



SISTEMA STATISTICO NAZIONALE  
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

---

# Informazione statistica e politiche per la promozione della salute

---

Atti del convegno

Roma 10 -11-12 settembre 2002



Conferenza dei Presidenti delle Regioni  
e delle Province Autonome



*Ministero della Salute*







SISTEMA STATISTICO NAZIONALE  
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

---

# Informazione statistica e politiche per la promozione della salute

---

Atti del convegno

Roma 10-11-12 settembre 2002



Conferenza dei Presidenti delle Regioni  
e delle Province Autonome



*Ministero della Salute*

*A cura di: Linda Laura Sabbadini e Giuseppe Costa*

**Comitato Scientifico**

Marco Biocca  
Vittoria Buratta  
Giuseppe Costa  
Cesare Cislaghi  
Viviana Egidi  
Gino Farchi  
Giorgio Luppi  
Franco Pennazza  
Linda Laura Sabbadini

**Informazione statistica e  
politica per la promozione della salute  
Atti del convegno  
Roma 10-11-12 settembre 2002**

**Edizione 2004**

Istituto nazionale di statistica  
Via Cesare Balbo, 16 - Roma

*Fotocomposizione:*  
Letizia Perticone  
Servizio Produzione editoriale  
Via Tuscolana, 1788

*Stampa:*  
C.S.R. Centro stampa e riproduzione s.r.l.  
Via Pietralata, 157 - 00158 Roma

Si autorizza la riproduzione a fini commerciali e con citazione della fonte

# Indice

<b>Prefazione</b> .....	VII
<b>Programma del convegno</b> .....	IX
<b>Informazione statistica e politiche per la promozione della salute</b> .....	1
<b>Stili di vita, prevenzione e promozione della salute</b> .....	13
I determinanti della salute: possibilità di integrazione delle fonti.....	15
Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza .....	25
Abitudini alimentari: tendenze evolutive nella popolazione e nei giovani .....	45
Il consumo di bevande alcoliche: generazioni a confronto .....	61
Andamento della prevalenza del fumo in Italia.....	75
Le vaccinazioni in età pediatrica .....	97
<b>La valutazione delle politiche sanitarie</b> .....	105
Stato di salute e livelli di assistenza: alcuni spunti di variabilità tra le regioni.....	109
I determinanti del ricorso ai servizi: fattori individuali e di contesto.....	117
L'equità nell'accesso ai servizi .....	129
Consumi sanitari a pagamento: il profilo della domanda.....	141
Tipologie di modelli di sanità.....	153
La valutazione delle politiche sanitarie regionali attraverso gli indicatori dell'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" .....	171
<b>Società e salute: L'impatto delle politiche non sanitarie sulla salute e i possibili indicatori</b> .....	189
La percezione come misura dello stato della salute .....	201
La geografia della salute in Italia: immagini di salute e immagini di povertà.....	215
Famiglie con figli in condizione socio-economica svantaggiata.....	233
La fragilità nella salute dell'anziano .....	253

Salute e lavoro in una popolazione che invecchia.....	269
Problemi ambientali e salute nella percezione delle persone .....	285
<b>Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno .</b>	<b>295</b>
Differenze territoriali nel percorso della nascita .....	301
Medicalizzazione della gravidanza e del parto.....	313
Quali gli stimoli derivabili dal confronto dei dati dell'indagine multiscopo Istat con le raccomandazioni basate su prove di efficacia per un'azione di governo dell'area assistenziale materno-infantile .....	323
L'allattamento al seno: trend e differenze territoriali.....	329
<b><i>Interventi programmati</i></b> .....	<b>341</b>
Emilio Imparato.....	341
Mario Campogrande.....	343
Giulio Bevilacqua.....	345
Rita Roascio .....	346
<b>Salute e diagnosi precoci: gli <i>screening</i> dei tumori femminili.....</b>	<b>347</b>
I determinanti del ricorso allo screening dei tumori femminili .....	353
Il ricorso a pap-test e mammografia: tendenze in atto e profili socio-demografici.....	367
Il ruolo dell'Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili e i dati provenienti dalle survey GISMa e GISCi .....	387

---

## PREFAZIONE

---

Il convegno Informazione statistica e politiche per la promozione della salute, svoltosi all'Istat nei giorni 10,11, e 12 settembre 2002 è stato promosso in collaborazione con il Ministero della salute e la Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome con la finalità di fornire un supporto conoscitivo per la progettazione e valutazione delle politiche nazionali e locali di promozione della salute e di programmazione sanitaria.

La presentazione dei lavori è stata preceduta da una tavola rotonda cui hanno preso parte il Ministro della salute, il Ministro per le pari opportunità, il Presidente dell'Istat, il Direttore regionale della regione Piemonte e gli Assessori alla sanità delle regioni Campania, Emilia Romagna e Lazio. Dalla tavola rotonda è emersa l'importanza della sperimentazione del nuovo metodo di lavoro adottato, che ha visto il coinvolgimento delle diverse istituzioni, con la finalità di fornire un adeguato supporto informativo per le scelte dei decisori politici a livello locale e nazionale.

Secondo queste prospettive sono stati quindi analizzati i risultati dell'Indagine campionaria multiscopo *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* realizzata dall'Istat nel 1999-2000, su un campione ampliato grazie al contributo del Fondo sanitario nazionale. Alla progettazione della ricerca hanno partecipato il Ministero della salute, l'Istituto superiore di sanità ed esponenti delle Regioni, attraverso il Centro interregionale per il sistema informatico ed il Sistema statistico ed alcuni assessorati alla sanità.

In questo volume sono raccolti i contributi scientifici presentati nelle tre giornate di lavoro. I risultati delle indagini sono stati organizzati in cinque sessioni, ognuna curata da uno specifico gruppo di lavoro, i cui componenti e i cui coordinatori risultano tra gli autori dei contributi scientifici.

In particolare il convegno si è articolato nelle seguenti aree tematiche:

- Stili di vita, prevenzione e promozione della salute;
- La valutazione delle politiche sanitarie;



- L'impatto sulla salute delle politiche non sanitarie;
- I percorsi assistenziali: il caso della maternità;
- I percorsi assistenziali: il caso degli screening dei tumori femminili.

Per descrivere l'andamento temporale relativo agli stili di vita e ai comportamenti a rischio per la salute (consumo di alcool, abitudini alimentari, ecc.) sono stati analizzati i dati dell'Indagine multiscopo *Aspetti della vita quotidiana*. Tale indagine, infatti, rileva annualmente alcune delle principali informazioni relative alla salute ed alle condizioni generali di vita dei cittadini, ed è inserita, come l'indagine sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* nel nuovo Sistema di Indagini Multiscopo sulle famiglie avviato dall'Istat nel 1993.

