le persone anziane che vivono nel Sud e nelle Isole dove l'11,8% e il 12,7% hanno gravi difficoltà nelle attività di cura personali contro il 7,2% nel Nord-ovest e l'8,0% nel Nord-est (tassi standardizzati). Gli anziani con gravi difficoltà nelle attività della vita domestica sono il 31,6% nel Sud e il 33,2% nelle Isole, contro il 20,9% nel Nord-ovest e il 21,9% nel Nord-est e il 23,4% nel Centro.

**FIGURA 5. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CON GRAVI DIFFICOLTÀ NELLE ATTIVITÀ DI CURA DELLA PERSONA (ADL) E DELLA VITA DOMESTICA (IADL), PER SESSO E CLASSE DI ETÀ E CONFRONTO ITALIA E UE22. Anno 2019, tassi per 100 persone**



## La famiglia pilastro nell'assistenza ma sempre più fragile

La famiglia resta il principale sostegno cui possono far ricorso le persone anziane, anche se la rete di aiuti familiari e quella di aiuti informali hanno subito nel tempo un forte ridimensionamento per le dinamiche demografiche e i mutamenti sociali iniziati dagli anni '60. In una situazione delle reti di aiuto già critica, coorti di anziani sempre più numerose alimenteranno nel prossimo decennio la domanda di assistenza, rendendo indispensabile la programmazione di adeguati interventi di welfare.

Anche nel 2019, soprattutto i familiari assicurano un aiuto agli anziani che hanno bisogno di assistenza per le attività quotidiane di cura personale o domestiche. Oltre il 50% degli anziani riceve aiuto dai familiari non in maniera esclusiva, il 17% si avvale di personale a pagamento e il 6,4% riceve aiuto da altre persone (amici, associazioni di volontariato, ecc.). Nel complesso il 65,2% della popolazione over 65 con riduzione di autonomia non necessariamente grave, usufruisce di aiuti da parte di familiari, di persone a pagamento o di altre persone.

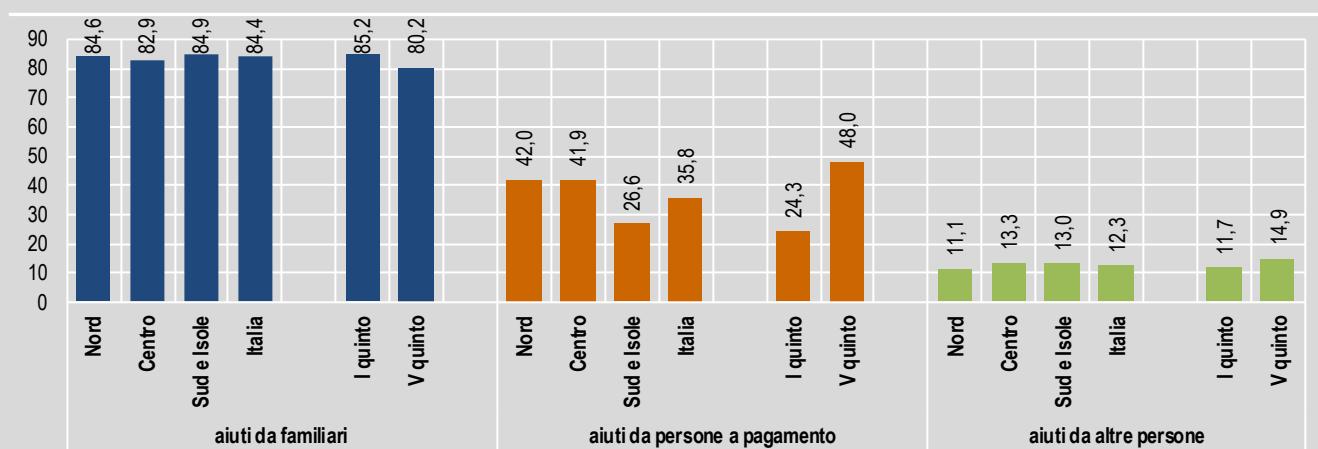
Tra gli anziani che hanno gravi difficoltà nella cura personale (circa 1 milione 500mila persone), l'84,4% riferisce di ricevere aiuti dai familiari (conviventi e non). Questa percentuale è composta dal 51,9% che usufruisce solo dell'aiuto di familiari e dal 32,5% che viene supportato da familiari insieme ad altre persone (assistanti agli anziani, altro personale a pagamento, assistenti domiciliari incaricati da enti pubblici o privati).

Riceve assistenza a pagamento il 35,8% degli anziani con grave riduzione dell'autonomia nelle attività essenziali di cura della persona. Ma l'accesso agli aiuti a pagamento dipende ovviamente dallo status sociale e dalla disponibilità economica. Ne usufruiscono in misura maggiore gli anziani con redditi elevati (48% appartenenti al quinto di reddito più elevato), mentre la quota si riduce alla metà tra quelli con reddito basso (24,3% appartenenti al primo quinto di reddito).

Molto pronunciate le differenze territoriali. Si avvale di assistenza privata il 42,0% al Nord e il 26,6% nelle regioni del Sud e delle Isole. Le differenze non si attenuano anche considerando i tassi standardizzati per età (rispettivamente 40,7% e 25,9%).

Gli anziani che vivono soli, circa 670mila (oltre il 40% del collettivo selezionato), compensano l'assenza del sostegno di familiari conviventi con un maggiore ricorso agli aiuti a pagamento (44%) e in particolare alla figura della badante (31%). Tra gli anziani che vivono da soli la quota di quanti hanno l'aiuto dei familiari (ovviamente non conviventi) è inferiore (73%) a quella degli anziani che vivono in un altro tipo di contesto familiare, dove l'aiuto della famiglia supera il 93% e contestualmente si riduce il ricorso a persone a pagamento (rispettivamente 28,6% e 21,3% per l'aiuto di badanti).