Molti gli aspetti di rilievo che i diversi autori hanno evidenziato: segmenti di popolazione a rischio, differenze regionali nell'accesso ai servizi sanitari, adeguatezza dei percorsi assistenziali rispetto agli standard, ed altri importanti spunti di riflessione. Sono emerse, inoltre, proposte concrete per arricchire i contenuti informativi delle indagini sulle famiglie condotte dall'Istat e fornire quindi ulteriori strumenti conoscitivi ai decisori politici.

Il bilancio di questo metodo di lavoro condiviso è dunque positivo, e pone le basi per un confronto aperto sulle prospettive della nuova indagine in programma per il 2004-2005.

È doveroso il ringraziamento a quanti hanno condiviso questa esperienza mettendo generosamente a disposizione le loro competenze per valorizzare il patrimonio di dati raccolto dall'Istat.

Un ricordo affettuoso va a Francesca Repetto che ha contribuito con entusiasmo e grande professionalità ai lavori per *La valutazione delle politiche sanitarie*, senza purtroppo riuscire a dividerne i risultati definitivi.

Un particolare ringraziamento va all'Assessorato alla sanità della regione Piemonte cui è stato demandato, per conto di tutte le regioni, l'onere dell'intero coordinamento amministrativo del progetto di ampliamento del campione dell'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000*.

I curatori del volume  
*Linda Laura Sabbadini*  
*Giuseppe Costa*

---

## PROGRAMMA DEL CONVEGNO

---



# 10

SETTEMBRE 2002

**10,00 Registrazione dei partecipanti**

**11,00 Tavola rotonda**

Informazione statistica e politiche per la promozione della salute

**Luigi Biggeri** ◇ Presidente dell'Istat

**Girolamo Sirchia** ◇ Ministro della Salute

**Stefania Prestigiacomo** ◇ Ministro per le pari opportunità

**Enzo Ghigo** ◇ Presidente della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome

**Antonio Bassolino** ◇ Presidente della Regione Campania

**Giovanni Bissoni** ◇ Assessore alla Sanità della Regione Emilia-Romagna

**Vincenzo Saraceni** ◇ Assessore alla Sanità della Regione Lazio

**13,00 Intervallo**

**14,30 Stili di vita, prevenzione e promozione della salute**  
coordinatore **Gino Farchi**

**Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza**

L. Gargiulo, E. A. L. Gianicolo, S. Brescianini

**Abitudini alimentari: tendenze evolutive nella popolazione e nei giovani**

A. D'Amicis, A. De Carli, A. Turrini, S. Orsini

**Il consumo di bevande alcoliche: generazioni a confronto**

E. Scafato, M. Massari

**Il tabagismo: diffusione ed età di esordio**

C. La Vecchia, F. Faggiano, P. Zuccaro, L. Iannucci

**La prevenzione delle malattie infettive, cardiovascolari e dismetaboliche**

M. Ciofi degli Atti, S. Salmaso, S. Giampaoli, E. Bologna

**I determinanti della salute: possibilità di integrazione delle fonti**

G. Farchi

**17,30 Chiusura dei lavori della prima giornata**



# 11

SETTEMBRE 2002

P  
R  
O  
G  
R  
A  
M  
M  
A

**10,00** **La valutazione delle politiche sanitarie**  
coordinatore Cesare Cislighi

**11,00**

**Bisogni e consumi sanitari: principali evidenze di variabilità tra le regioni**  
F. Repetto, C. Galassi

**I determinanti del ricorso ai servizi**  
C. Zocchetti, C. Tasco, S. Forni

**L'equità nell'accesso ai servizi**  
P. Michelozzi, G. Accetta, C. A. Perucci

**11,30 Intervallo**

**12,00** **Consumi sanitari a pagamento: il profilo della domanda**  
A. Solipaca

**Tipologie di modelli di sanità**  
S.Forni, C. Cislighi, M.P. Giorio

**La valutazione delle politiche sanitarie regionali attraverso i dati dell'indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000"**  
G. Luppi

**13,00 Intervallo**

**14,30** **Le politiche "non sanitarie" per la promozione della salute**  
coordinatore **Giuseppe Costa**

**La percezione come misura dello stato di salute**  
E.A.L Gianicolo, G.Apolone

**La geografia della salute in Italia: immagini di salute e immagini di povertà**  
C. Marinacci, T. Spadea, G. Cesaroni, P. Vittori

**La salute nei gruppi più vulnerabili: anziani e famiglie con figli in condizione socio-economica svantaggiata**  
F. Vannoni, C. Saraceno, N. Negri

**16,00 Intervallo**

**Salute e prospettive di occupabilità nella popolazione lavorativa che invecchia**

A. Bena, M. Biocca, S. Perticaroli

**Problemi ambientali e salute nella percezione delle persone**

E. Cadum, M. Martuzzi

**Welfare, ambiente, povertà ... l'impatto delle politiche non sanitarie sulla salute ed i possibili indicatori**

G. Costa

**17,30 Chiusura dei lavori della seconda giornata**

**9,30 Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento**

coordinatore Linda Laura Sabbadini

**Differenze territoriali nel percorso della nascita e nella propensione all'allattamento**

G. Sebastiani, L. L. Sabbadini, L. Iannucci

**Medicalizzazione della gravidanza e del parto**

A. Spinelli

**Le risultanze delle indagini multiscopo a confronto con le conoscenze "evidence based" ed i protocolli internazionali**

G. Gori

**Interventi programmati**

**Emilio Imparato** ◊ Presidente Società Italiana Ostetricia e Ginecologia

**Mario Campogrande** ◊ Vicepresidente Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

**Francesco Tancredi** ◊ Presidente Società Italiana Pediatria

**Rita Roascio** ◊ Presidente Federazione del Collegio delle Ostetriche

**Prospettive di sviluppo dell'indagine sui temi della gravidanza, parto e allattamento**

L. L. Sabbadini

**12,00 Salute e diagnosi precoci: gli screening dei tumori femminili**

coordinatore **Nereo Segnan**

**I determinanti del ricorso allo screening dei tumori femminili**

N. Segnan, E. Mancini

**Il ricorso a pap-test e mammografia: tendenze in atto e profili socio-demografici**

E. Bologna, L. L. Sabbadini, A. Tinto

**L'attività di screening organizzata per il carcinoma della mammella**

A. Frigerio



**L'attività di screening organizzata per il cancro del collo dell'utero**

G. Ronco

**Il ruolo dell'Osservatorio sugli screening della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori**

M. Zappa

**Lo screening per i tumori femminili in Italia: un quadro di sintesi**

L. L. Sabbadini, N. Segnan

**14,00 Chiusura dei lavori**

**Viviana Egidi** ◊ Direttore Dipartimento Statistiche Sociali – Istat

# INFORMAZIONE STATISTICA E POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

*L. Biggeri*<sup>1</sup>

## **Premessa**

Sono ormai venti anni che, accanto ai tradizionali indicatori su mortalità e offerta dei servizi sanitari, la statistica ufficiale produce informazioni su stili di vita, condizioni di salute e utilizzo dei servizi sanitari attraverso le indagini campionarie condotte dall'Istat presso le famiglie. Questo per far fronte al crescente bisogno di informazione dei decisori pubblici per la progettazione delle politiche sanitarie a livello nazionale e regionale.

Negli anni le rilevazioni statistiche presso le famiglie si sono ampliate e arricchite di nuovi contenuti. Ne possiamo citare alcuni. Con l'indagine del 1990 si è rilevato per la prima volta il fenomeno della disabilità; con quella del 1994 sono stati introdotti i quesiti sulla prevenzione dei tumori femminili e sull'allattamento al seno; nel 2000 è stata inserita la sezione su gravidanza e parto e potenziata la parte sui servizi sanitari e di riabilitazione.

In particolare, l'indagine condotta nel 2000, svolta con il contributo del Fondo sanitario nazionale, ha rappresentato un vero e proprio salto di qualità. L'ampliamento del campione da 20 mila a 60 mila famiglie, ha consentito un migliore sfruttamento delle informazioni a livello locale. Nella progettazione dell'indagine si è sviluppata un'intensa collaborazione tra Istat, Ministero della salute, Istituto superiore di sanità, Ministero per le pari opportunità e Regioni. Il mio auspicio è che questa collaborazione perduri nel tempo. Con l'occasione, desidero ringraziare per

---

<sup>1</sup> Presidente dell'Istituto nazionale di statistica

l'impegno mostrato il Comitato scientifico, i coordinatori dei gruppi di lavoro, il Cisis e tutti coloro che in questi anni hanno lavorato con noi per migliorare la produzione di informazioni statistiche ufficiali.

I risultati dell'indagine sono già stati pubblicati in quattro volumi curati dall'Istat. Il convegno che si apre oggi, tuttavia, intende analizzare le informazioni disponibili ai fini della progettazione di adeguate politiche di prevenzione e di intervento in campo sanitario e non sanitario.

Moltissimi spunti sono emersi dai lavori che saranno presentati nel corso di queste tre giornate. Mi limiterò a sintetizzarne alcuni, rinviando alle specifiche sessioni del convegno per gli approfondimenti.

## **1. Stili di vita e salute**

Esistono ormai convincenti prove scientifiche che un'alimentazione scorretta, un'insufficiente attività fisica, l'obesità, l'abuso di alcool e il fumo costituiscono importanti fattori di rischio per molte gravi patologie. Il sistema di Indagini multiscopo dell'Istat contribuisce in modo rilevante ad analizzare i comportamenti della popolazione rispetto a questi fattori di rischio e ne costituisce la premessa per un indispensabile monitoraggio.

Sebbene i dati dell'Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari riguardino tutta la popolazione, la prima delle nostre sessioni si concentra sugli stili di vita dei più giovani. La disponibilità di informazioni su questa fascia di età è infatti fondamentale per la cosiddetta prevenzione pre-primaria, che si propone di contrastare i comportamenti dannosi ancor prima che essi si determinino e si consolidino nel corso degli anni.

Non sono pochi gli elementi interessanti che emergono dai dati. Cominciamo dall'attività fisico motoria. Un quarto della popolazione è sedentario, cioè non svolge alcun tipo di attività fisica. Questo fenomeno riguarda in particolar modo le donne e coloro che risiedono nel Sud del paese. Tra i bambini e gli adolescenti il dato è pari al 13,7 per cento e, se si considera che i giovanissimi che non svolgono attività fisica hanno anche una più elevata probabilità di eccesso ponderale, appare evidente perché monitorare questo aspetto degli stili di vita sia fondamentale per la prevenzione della sedentarietà.

Per quanto riguarda l'alimentazione, emerge una tendenza all'aumento del consumo di alimenti proteici (alcune carni, pesce, latte e derivati), e delle fonti di grassi (salumi, formaggi). Non si osserva un'analoga tendenza per i vegetali e la frutta, principali fonti di vitamine e fibra. Il consumo di quest'ultima è addirittura in diminuzione. Gli adolescenti (14-17 anni) mostrano una tendenza a modificare la dieta in senso "meno salutare". Tra le carni, sono i salumi a mostrare un trend crescente (e questo comportamento si riscontra anche per la classe di età 11-13 anni), nel contempo "pane, pasta, riso" e in principal modo i vegetali presentano un trend decisamente decrescente.

In generale, i dati sul consumo delle diverse tipologie di alimenti forniscono utili indicazioni per calibrare gli interventi di politica nutrizionale e per ideare idonee

campagne di sensibilizzazione verso comportamenti adeguati al mantenimento di un buono stato di salute. I messaggi più difficili da formulare sono quelli indirizzati agli adolescenti: in questo caso occorre trovare nuove strade che accrescano la motivazione nei confronti di stili alimentari più salutari.

Anche se l'Italia è il primo dei cinquantuno paesi afferenti alla regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità ad aver raggiunto nel periodo prefissato (1981-2000) l'obiettivo di una diminuzione del 25 per cento del consumo pro-capite di alcol, la prevenzione dell'abuso di bevande alcoliche deve ancora mantenersi come uno degli obiettivi primari. Quasi 3 milioni di uomini e 500 mila donne bevono più di mezzo litro di vino al giorno. Circa 400 mila dei 9 milioni di giovani eccedono nel consumo di alcolici. Negli anni, nonostante la riduzione sostanziale del consumo di alcol, i consumatori di bevande alcoliche in Italia sono aumentati ed è quindi cresciuto il numero di individui esposti ai possibili effetti dannosi (sociali e sanitari) collegati all'uso/abuso di bevande alcoliche. Se resta sostanzialmente stabile il numero di consumatori di vino, si verifica un incremento di individui che si orienta a consumare birra (sostituendola verosimilmente al vino). Anche tra i giovani è cresciuto il numero di consumatori di bevande alcoliche. Inoltre, il numero di consumatori di quantità superiori al 0,5 litro di vino o birra appare in aumento, in particolare tra le giovani donne. Infine, il consumo di alcol appare sempre più influenzato da un modello culturale europeo ispirato dall'internazionalizzazione dei consumi, che considera le bevande alcoliche non come parte integrante del pasto ma come elemento da consumare in contesti più legati al tempo libero. Un fenomeno questo con cui le azioni di intervento dovranno fare i conti.