**FIGURA 6. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CON GRAVI DIFFICOLTÀ NELLA CURA DELLA PERSONA PER AIUTI RICEVUTI, RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E QUINTI DI REDDITO.** Anno 2019, tassi per 100 persone



## Carenza di assistenza e ausili soprattutto tra gli over 85 non autonomi

In Italia, il 44,2% delle persone di 65 anni e più con gravi difficoltà dichiara di non avere adeguati ausili o assistenza. Nel confronto con altri paesi europei, l'Italia si colloca poco sotto la media dei paesi Ue22 (47,2%). Valori più elevati si rilevano soprattutto in alcuni paesi dell'Europa dell'est - Croazia (71,0%) Bulgaria (67,5%), Romania (61,6%) - e più bassi per Lettonia (23,4%), Paesi Bassi (24,5%), Cipro (30,4%) e Austria (32,4%).

Il dato complessivo rilevato in Italia del 44,2% di anziani con gravi difficoltà nelle ADL o nelle IADL e carenze di assistenza o ausili, è costituito da due componenti: una quota del 6,9% che riferisce di avere bisogno di ausili perché non ne dispone o perché non sono sufficienti quelli di cui si avvale e, da una quota nettamente superiore (37,3%) che dichiara una carenza di assistenza, perché non ne usufruisce affatto, o perché, nonostante riceva degli aiuti, avrebbe bisogno di maggior sostegno.

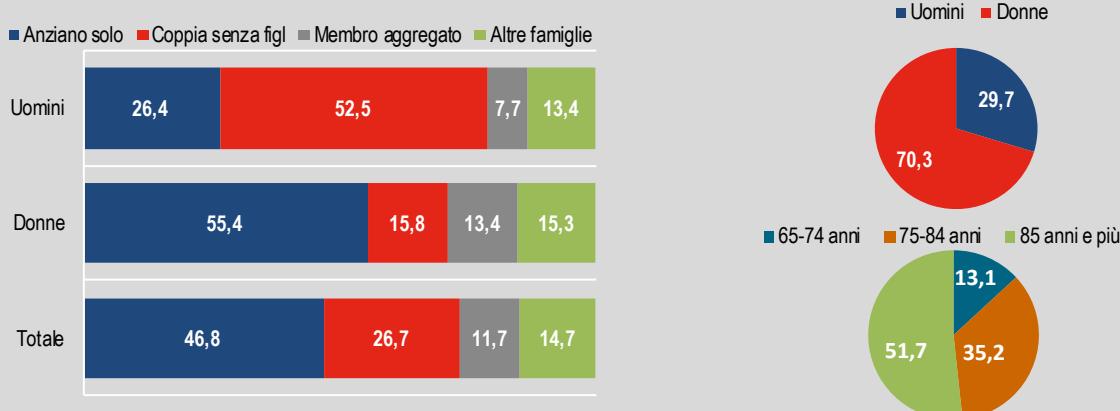
Guardando al collettivo più vulnerabile, quello degli anziani con grave riduzione di autonomia nella cura personale, il 65,8% dichiara di non avere adeguati ausili o assistenza e oltre la metà (55,8%) ritiene di non godere di un adeguato livello di assistenza. Si stima, quindi, che siano oltre 800mila le persone anziane con gravi difficoltà che avrebbero bisogno di maggior assistenza per le attività fondamentali di cura della propria persona. Consistente anche la quota di persone anziane con grave riduzione dell'autonomia che non hanno sufficienti ausili, pari al 10% (circa 143mila persone). Si arriva quindi a un totale di quasi un milione di anziani (945mila) con carenza di assistenza o di ausili.

Il bisogno di assistenza o di ausili degli anziani aumenta di circa 20 punti percentuali per i residenti nel Sud e nelle Isole rispetto agli anziani che vivono al Nord (74,1% contro 56,2%) ed è maggiore tra chi ha bassi livelli di reddito (il 77,2% rispetto al 61,7% tra chi ha più risorse economiche).

Questo collettivo di persone con grave riduzione di autonomia che lamenta una carenza di assistenza o di ausili è composto in maggioranza da over85 (51,7%), mentre sono il 35,2% gli anziani tra i 75 e gli 84 anni e il 13,1% quelli tra i 65 e i 74 anni. Il gruppo più vulnerabile è costituito soprattutto da donne (70,3%).

Le tipologie familiari che caratterizzano tale collettivo sono quelle tipiche della popolazione anziana: quasi la metà (46,8%) vive solo, il 26,7% solamente con il coniuge, l'11,7% come membro aggregato nel nucleo familiare dei figli e il 14,7% in altre tipologie familiari. Distinguendo per genere emerge il netto svantaggio delle donne: il 55,4% vive da sola contro il 26,4% degli uomini. Infatti, nella maggioranza dei casi gli uomini vivono in coppia (52,5%), a conferma che la partner, più spesso di quanto non accada per gli uomini, si trova a ricoprire il ruolo di *care giver* principale.

**FIGURA 7. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CON GRAVI DIFFICOLTÀ NELLA CURA DELLA PERSONA E CARENZA DI ASSISTENZA O DI AUSILI, PER TIPOLOGIA FAMILIARE, GENERE E CLASSE DI ETÀ. Anno 2019, valori percentuali**



## Difficoltà nella mobilità per circa un terzo degli anziani

Il diritto alla mobilità, principio sancito a livello europeo e internazionale, è essenziale per assicurare l'inclusione sociale in tutti i contesti di vita e dovrebbe essere garantito a tutti, anche alle persone che hanno problemi di salute o difficoltà funzionali.