L'Indagine multiscopo sulle famiglie indica che sono circa 16 milioni gli italiani in sovrappeso, oltre 4 milioni sono obesi e 1,8 milioni sono in condizioni di sottopeso. Dal 1994 al 1999-2000 le persone adulte obese in Italia sono aumentate del 25 per cento. È stato stimato, per la prima volta, che il 20 per cento di bambini e adolescenti è in sovrappeso, mentre la quota di giovanissimi obesi è di circa il 4 per cento. Tra gli adolescenti il fenomeno è complessivamente meno importante: il 13 per cento degli adolescenti, infatti, è in sovrappeso e soltanto l'1 per cento obeso. Sovrappeso e obesità sono generalmente più diffusi tra i maschi, tra le persone che non svolgono attività fisica e nel Sud del paese. In particolare, per i bambini e gli adolescenti residenti in questa area geografica i problemi di peso sembrano legati allo status sociale della famiglia. Di interesse appare anche il fatto che la presenza in famiglia di genitori obesi o in sovrappeso aumenta il rischio di eccesso ponderale dei bambini.

Tra i 50 milioni di italiani con 14 anni e più, si registrano 12 milioni di fumatori (32,2 per cento degli uomini e 18,2 per cento delle donne). Dal 1993 al periodo 1999-2000 si assiste ad un aumento delle fumatrici del 4,1 per cento e ad una diminuzione degli uomini che fumano del 7,7 per cento. La crescita della diffusione del fumo tra le donne è maggiore nel Sud e nelle Isole.

Particolarmente preoccupante è la crescente diffusione del tabagismo tra giovani e giovanissimi. Tale fenomeno riguarda ben il 22 per cento dei ragazzi tra i 14 e i 24 anni, con un aumento rispetto al 1993 dell'8,8 per cento che raggiunge il

33 per cento tra i 14 e 16 anni; nelle ragazze l'aumento è, rispettivamente, del 22,8 per cento e del 69,7 per cento. Le principali considerazioni che si possono trarre dai dati Istat e dalle altre fonti informative sono di vario tipo. Iniziare a fumare è frutto di un processo che non è riconducibile a un singolo fattore e in cui i membri della famiglia, gli amici e i compagni di scuola hanno un'influenza rilevante. I dati sembrano suggerire la necessità di orientare i programmi di prevenzione sulle fasce di età che precedono quella degli 11-17 anni, prima cioè che i modelli di comportamento siano consolidati, ma vanno anche ripensati una serie di interventi sui giovani dai 18 ai 24 anni, nonché sugli adulti fumatori per ottenere un impatto su patologie e morti associate al tabacco già nei prossimi anni.

Da sottolineare infine le significative associazioni tra i fattori di rischio e gli stili di vita dei componenti delle famiglie italiane. Nei giovani obesità, sedentarietà, alimentazione, fumo e alcool sono tutti associati allo stile di vita e alle abitudini dei genitori. Le politiche dovranno dunque essere indirizzate anche a responsabilizzare le figure adulte alla prevenzione dei comportamenti a rischio dei più giovani.

## **2. La valutazione delle politiche sanitarie**

Le riforme del Sistema sanitario nazionale avviate in Italia nell'ultimo decennio e le successive modifiche costituzionali, stanno progressivamente trasferendo le responsabilità dal livello centrale a quello regionale e, di conseguenza, stanno crescendo le differenze tra i Servizi sanitari regionali.

In questo contesto assume sempre maggiore importanza la tempestiva disponibilità di dati omogenei per tutte le regioni sui bisogni della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari per indirizzare e valutare le scelte programmatiche adottate dai decisori locali. A livello centrale permane, d'altra parte, la necessità di confrontare i vari Sistemi sanitari regionali in termini di efficacia, efficienza, equità, sostenibilità economica e gradimento da parte degli utenti e degli operatori.

I sistemi informativi disponibili coprono solo parzialmente le conoscenze necessarie sulla popolazione. L'indagine Istat può colmare alcune lacune, rendendo disponibili una vasta gamma di informazioni al dettaglio regionale, utili ad esempio per:

- descrivere le tipologie di erogazione delle prestazioni nelle varie regioni e stimare i livelli di consumo;
- studiare i determinanti individuali ed ambientali della spesa e quindi indirizzare manovre per il suo contenimento;
- valutare l'equità di accesso ai servizi sanitari regionali;
- connotare il profilo degli utilizzatori di servizi sanitari a pagamento privato e la loro distribuzione nel territorio;

- monitorare eventuali effetti, positivi o negativi, indotti dalle modifiche dell'assetto dei sistemi pubblici.

Dalla sessione del Convegno dedicata a questi aspetti mi limito a riportare solo alcuni degli spunti che sembrano particolarmente interessanti per l'indirizzo delle politiche di intervento.

Conoscere i determinanti del ricorso ai servizi sanitari è fondamentale al fine del contenimento della spesa sanitaria. La variabile che maggiormente spiega l'uso dei servizi è, come logica vuole, lo stato di salute che incide fortemente, con evidenti maggiori consumi per le patologie più gravi e complesse. Oltre allo stato di salute, la variabile che si evidenzia è quella dell'età, sia in quanto correlata ovviamente allo stato di salute, sia in quanto sottolinea una maggiore attenzione negli anziani per i problemi di salute. I risultati non sono affatto banali e possono essere di aiuto nella definizione dei criteri di ripartizione delle risorse tra le Regioni (il cosiddetto fondo di solidarietà). L'analisi condotta, infatti, suggerisce come non opportuno ridurre il peso del criterio legato alla struttura demografica della popolazione che, eventualmente, potrebbe invece affiancarsi a un criterio legato alla prevalenza delle malattie croniche.

La condizione economica invece non appare aver particolare rilievo nell'accesso ai servizi sanitari. Analisi più approfondite per singole prestazioni sanitarie evidenziano però che le prestazioni a bassa tecnologia, a parità di età e di condizioni di salute, sono consumate maggiormente da coloro che hanno condizioni economiche sfavorevoli, mentre quelle ad alta tecnologia sono consumate dai più benestanti. Queste prime analisi sembrerebbero evidenziare l'esistenza di un sistema con equità d'accesso quantitativa ma non qualitativa; le classi più elevate hanno probabilmente una maggior contrattualità e maggiori conoscenze che permettono loro di ottenere le prestazioni "migliori" o comunque tecnologicamente più avanzate, anche se non necessariamente più appropriate.

Un ulteriore elemento interessante che merita di essere approfondito è che l'assistenza erogata dalle regioni è molto variabile a tutt'oggi anche se il sistema ha regole e finanziamenti unici e nazionali. L'indagine permette di considerare i tassi di utilizzo di molte prestazioni per le quali non si hanno stime adeguate da altre fonti. La differenza tra regioni evidenziata da un indice sintetico di ricorso ai servizi, standardizzato per età e sesso sulla popolazione italiana, mostra un'alta variabilità, ma se si considerano i singoli servizi sanitari emergono specificità interessanti che necessitano di un approfondimento e possono aiutare nella progettazione delle politiche regionali oltre che nazionali. Per limitarci ad un solo esempio, al sud si ricorre di più all'ospedalizzazione e meno alle visite mediche. Spicca il 35 per cento della popolazione dell'Emilia Romagna che svolge almeno una visita medica nel mese contro il 23 per cento della Campania. Inoltre nell'Italia meridionale meno soggetti fruiscono di almeno una visita nell'arco di un mese, ma il numero medio di visite pro-capite dei soggetti visitati è più alto. Basta pensare all'1,9 della Calabria contro l'1,6 dell'Emilia Romagna.

Utilizzando molte delle informazioni disponibili relative al ricorso ai diversi servizi sanitari il gruppo che si è interessato di questi aspetti ha cercato di individuare l'esistenza di modelli di assistenza delle diverse regioni. Le analisi hanno riguardato

la concentrazione delle prestazioni, l'associazione tra i diversi ricorsi, e infine un tentativo di clusterizzare le regioni a seconda dei diversi comportamenti. L'esame delle caratteristiche di ciascun gruppo ha mostrato che l'erogazione dell'assistenza non si differenzia solo per intensità e concentrazione, ma anche per diverse composizioni delle prestazioni.

È interessante sottolineare che a parte la Sardegna, i gruppi di regioni sono risultati tutti composti da regioni tra di loro confinanti, così evidenziando una geografia della sanità determinata più da fattori di legame storico, culturale ed economico che non da elementi politico-amministrativi.

### **3. Le politiche non sanitarie per la promozione della salute**

La necessità di includere la salute tra le priorità delle politiche di intervento su cui si misurano le scelte di priorità e di intervento non è ancora molto avvertita nella nostra società, quasi che la salute sia solo una questione dei medici e degli ospedali; invece gran parte delle variazioni di salute nella popolazione è dovuta a determinanti che hanno poco a che fare col sistema sanitario e molto a che fare con le condizioni di vita e di lavoro, quelle ambientali e fisiche, quelle sociali, e con le risorse e le opportunità che le storie di vita offrono alle persone e ai gruppi sociali.

Da poco tempo anche le politiche non sanitarie, quelle del lavoro e dell'assistenza, quelle dell'ambiente e del territorio, quelle di sostegno al reddito e di prevenzione della povertà si stanno rivolgendo al criterio salute per valutare in modo più pieno gli effetti dei loro interventi in termini di benessere e sviluppo delle persone e delle comunità: vanno in questa direzione i primi atti dei nuclei di valutazione dei principali centri di investimento ministeriali, e il programma del Ministero della salute per l'assistenza tecnica agli osservatori epidemiologici delle regioni interessate dai progetti ex obiettivo 1 dei fondi strutturali europei rappresenta il più concreto esempio di questo sviluppo.

Il bilancio dell'indagine sulla salute per quanto riguarda un possibile utilizzo delle informazioni per le politiche non sanitarie sembra piuttosto lusinghiero.

Non tutte le politiche potenzialmente interessate ai dati di salute trovano adeguata risposta nello strumento dell'indagine campionaria nazionale, sia per problemi di dimensione campionaria inadeguata alla piccola taglia dei gruppi di popolazione che sono il bersaglio di queste politiche, sia per l'eccessiva specificità dei problemi di salute su cui ci si aspetta un effetto.

L'indagine sulla salute si presta ad accompagnare con dati sulla salute alcuni fenomeni che sono particolarmente in evidenza nell'agenda delle politiche non sanitarie.

Consideriamo per esempio le politiche che hanno l'obiettivo della redistribuzione di risorse e di opportunità alle persone e alle aree più svantaggiate. L'indagine conferma che le persone che godono di una posizione sociale privilegiata, che hanno un titolo di studio elevato, un lavoro di prestigio e ben remunerato godono di un migliore stato di salute, si ammalano di meno, soffrono minori disabilità, sanno proteggere meglio la propria salute di coloro che occupano nella società una posizione

cui competono meno privilegi. Il fatto è comune a molte società occidentali evolute. L'indagine evidenzia anche uno svantaggio del Sud rispetto alle condizioni di salute, agli stili di vita, alla disabilità. Si poteva pensare che questo profilo sfavorevole del meridione fosse da attribuire al fatto che nel sud la popolazione è più spesso disoccupata, meno istruita, più povera. Il fatto più innovativo che emerge dall'indagine è che l'effetto sfavorevole sulla salute della bassa posizione sociale è molto più intenso nel Sud che nelle altre zone del paese. I poveri del Sud si trovano in condizioni di salute peggiori dei poveri del Nord. L'indagine non è in grado di capire il perché ciò accada. Il principale messaggio che i risultati sulle differenze geografiche e sociali nella salute offrono alle politiche redistributive è che, se si considera il livello di salute come un prerequisito per il benessere delle persone e per lo sviluppo dei gruppi e delle comunità, allora occorre investire per ridurre quelle differenze sociali nella salute che nascono dagli svantaggi relativi nella dotazione di risorse materiali, culturali e relazionali che interessano l'intera popolazione italiana. Tali risultati possono essere utili anche in termini territoriali per la scelta delle priorità su cui orientarsi.

Utili elementi emergono dall'analisi dei dati in relazione ai gruppi di popolazione a maggiore vulnerabilità per la povertà e la salute. Di particolare criticità risulta la situazione dei minori che vivono in famiglie monogenitoriali, soprattutto se prive di reddito da lavoro, bambini che presentano indizi prematuri di compromissione della salute e un avviamento precoce alle abitudini di vita rischiose per la salute adulta.

Un secondo esempio di risultati utili per le politiche non sanitarie interessa il lavoro e la previdenza. Per la prima volta è possibile osservare le differenze professionali nella speranza di salute elaborate con i dati dell'indagine: cioè l'indagine sulla salute consente di combinare insieme le differenze nell'aspettativa di vita e quelle nella prevalenza di condizioni di salute compromessa; in questo modo si dimostrano sensibili differenze tra le diverse storie professionali. Le cause di queste differenze non sono univocamente attribuibili a specifiche condizioni di lavoro di per sé, ma gettano le loro radici in tutte le fasi della storia di vita delle persone, ognuna delle quali dà un contributo di fattori di rischio per la salute: fattori di rischio ambientali dentro e fuori dall'ambiente di lavoro (fattori sia fisici e sia psico-sociali) e stili di vita rischiosi (anche se assunti con un grado di libertà più o meno vigilata) e meccanismi di mobilità sociale condizionati dallo stato di salute.

Molte di queste cause sono contrastabili con opportuni interventi sulle condizioni e sull'organizzazione del lavoro (prevenzione ambientale, ergonomia del posto di lavoro, stili d'impresa che riducono lo stress, programmi di promozione di stili di vita sani nei luoghi di lavoro) e rimandano alle politiche sulle condizioni di lavoro. Alcune di queste differenze non possono essere evitate, o per intrinseca non modificabilità del lavoro o per non fattibilità nel contesto storico dato (è il caso dei lavori usuranti): in queste situazioni la leva di manovra della politica previdenziale può compensare con uno scambio tra anticipazione del tempo di riposo e tempo di lavoro quello che la storia professionale ha eroso in termini di speranza di vita.