Con l'indagine Ehis sono rilevati alcuni problemi di mobilità, relativi in particolare a difficoltà nell'uscire di casa, accedere a edifici oppure utilizzare mezzi di trasporto privati o pubblici secondo i propri desideri o necessità. Oltre 4 milioni di persone anziane (31,5%) hanno difficoltà di spostamento per motivi di salute o limitazioni funzionali. Fra le donne la quota sfiora il 40% (22,3% gli uomini) ed è più alta in tutte le fasce di età fino a un massimo per gli over85 (74,1% contro 56,2%).

Livelli più elevati di anziani con difficoltà nella mobilità si registrano ovviamente tra gli anziani con limitazioni delle funzioni motorie, sensoriali e cognitive (73,9%) e la quota supera il 90% tra quanti hanno gravi limitazioni nelle attività della vita quotidiana di cura personale.

Le differenze territoriali sono pronunciate. A parità di struttura per età, la percentuale di anziani con difficoltà nella mobilità causate da problemi di salute è pari al 25,0% al Nord, al 27,7,8% nel Centro e al 36,1% nel Mezzogiorno. Lo svantaggio è particolarmente accentuato tra le donne del Mezzogiorno (44,0% contro 30,3% nel Nord e 34,2% nel Centro).

Considerando il livello di gravità delle limitazioni, circa 2 milioni 800mila anziani (20,4%) riferiscono di avere severe difficoltà (molta difficoltà/non in grado) in almeno uno degli aspetti della mobilità. Nel Sud la quota raggiunge il 25% e fra le donne il 26,2% (contro il 12,9% degli uomini).

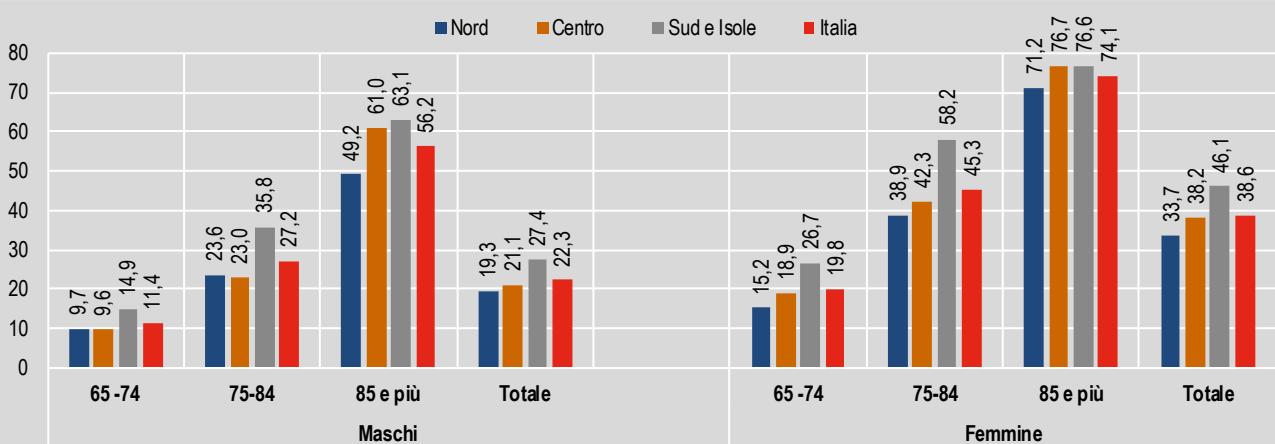
Come prevedibile, la condizione economica ha un forte impatto sulle possibilità di spostarsi della popolazione anziana. La quota di quanti hanno difficoltà nella mobilità per motivi di salute è più elevata tra chi ha un reddito più basso: tra gli uomini supera il 25% e tra le donne è circa il 44%, contro il 15% degli uomini e il 31% delle donne con reddito alto.

## Nel Sud difficoltà connesse anche a barriere ambientali

Gli anziani possono avere difficoltà nella mobilità, non solo per problemi di salute, ma anche per la presenza di barriere ambientali. Queste limitazioni hanno un impatto sulla qualità della loro vita, perché rappresentano un ostacolo alla piena partecipazione sociale e nel lungo periodo hanno una ricaduta sul livello di autonomia e le condizioni di salute.

Il 3,3% della popolazione anziana soffre difficoltà causate da barriere ambientali (mancanza di mezzi di trasporto, difficoltà nell'utilizzo dei mezzi di trasporto, carenza di strutture per l'accessibilità agli edifici, ecc.). La quota è pari al 4% tra le donne e al 2,4% tra gli uomini. Permane lo svantaggio del Sud con una quota del 4,4%, più elevata tra le donne (5,3%).

**FIGURA 8. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CON DIFFICOLTÀ NELLA MOBILITÀ PER MOTIVI DI SALUTE O LIMITAZIONI FUNZIONALI PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA, SESSO E CLASSE DI ETÀ.** Anno 2019, tassi per 100 persone



## I ricoveri continuano a diminuire anche tra gli anziani

Nell'anno precedente l'intervista, la quasi totalità degli anziani si è rivolta al medico di famiglia almeno una volta (89,9%), circa due anziani su tre hanno fatto ricorso a visite specialistiche (66,1%) e uno su due si è sottoposto a esami specialistici (49,3%).

Al Sud è più bassa la quota di anziani che si sono rivolti a medici specialisti o hanno effettuato esami specialistici (63,2% e 43,2% rispettivamente, tassi standardizzati per età). Le donne utilizzano più frequentemente degli uomini i servizi sanitari ambulatoriali (90,9% medico di famiglia; 66,6% medici specialisti; 50,2% accertamenti diagnostici). Il divario di genere è più ampio a 65-74 anni mentre tende ad annullarsi dopo i 75 anni.