Il tema della revisione dell'età pensionabile continua ad essere un argomento cruciale nell'agenda delle riforme del nostro paese; nel passato il legislatore aveva già



tenuto conto delle disuguaglianze appena citate, introducendo uno sconto generalizzato di un anno sull'innalzamento dell'anzianità pensionabile per le professioni manuali, e disciplinando la materia delle specifiche professioni usuranti con anticipazione dell'anzianità e dell'età pensionabile proporzionali alla durata della carriera usurante. Le differenze nella speranza di salute osservate con l'indagine confermano l'esistenza di differenze consistenti tra le diverse carriere professionali, differenze che potrebbero porre la possibilità a livello politico di tener conto di una maggiore flessibilità nell'età pensionabile, per consentire alle carriere più sfortunate di anticipare l'età pensionabile.

Inoltre, in tema di interventi sulle condizioni di lavoro, risulta dai dati dell'indagine che alcune professioni presentano un prematuro deterioramento delle principali capacità professionali e degli indicatori di salute, fatto che suggerisce la necessità sia di politiche di prevenzione del disagio ergonomico e organizzativo nei posti di lavoro (un posto di lavoro e un'organizzazione del lavoro disegnati per lavoratori giovani e da adattare alle caratteristiche funzionali dei lavoratori che invecchiano), sia di politiche di prevenzione e promozione della salute dei lavoratori (il ruolo dell'esercizio fisico, soprattutto) per il mantenimento delle capacità funzionali dei lavoratori, sia di politiche di mobilità che offrano alternative occupazionali adeguate alle capacità residue di professioni particolarmente usurate.

#### **4. Prevenzione dei tumori femminili, gravidanza e parto**

Infine, devo ricordare i temi affrontati nelle nostre ultime sessioni: la prevenzione dei tumori femminili e aspetti relativi a gravidanza e parto.

La tradizionale attenzione delle donne alla prevenzione accanto ai programmi di screening dei tumori femminili che, negli ultimi anni, sono stati realizzati in varie zone del paese hanno favorito un crescente ricorso all'attività di prevenzione tramite pap test e mammografia. Nel 1999-2000 quasi il 70 per cento delle donne di 25-64 anni ha dichiarato di aver effettuato almeno una volta nella vita un pap test in assenza di disturbi o sintomi, con un incremento complessivo del 15 per cento rispetto al 1994. La copertura per lo screening mammografico tra le donne di 50-69 anni è invece più bassa (58 per cento), ma è più elevato l'incremento rispetto al 1994 (33 per cento).

Sia per il pap-test che per la mammografia l'aumento, rispetto al 1994, è particolarmente elevato nei gruppi che presentavano tassi di copertura più bassi, vale a dire nel Sud e nelle Isole e tra le donne più anziane.

Il divario Nord-Sud si assottiglia ma non sparisce: nel 1999-2000 nel Sud oltre il 60 per cento delle donne di 50-69 anni non si era mai sottoposto ad uno screening mammografico e poco meno del 50 per cento delle donne di 25-64 anni non aveva mai effettuato un pap-test per controllo.

Nel Sud le donne oltre a fare meno il pap-test, iniziano a farlo più tardi. Emergono segmenti di giovani del Sud ancora non raggiunte dalla prevenzione. Anche il livello di istruzione e la condizione occupazionale condizionano il ricorso al

pap-test e alla mammografia: la percentuale di utilizzo cresce, infatti, all'aumentare del titolo di studio ed è più alta per le occupate.

Particolare rilevanza assume la tendenza a sottoporsi più volte agli screening tramite pap-test e mammografia e la periodicità con la quale tali controlli sono effettuati. Tra le donne di 25-64 anni che hanno eseguito un pap-test in assenza di disturbi o sintomi, ben il 55 per cento ha effettuato l'esame diagnostico più di una volta nella vita. Le donne che fanno i controlli tendono a farli però più frequentemente rispetto alle indicazioni del Psn. Nelle regioni in cui esistono già dei programmi di screening operativi (come ad esempio in Emilia-Romagna, Toscana, Piemonte, Veneto, provincia autonoma di Trento e Valle d'Aosta) più spesso che altrove, si effettuano i controlli con una periodicità di due o tre anni così come raccomandato dalle linee guida.

Le criticità per le politiche sono dunque evidenti dai dati rilevati dall'indagine.

Anche se la quota complessiva del numero di test mammografici e citologici eseguiti nella popolazione italiana, sembra indicare un buon tasso di copertura soprattutto al Nord, emerge tuttavia la necessità di far crescere la pratica dei controlli preventivi in alcuni segmenti particolari di donne (nel Sud e nelle Isole, tra le anziane e le meno istruite) e di spingere sulla necessità della regolare periodicità dei controlli, evitando ripetizioni inutili, se non dannose, e conseguentemente aggravii della spesa sanitaria. La distribuzione dei test per età, frequenza ed area geografica, mostra infatti come ancora oggi una larga arte dei controlli sia affidata alla iniziativa di medici e ginecologi al di fuori di protocolli condivisi.

Al fine di monitorare lo sviluppo delle politiche di screening, appare opportuno dare continuità all'indagine Istat, integrandole con la rilevazione di informazioni su altri aspetti che sono risultati rilevanti: i motivi per cui vengono effettuati i controlli, la data di esecuzione dell'ultimo test, l'accesso o meno per invito ad un programma organizzato, eccetera.

I dati rilevati attraverso i programmi di *screening* non colgono infatti tutta l'attività di prevenzione che si sviluppa nel paese all'interno della quale quella spontanea non organizzata assume un ruolo di grande importanza per avere il polso della situazione complessiva.

Passando ad analizzare gli aspetti relativi a gravidanza e parto va detto che in Italia, fino ad oggi, sono stati condotti pochi studi a livello nazionale volti a valutare l'assistenza in gravidanza e al parto. Inoltre, negli ultimi anni, anche la tradizionale rilevazione delle nascite condotta dall'Istat ha subito un'interruzione per motivi non legati alla nostra volontà ed è ancora in fase di sperimentazione la nuova rilevazione con i certificati di assistenza al parto. Le informazioni raccolte con l'Indagine multiscope rappresentano quindi un utile supporto conoscitivo per tutti coloro che si occupano di assistenza alla nascita nel nostro paese.

La gravidanza è vissuta senza disturbi di rilievo dal 71,5 per cento delle donne che hanno avuto figli negli ultimi cinque anni.

I risultati evidenziano alcune criticità per le politiche comuni a tutto il territorio, quali l'eccessiva medicalizzazione della gravidanza e del parto, altre più legate a particolari zone del paese come la partecipazione delle donne a corsi di

preparazione al parto, il coinvolgimento maschile al momento del parto, la disponibilità delle strutture ad accogliere tali richieste, l'allattamento al seno.

Un utile indicatore dell'eccesso di medicalizzazione in gravidanza è il numero di ecografie effettuate durante la gestazione. A fronte delle tre ecografie raccomandate dal protocollo nazionale di assistenza alla gravidanza, il numero mediano di ecografie è pari a cinque, e ben il 24 per cento delle donne ha eseguito sette o più esami ecografici in gravidanza. A conferma di un diffuso sovrautilizzo delle prestazioni diagnostiche, per le donne con gravidanze a rischio si osserva un numero medio di ecografie di poco superiore a quello rilevato per le donne senza disturbi in gravidanza: 5,9 per chi ha avuto minacce d'aborto e 6,2 per chi ha sofferto di gestosi rispetto a un 4,8 per le donne senza alcun disturbo.

L'eccessiva medicalizzazione del parto emerge dalla crescita del ricorso al taglio cesareo che è passato, secondo quanto risulta dalla rilevazione Istat sulle nascite, dall'11,2 per cento del 1980 al 29,8 per cento del 1997 con una collocazione dell'Italia ben al di sopra delle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità del 10-15 per cento.

Il ricorso al taglio cesareo, presenta, secondo i dati dell'indagine multiscopo, una differenziazione territoriale molto forte: dal 38,8 per cento della Campania al 15,5 per cento della provincia di Bolzano.

Si osservano più cesarei nelle strutture private e accreditate, ma il dato del pubblico è comunque alto e superiore alle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (28,5 per cento). E' molto indicativo anche il fatto che i livelli di cesareo non sono alti soltanto per le donne che partoriscono in età avanzata, ma anche per le giovani che non hanno avuto disturbi in gravidanza (26 per cento).

Si osservano forti differenze territoriali anche per la partecipazione a corsi di preparazione al parto, che rappresentano un utile strumento per aumentare la consapevolezza delle donne e che risultano associati ad una riduzione di esiti negativi per la salute della madre e del bambino. Quasi un terzo delle donne del Sud che non hanno partecipato ai corsi dichiara come motivazione la mancanza di servizi disponibili.

Il padre è presente nel momento del travaglio o del parto nella quasi totalità dei casi nel Nord-Ovest, mentre nemmeno un terzo delle donne residenti nel Sud l'ha avuto vicino durante la nascita. Complessivamente un quarto delle donne non ha avuto nessuno vicino al momento del travaglio o del parto e tale quota sale al 37,4 per cento nelle Isole. Anche in questo caso ciò è avvenuto per imposizione della struttura sanitaria.

L'allattamento al seno è in crescita e coinvolge l'81 per cento delle donne.

Allattano di più le donne con titolo di studio più alto e quelle che lavorano. Anche per l'allattamento si osserva una forte variabilità sul territorio. In Sicilia (60,5 per cento), Liguria (72 per cento) e Calabria (73,4 per cento) si allatta molto meno che nel resto del paese. In queste regioni ed in Puglia è bassa anche la quota di donne che ha un periodo di allattamento esclusivo al seno.

Inoltre nelle regioni dove si rilevavano percentuali più basse di allattamento al seno, cresce la quota di donne che allattano per un breve periodo mentre nelle

regioni dove, nel 1994, risultava più diffusa la pratica dell'allattamento, aumentano in modo prevalente le donne che allattano i loro bambini per un periodo più prolungato.

È evidente che l'indagine fornisce importante materiale di base su cui riflettere per le politiche nazionali e regionali. In particolare sarà necessario tener conto di tre questioni fondamentali: come superare il problema della medicalizzazione della gravidanza e del parto, come garantire uguali opportunità di accesso ai corsi di preparazione al parto e di coinvolgimento del partner al momento del parto nelle differenti zone del paese, come far sì che l'allattamento al seno si sviluppi in modo armonioso in tutte le regioni del paese.

### **Conclusioni**

Differenze di genere, sociali, territoriali caratterizzano gli stili di vita, le condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari. Queste verranno analizzate nei prossimi due giorni con grande attenzione e con l'obiettivo di migliorare la produzione della statistica ufficiale. La prossima indagine del 2004 si arricchirà di questo prezioso lavoro, attraverso la maggiore taratura di alcuni quesiti, l'inserimento di nuove informazioni ed eliminazione di altre di minore interesse. Alcuni degli interventi previsti all'interno delle diverse sessioni conterranno proposte in questo senso, che valuteremo attentamente.

Ritengo che il modo di lavorare adottato per questa indagine da Istat, Ministero della salute, Istituto superiore di sanità e Regioni, dalla fase di progettazione all'analisi dei dati, rappresenta un capitale importante che non deve essere disperso. Mi auguro che questo modo di lavorare si mantenga anche in futuro. Sono convinto che quanto più si sviluppano sinergie di questo tipo, tanto più le informazioni prodotte sono utili per le politiche di intervento e, quindi, per il nostro paese nel suo complesso.



# STILI DI VITA, PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

---

Coordinatore: *G. Farchi* - Istituto superiore di sanità

---



## I DETERMINANTI DELLA SALUTE: POSSIBILITÀ DI INTEGRAZIONE DELLE FONTI

*G. Farchi*<sup>1</sup>

### **Premessa**

Sin dal diciassettesimo secolo le statistiche sulla salute sono state utilizzate per affrontare i problemi di salute pubblica, si è tentato di descrivere gli andamenti e la distribuzione delle malattie e ci si è sforzati di identificare i loro determinanti al fine di modificarli.

Dal 1993, entrata in vigore del Trattato di Maastricht, le politiche sanitarie sono diventate parte delle politiche dell'Unione europea. Sino ad allora mancava infatti alla sanità pubblica una cornice istituzionale appropriata.

Dal 1 maggio 1999, data di entrata in vigore del Trattato di Amsterdam, l'articolo 129 è stato modificato nel testo originario in risposta alle rapide modificazioni e alle rinnovate esigenze intervenute nel corso degli ultimi anni in ambito europeo. Il testo attualmente in vigore recita:

“Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità è garantito un livello elevato di protezione della salute umana. L'azione della Comunità, che completa le politiche nazionali, si indirizza al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute umana. Tale azione comprende la lotta contro i grandi flagelli, favorendo la ricerca sulle loro cause, la loro propagazione e la loro prevenzione, nonché l'informazione e l'educazione in materia sanitaria. La Comunità completa l'azione degli

---

<sup>1</sup> Laboratorio di epidemiologia e biostatistica - Istituto superiore di sanità



Stati membri volta a ridurre gli effetti nocivi per la salute umana derivanti dall'uso di stupefacenti, comprese l'informazione e la prevenzione”.