Con riferimento alle quattro settimane precedenti l'intervista, gli anziani che si sono rivolti al medico di famiglia sono il 50,6% (-10 punti circa rispetto al 2015). Risulta stabile al 27,9% il ricorso a medici specialisti.

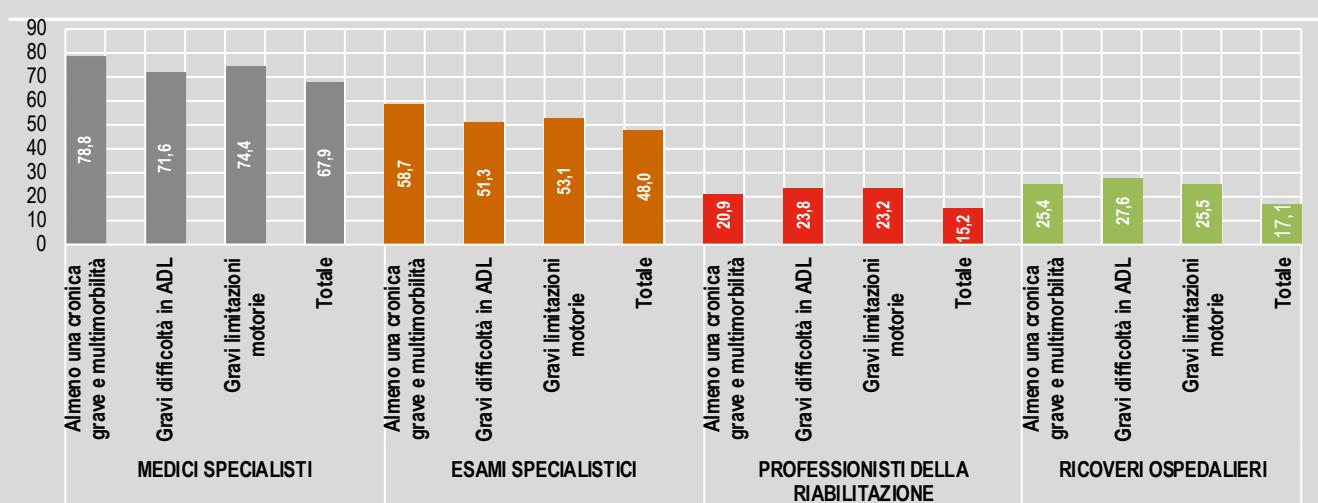
Il 14% degli anziani si è rivolto a un professionista della riabilitazione<sup>iv</sup> almeno una volta nei dodici mesi prima dell'intervista. La quota è più bassa tra i 65-74 anni (12,8%) e sale al 15,2% a 75 anni e più. Le donne anziane ricorrono maggiormente a queste prestazioni sanitarie (15,8%) rispetto agli uomini (11,8%) e il gap di genere rimane elevato in tutte le fasce di età.

Tra gli over65, il 13,9% riferisce di avere avuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, almeno un ricovero ospedaliero, in diminuzione rispetto al 2015 (15,1%). Ha avuto bisogno di cure ospedaliere circa un anziano su 10 di 65-74 anni e due su 10 di 85 anni e più.

Circa un terzo degli anziani ricoverati ha trascorso tra una e tre notti in ospedale, una quota significativa, pari al 30,1%, almeno due settimane in una struttura di ricovero e il 17,1% almeno tre settimane (19,4% a 85 anni e più). Gli uomini anziani si ricoverano di più delle donne (15,7% contro 12,5%) e il divario è massimo a 65-74 anni (rispettivamente 12,5% e 8,8%). Nel territorio non si osservano differenze significative: 14,2% al Nord, 13,4% al Centro e 13,3% al Sud e nelle Isole (tassi standardizzati).

La presenza di problemi di salute e la perdita di autonomia determinano un aumento dei consumi sanitari degli anziani, in particolare dopo i 75 anni, con tassi di ricorso a medici specialisti e ricoveri ospedalieri circa 1,5 volte più elevati della media. Aumenta in maniera significativa anche la domanda di esami specialistici e di prestazioni di riabilitazione, in particolare in presenza di severe difficoltà nelle attività di cura della persona. L'effetto della compromissione dello stato di salute sull'incremento dei consumi sanitari riguarda entrambi i generi, ma è più forte negli uomini.

**FIGURA 9. PERSONE DI 75 ANNI E PIÙ PER RICORSO AD ALCUNI SERVIZI SANITARI PER CONDIZIONI DI SALUTE O AUTONOMIA.** Anno 2019, tassi per 100 persone



## Prima della pandemia meno difficoltà di accesso ai servizi sanitari

Nel 2019, il 10,2% degli anziani ha rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria per motivi economici, inclusi non solo esami e cure mediche o dentistiche, ma anche psicoterapie o consumo di farmaci prescritti (in calo rispetto al 12,5% del 2015). Si riduce – passando dal 22,3% del 2015 al 19,6% nel 2019 - anche la quota di over 65 che hanno dovuto rinviare prestazioni sanitarie (visite mediche, analisi cliniche, accertamenti diagnostici, ecc.) a causa di lunghe liste di attesa. Questi miglioramenti hanno riguardato in particolare gli anziani fino a 84 anni mentre tra gli over 85 non si sono osservate variazioni significative.

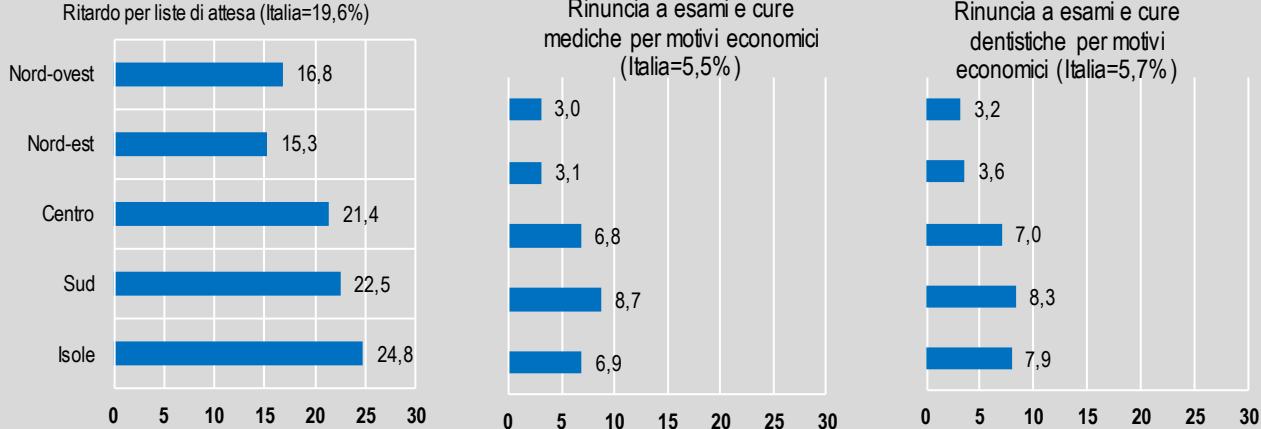
Le difficoltà di accesso ai servizi sanitari sono riferite soprattutto dagli anziani di 75-84 anni, eccetto la rinuncia a esami o trattamenti dentistici per motivi economici che è più elevata tra i 65-74enni (6,0%).

Il divario di genere è più accentuato per la rinuncia a esami o cure mediche per motivi economici (4,3% per gli uomini e 6,4% per le donne) e meno evidente per il ritardo con cui si ottiene una prestazione sanitaria per le lunghe liste di attesa (19,0% negli uomini di 65 anni e più, 20,1% nelle donne della stessa età).

Tra gli anziani ultrasettantacinquenni “forti consumatori” di prestazioni sanitarie o con problemi di salute o di autonomia aumenta la quota di coloro che hanno difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie. Ad esempio, la rinuncia a esami e cure mediche per motivi economici interessa il 4,9% degli uomini e il 7,0% delle donne. Tra i consumatori di quattro o più servizi sanitari<sup>v</sup> i valori salgono rispettivamente a 7,1% e 9,1%, in presenza di almeno una patologia cronica grave e multimorbilità a 7,4% e 9,3%. Nella stessa fascia di età le quote di anziani con severe difficoltà nelle attività di cura della persona raggiungono il 5,9% tra gli uomini e l'8,6% tra le donne, mentre per coloro che hanno gravi difficoltà nelle funzioni motorie sono rispettivamente l'8,6% e l'8,5%.

Nel territorio le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie sono più elevate della media al Sud e nelle Isole e più basse al Nord-ovest e Nord-est. Il divario territoriale è più contenuto per il rinvio delle prestazioni causato da lunghe liste di attesa (tasso standardizzato minimo 15,3% nel Nord-est, massimo 24,8% nelle Isole), mentre è più ampio per la rinuncia dovuta a motivi economici, in particolare per i farmaci prescritti da un medico (10,6% al Sud, 1,5% nel Nord-est) e per esami e cure mediche (8,7% al Sud, 3,0% nel Nord-ovest).

 **FIGURA 10. DIFFICOLTÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE DELLE PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER TIPO DI MOTIVO E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA.** Anno 2019, tassi standardizzati per età per 100 persone



## Si accentuano le disuguaglianze sociali per gli anziani con ridotta autonomia

Utilizzando come indicatori di status socio-economico il livello di istruzione e il reddito, si conferma per la popolazione anziana il noto svantaggio delle persone con bassi livelli di reddito e di istruzione nelle condizioni di salute e nelle possibilità di accesso alle cure. L'intensità delle disuguaglianze sociali nella salute è però più elevata se valutata mediante il livello di istruzione<sup>vi</sup> rispetto al reddito.

In particolare, tra gli over65 che hanno al massimo la licenza elementare, la quota di anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona è circa tre volte più elevata di quella osservata tra i coetanei con un diploma di scuola secondaria o un titolo di studio più elevato (11,2% e 3,4% negli uomini, 18,2% e 6,8% nelle donne); tale divario si è ampliato rispetto al 2015 tra gli uomini (9,8 contro 4,4%). Una parte di queste differenze è dovuta alla diversa struttura per titolo di studio nelle classi di età. Infatti, il divario dei tassi per livello di istruzione si riduce, in particolare fra le donne, considerando la classe di età 65-74 anni (3,4% contro 2,6%, rapporto pari a 1,3) e la classe 75 anni e più (25,1% contro 14,9%, rapporto pari a 1,7).

I differenziali per titolo di studio sono simili nel territorio, sebbene al Nord le prevalenze siano più basse rispetto al Sud e alle Isole.

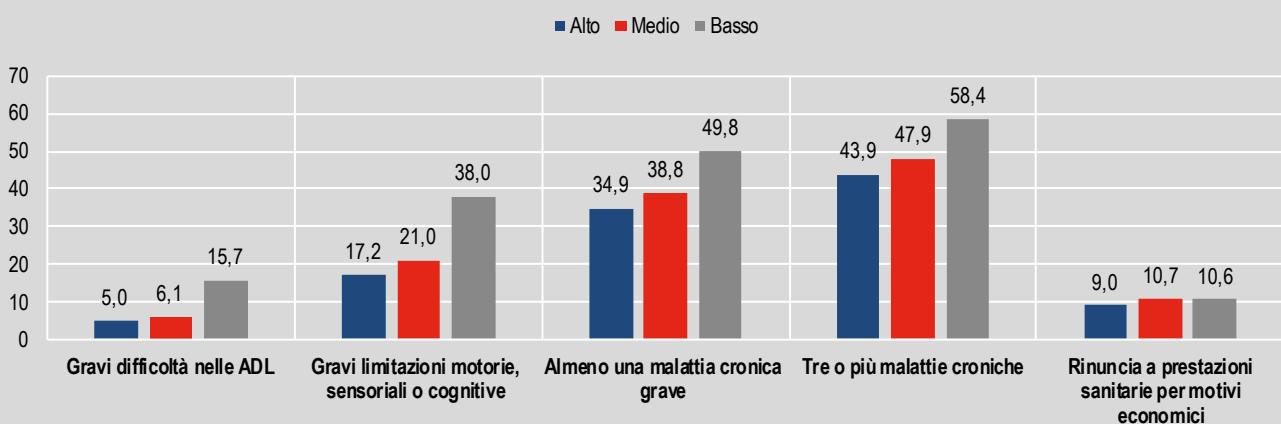
Per le persone con gravi limitazioni motorie, sensoriali o cognitive si hanno prevalenze doppie tra gli anziani meno istruiti rispetto a quelle osservate tra gli anziani con alto titolo di studio (30,6% e 15,0% negli uomini, 42,0% e 19,7% nelle donne). Anche in questo caso le differenze per livello di istruzione si riducono leggermente all'interno delle classi di età con disuguaglianze in lieve aumento rispetto al 2015.

Più contenuti i differenziali rispetto al reddito familiare: tra gli anziani con un reddito familiare nel primo o secondo quinto, la quota di quanti hanno gravi limitazioni funzionali è di circa 1,5 volte più elevata di quella rilevata tra i coetanei con un reddito familiare nel quinto di reddito più elevato.

Disuguaglianze rispetto al livello di istruzione tra gli anziani si rilevano anche per la presenza di patologie croniche. Riferisce almeno una malattia cronica grave il 48,4% delle donne meno istruite contro il 30,9% delle più istruite. Il divario per titolo di studio per la multimorbilità è più elevato fra gli uomini (52,4% contro 38,1%), in particolare se residenti al Sud e nelle Isole (61,3% contro 39,0%).

Tra gli indicatori relativi alle difficoltà di accesso ai servizi sanitari la rinuncia a servizi sanitari per motivi economici ovviamente è molto influenzata dal reddito familiare ed è tre volte più elevata per gli anziani a basso reddito (14,2% per gli uomini, 19,0% per le donne), rispetto ai coetanei ad alto reddito (4,7% per gli uomini, 7,1% per le donne). Il divario secondo il reddito è ancora più pronunciato tra gli anziani residenti al Nord per entrambi i generi: negli uomini la percentuale di over65 meno abbienti che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie per motivi economici è pari all'8,8% (tasso standardizzato) e scende al 2,0% per i coetanei più abbienti; nelle donne i valori sono rispettivamente pari a 12,7% e 3,3%. Nel tempo tali disuguaglianze si sono ulteriormente ampliate.

**FIGURA 11. DISUGUAGLIANZE PER TITOLO DI STUDIO PER ALCUNI INDICATORI DI SALUTE E DI AUTONOMIA E DI SALUTE E PER RINUNCIA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE.** Anno 2019, tassi per 100 persone



# Glossario

**Attività di cura della persona** (ADL: Activities of Daily Living): l'indicatore “*gravi difficoltà nelle attività di cura della persona*” deriva dalla scala utilizzata per misurare il grado di autonomia/indipendenza nello svolgimento delle fondamentali attività quotidiane (ADL) quali mangiare da solo, anche tagliando il cibo da solo, oppure sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, vestirsi e spogliarsi, usare i servizi igienici e fare il bagno o la doccia, senza l'aiuto di una persona, o l'uso di ausili/apparecchi o modifiche dell'abitazione. L'indicatore è stato costruito secondo le indicazioni di Eurostat, considerando i due massimi livelli di difficoltà (“molta difficoltà” o “non sono in grado”)

**Attività quotidiane strumentali di tipo domestico** (IADL: Instrumental Activities of Daily Living): l'indicatore “*gravi difficoltà nelle attività domestiche*” deriva dalla scala utilizzata per misurare il grado di autosufficienza nelle attività strumentali, ovvero quelle attività necessarie per vivere in modo autonomo, quali: preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche. Anche in questo caso, come per le ADL, sono stati considerati i due massimi livelli di difficoltà (“molta difficoltà” o “non sono in grado”), escludendo i casi di persone che non svolgono tali attività perché non hanno necessità di farlo e quindi non hanno problemi di autonomia in tali attività.

**Aiuto a pagamento:** si tratta di persone da cui abitualmente l'intervistato riceve aiuto “a pagamento” per le attività di cura della persona (ADL) o per le attività della vita domestica (IADL). Inoltre si considera anche la presenza in famiglia di una persona a pagamento che assiste un anziano o un disabile (badante).

**Aiuto da altre persone:** si fa riferimento alle “altre persone” (escludendo familiari e persone a pagamento) da cui abitualmente riceve aiuto l'intervistato. Sono state incluse in questa modalità per l'esiguità della prevalenza: amici e associazioni di volontariato, rilevati tra le modalità di risposta.

**Ausili:** si considerano gli occhiali, lenti a contatto, apparecchi acustici, ausili “sottopelle”, bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.

**Care giver:** persona che si prende cura o assiste altre persone (familiari e non) con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infermità (la definizione in questo report fa riferimento pertanto solo all'aiuto fornito per problemi circoscritti a salute e invecchiamento).

**Gravi difficoltà motorie:** grave difficoltà o incapacità nel camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri oppure nel salire una rampa di scale (circa 12 scalini) senza alcun aiuto.

**Gravi difficoltà sensoriali:** grave difficoltà o incapacità nel vedere con o senza occhiali oppure difficoltà nel sentire ciò che si dice in una conversazione con un'altra persona in una stanza con o senza rumore avvalendosi anche di apparecchi acustici.

**Gravi difficoltà nella memoria o concentrazione:** l'indicatore deriva da un quesito “soggettivo” che tende a cogliere la valutazione dell'intervistato sul livello di difficoltà a ricordare o a concentrarsi e fa riferimento alla difficoltà o incapacità grave. Il quesito è inserito nel questionario *short-form* condiviso a livello internazionale nel *Washington Group on Disability* e inserito nel questionario europeo dell'indagine Ehis-wave3.

**Limitazioni nelle attività funzionali di base (limitazioni funzionali):** si fa riferimento alle limitazioni in almeno una delle attività che riguardano le funzioni del movimento (attività motorie del camminare e salire o scendere le scale), le funzioni sensoriali (vedere e sentire) o quelle cognitive (ricordare e concentrarsi). Per ciascuna di queste funzioni si rileva il livello di difficoltà a compiere le specifiche attività, secondo la valutazione soggettiva dell'intervistato.

**Malattie croniche gravi:** diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus; bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno; parkisonismo; alzheimer; insufficienza renale cronica.

**Multimorbilità:** riferita alla persona che dichiara di essere affetta da tre o più delle seguenti malattie: asma; bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema; infarto del miocardio o conseguenze croniche dell'infarto del miocardio; malattia coronaria o angina pectoris; ipertensione; altre malattie del cuore; ictus o conseguenze croniche dell'ictus; artrosi; patologia lombare o altra affezione cronica a carico della schiena; patologia cervicale o altra affezione cronica del collo; diabete; allergia (ad esempio rinite, raffreddore da fieno, infiammazione oculare, dermatite, allergia alimentare o di altra natura); cirrosi epatica; incontinenza urinaria, problemi di controllo della vescica; problemi renali; insufficienza renale cronica; depressione; ansietà cronica grave; tumore maligno; Alzheimer, demenze senili; Parkinsonismo; altra malattia cronica. Poiché l'indicatore risente del numero di patologie rilevate non è confrontabile con le stime pubblicate in occasione di altre indagini sulla salute.

**Quinti di reddito:** per misurare le disuguaglianze nella distribuzione dei redditi, è possibile ordinare le famiglie dal reddito equivalente più basso a quello più alto e classificarle in cinque gruppi (quinti). Il primo quinto comprende il 20 per cento delle famiglie con i redditi equivalenti più bassi, il secondo quelle con redditi medio-bassi e così via fino all'ultimo quinto, che comprende il 20% di famiglie con i redditi più alti.

**Reddito equivalente netto mensile familiare:** è calcolato dividendo il valore del reddito netto mensile familiare per un opportuno coefficiente di correzione (scala di equivalenza), che permette di tener conto dell'effetto delle economie di scala e di rendere direttamente confrontabili i livelli di reddito di famiglie diversamente composte. La scala di equivalenza (utilizzata anche a livello europeo) è pari alla somma di più coefficienti individuali (1 per il primo adulto, 0,5 per ogni altro adulto e 0,3 per ogni minore di 14 anni).

**Reddito netto mensile familiare:** reddito complessivo di una famiglia, al netto delle tasse e delle altre detrazioni, che è disponibile per la spesa o il risparmio. Si considerano tutti i redditi monetari di qualsiasi fonte ricevuti da ogni membro di una famiglia: reddito da lavoro, investimenti, benefici sociali, qualsiasi altro reddito delle famiglie. Si escludono le imposte e i contributi sociali che sono stati pagati.

**Ripartizioni geografiche:** suddivisione geografica del territorio che comprende Nord (Nord-ovest, Nord-est), Centro, Mezzogiorno (Sud e Isole).

**Sintomi depressivi:** vengono rilevati attraverso un questionario per lo screening dei disturbi depressivi (*PHQ - Patient Health Questionnaire, Depression Scale*), inserito nell'indagine European Health Interview Survey (Ehis), con 8 quesiti (PHQ8). Si tratta di uno strumento psicometrico che tende a ricalcare i criteri condivisi in ambito internazionale per la diagnosi dei disturbi depressivi (DSM-IV). In base alla presenza di una serie di sintomi, tra cui l'umore depresso e/o la perdita di interesse o piacere, nonché alla loro frequenza nelle ultime due settimane, viene calcolato un indice sintetico a tre livelli: *depressione maggiore*, altri sintomi depressivi, nessun sintomo depressivo. Per maggiori informazioni sui quesiti si rimanda al questionario di rilevazione Modello giallo A.15, sezione 13, <https://www.istat.it/it/archivio/167485>

**Speranza di vita a 65 anni:** il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravviventi della tavola di mortalità all'età di 65 anni (cfr. <http://demo.istat.it/tvm2016.php>).

**Titolo di studio:** quello più elevato conseguito. Alto: dottorato di ricerca o specializzazione postlaurea, laurea, diploma universitario e diploma di scuola superiore. Medio: licenza di scuola media inferiore. Basso: licenza elementare, nessun titolo e sa e leggere e scrivere, nessun titolo e non sa leggere e/o scrivere.

## Nota metodologica

L'indagine europea sulla salute (Ehis) è condotta in tutti gli Stati dell'Unione europea con l'obiettivo di costruire indicatori di salute confrontabili a livello europeo sui principali aspetti delle condizioni di salute della popolazione, il ricorso ai servizi sanitari e i determinanti di salute. L'indagine è prevista dal regolamento (Ue) n. 255/2018 della Commissione, del 19 febbraio 2018 (che attua il regolamento (Ce) n. 1338/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica e di salute e sicurezza sul luogo di lavoro) ed è inserita nel Programma statistico nazionale 2017-2019 (cod. IST 02565).

Questa edizione dell'indagine, di cui si riportano alcuni dati nel presente report, è stata condotta in Italia, così come nella maggior parte dei paesi dell'Unione europea, nel 2019. La rilevazione presso i Comuni del campione è avvenuta in due periodi dell'anno: il primo da aprile a giugno e il secondo da settembre a dicembre.

Le interviste sono state condotte secondo la tecnica *Pen and paper interview (Papi)* - tecnica di rilevazione che prevede l'utilizzo delle interviste faccia-a-faccia da parte di un rilevatore appartenente alla rete comunale, adeguatamente e prioritariamente formato dall'Istat. Per una parte esigua di quesiti è stata prevista l'autocompilazione del questionario. La maggior parte delle sezioni dei modelli di rilevazione fa riferimento alla popolazione di 15 anni e oltre, come richiesto dal Regolamento europeo, fanno eccezione le prime sezioni del questionario per intervista, dove si raccolgono informazioni anche sui minori di 15 anni, per soddisfare bisogni informativi nazionali, rilasciate su base volontaria da un genitore o un adulto di riferimento della famiglia.

Il campione realizzato è di circa 22.800 famiglie residenti in 835 comuni di diversa ampiezza demografica, distribuiti su tutto il territorio nazionale. Il disegno campionario è a due stadi con stratificazione delle unità di primo stadio (Comuni). Le unità di secondo stadio sono le famiglie, estratte con criterio di scelta casuale dalle liste anagrafiche per i comuni campione con meno di 1.000 abitanti e dalla lista delle famiglie selezionate per il Censimento Permanente del 2018 per i comuni campione con 1.000 abitanti e oltre, in modo da costituire un campione statisticamente rappresentativo della popolazione residente.

La popolazione di interesse dell'indagine è costituita dalle famiglie residenti in Italia e dai membri che le compongono; sono pertanto esclusi i membri permanenti delle convivenze. La famiglia è intesa come *famiglia di fatto*, ossia un insieme di persone coabitanti e legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi.

I temi descritti nel presente report sono solo una parte dei contenuti informativi rilevati con l'indagine e riguardano le malattie croniche, la salute mentale, le limitazioni nelle attività funzionali di base, le difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL) e nelle attività quotidiane strumentali di tipo domestico (IADL), le difficoltà nella mobilità per motivi di salute o per barriere ambientali, il ricorso e le difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Le altre tematiche trattate nell'indagine, che saranno oggetto di report successivi e di tavole statistiche, riguardano: condizioni generali di salute; salute orale; infortuni e lesioni; stato di salute percepito; dolore; dolore cronico; sostegno sociale; cure o assistenza fornite; prevenzione; peso e altezza; consumo di frutta e verdura; attività fisica; consumo di tabacco; consumo di bevande; situazione lavorativa; assenze dal lavoro per motivi di salute; valutazione delle prestazioni sanitarie; allattamento al seno; metodi contraccettivi; abitazione in cui vive la famiglia; aiuti e situazione economica della famiglia; altre persone coabitanti nella famiglia.

Indicatori calcolati con i dati dell'indagine per tutti i paesi dell'Unione europea saranno resi disponibili da Eurostat nel database all'indirizzo <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, sotto le voci "Population and social conditions / Health".

Per prendere visione della formulazione degli specifici quesiti contenuti nei questionari dell'Italia e per approfondire altri aspetti metodologici relativi alla strategia di campionamento ed al livello di precisione dei risultati, si suggerisce di consultare la pagina dedicata all'indagine ed i relativi allegati sul sito dell'Istat all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/archivio/167485>.

## Note

---

- i. L'indagine Ehis wave3 (European Health Interview Survey) condotta in tutti i paesi dell'Unione europea, è stata realizzata in Italia nel 2019, secondo quanto previsto dal Regolamento europeo n.255/2018.
- ii. L'indagine Ehis del 2015 è la prima indagine europea sulla salute condotta in Italia, su un campione di circa 12.500 famiglie, distribuite sull'intero territorio nazionale; essa rappresenta invece per molti altri paesi europei la seconda edizione, dopo quella del 2008.
- iii. Tra i 22 paesi su cui sono state fornite da Eurostat stime preliminari relative a pochi indicatori sulle difficoltà nell'attività di cura della persona (ADL), sulle attività della vita domestica (IADL) e sugli aiuti ritenuti insufficienti, non figurano alcuni dei grandi paesi come Germania, Francia e Spagna, oltre a Belgio e Malta, i cui dati sono ancora mancanti.
- iv. Fisioterapista, chinesiterapista, chiropratico, osteopata, logopedista, ortottista, audiometrista, ecc.
- v. L'indice considera il ricorso nei dodici mesi precedenti all'intervista al medico di famiglia, medici specialisti, professionisti della riabilitazione, professionisti della salute mentale, esami specialistici o ricoveri ospedalieri.
- vi. Titolo di studio: basso, fino alla licenza elementare; medio, con licenza di scuola media inferiore; alto, con diploma o titolo di studio più elevato.

## Per chiarimenti tecnici e metodologici

---

**Lidia Gargiulo**  
[gargiulo@istat.it](mailto:gargiulo@istat.it)

**Laura Iannucci**  
[iannucci@istat.it](mailto:iannucci@istat.it)