“La Comunità incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri nei settori di cui al presente articolo e, ove necessario, appoggia la loro azione. Gli Stati membri coordinano tra loro, in collegamento con la Commissione, le rispettive politiche ed i rispettivi programmi nei settori sopra indicati. La Commissione può prendere, in stretto contatto con gli Stati membri, ogni iniziativa utile a promuovere detto coordinamento”.

Promozione della salute e prevenzione delle malattie, obiettivo comune dell'Unione europea e dei singoli stati che la compongono, significa individuare le principali fonti di rischio per la salute umana e quindi agire sui determinanti di salute che, sulla base dell'evidenza scientifica, sono l'origine e la causa di tali rischi. Tra questi determinanti hanno un peso considerevole gli stili di vita.

Esistono ormai prove scientifiche forti e convincenti che una alimentazione sbagliata, il fumo, l'abuso di alcol ed una insufficiente attività fisica costituiscono fattori di rischio causali per numerose malattie quali, ad esempio, la malattia coronarica, gli accidenti cerebrovascolari, varie forme di cancro, il diabete di tipo 2, l'ipertensione, l'obesità, l'osteoporosi, le carie dentali, e per molte altre patologie. Una dieta salubre e l'attività fisica riducono il rischio di malattie mortali influenzando i lipidi del sangue, la pressione arteriosa, la trombosi, il peso corporeo, la tolleranza al glucosio, l'insulino-resistenza, ed altri cambiamenti metabolici. L'attività fisica riduce inoltre lo stress, l'ansia e la depressione. Il consumo di frutta e vegetali, la quantità e la qualità dei grassi assunti, il consumo di sale sono gli elementi più importanti di una dieta volta a prevenire sia le malattie cardio e cerebro vascolari che i tumori. Il mantenimento di un peso normale ed una adeguata attività fisica durante tutta la vita costituiscono i modi più efficaci per prevenire il diabete e molte altre malattie croniche.

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio per molte patologie tumorali, cardiovascolari e dell'apparato respiratorio. L'Oms definisce il fumo di tabacco il principale fattore di rischio evitabile di morte precoce. È stato calcolato che negli anni novanta almeno 3 milioni di morti all'anno nel mondo siano da ricondurre al fumo di tabacco per tumori, malattie dell'apparato respiratorio e cardio-vascolare.

Anche l'alcol ha assunto una autonoma rilevanza soprattutto alla luce della crescente evidenza delle conseguenze che una impropria valutazione del rischio, collegato all'uso inadeguato di bevande alcoliche, possa trasformare la relativa inesperienza dei consumatori, i giovani in particolare, in un grave pericolo per la salute individuale e collettiva.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità valuta per tutti paesi del mondo il peso complessivo delle malattie (Burden of diseases-Bod) sia in termini di mortalità attribuibile che di Daly (Disability adjusted life years). I Daly sono calcolati sommando gli anni di vita perduti per morte prematura agli anni vissuti in condizioni di disabilità. Stima inoltre quale percentuale di questo carico di malattie è attribuibile ad alcuni dei determinanti di salute. Nel Prospetto 1 si riportano tali percentuali stimate per la Sub-regione Euro-A dell'Oms. Essa è composta da tutti i paesi della

attuale Unione europea, da alcuni dei paesi che vi faranno parte e da altri paesi che condividono con i precedenti lo stato socio-sanitario.

**Prospetto 1 - Daly attribuibile ad alcuni dei determinanti di salute nella sub-regione europea EURO-A (a) dell'Oms per sesso e per determinante di salute (composizione percentuale)**

Determinanti di salute	Daly	
	Uomini	Donne
Fumo di tabacco	17,1	6,2
Consumo di alcool	14,0	3,3
Soprappeso	6,9	8,1
Sottopeso	0,4	0,4
Basso consumo di frutta e verdura	4,3	3,4
Inattività fisica	3,3	3,2

(a) Euro-A: Andorra, Austria, Belgio, Croazia, Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Francia, Gran Bretagna, Germania, Grecia, Islanda, Irlanda, Israele, Italia, Lussemburgo, Malta, Monaco, Olanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera.

Fonte: WHO, The World Health Report 2002

Complessivamente i determinanti considerati nel Prospetto 1 spiegano quasi il 50 per cento del Bod negli uomini e quasi il 25 per cento nelle donne.

Il numero di decessi, il numero di anni di vita perduti ed il numero di anni vissuti in condizioni di disabilità attribuibili a stili di vita errati e dannosi per la salute è enorme nel mondo ed in Europa. In anni recenti la visione d'assieme di questi comportamenti ci mostra in media delle variazioni nella giusta direzione ma anche andamenti negativi per certi fattori ed in sottogruppi di popolazione. L'obesità appare in aumento nell'insieme della popolazione e nei giovani, i giovani e le donne mostrano andamenti negativi per il fumo di tabacco, le classi economiche più disagiate continuano ad essere esposte al fumo, all'alcool, alla sedentarietà, ad una alimentazione errata.

Una politica comunitaria e nazionale per la promozione di stili di vita salutari non deve accontentarsi di contemplare i successi conseguiti nei decenni recenti ma studiare le cause degli insuccessi, mettere a punto nuove strategie e moltiplicare gli sforzi per invertire alcuni andamenti.

Naturalmente per definire, attuare e monitorare politiche per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie è necessario conoscere la distribuzione dei determinanti di salute nella popolazione generale ed in particolari sottogruppi.

Il sistema di Indagini multiscopo dell'Istat, integrato con i dati e gli indicatori derivati da altre indagini, permette di sorvegliare gli andamenti degli stili di vita e di alcuni fattori di rischio.

La presente analisi e le specifiche relazioni che seguono, pur descrivendo l'insieme della popolazione italiana, sono mirate in particolare alle età giovanili nelle quali iniziano stili di vita dannosi per la salute e attestano l'importanza della prevenzione pre-primaria che si propone di contrastare gli stili dannosi prima che essi si instaurino.

## 1. I dati

### 1.1 *L'eccesso di peso*

L'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - 1999-2000* ci attesta che circa 16 milioni di italiani sono in sovrappeso, che oltre 4 milioni sono obesi, che 1,8 milioni sono in condizioni di sottopeso. Dal 1994 al 1999 le persone adulte obese in Italia sono aumentate del 25 per cento. La quota di bambini e adolescenti in sovrappeso è pari a circa il 20 per cento, mentre è del 4 per cento circa la quota di obesi. Il fenomeno è prevalente tra i 6 e i 13 anni dove la percentuale dei soggetti in sovrappeso sale al 25 per cento mentre gli obesi superano il 5 per cento. Tra gli adolescenti il fenomeno complessivamente si dimezza: il 13 per cento circa degli adolescenti, infatti, è in sovrappeso e l'1 per cento obeso.

Il fenomeno è generalmente più diffuso tra i maschi. I bambini e gli adolescenti del sud del Paese presentano più spesso un eccesso ponderale: il 29 per cento contro una quota pari al 19 per cento circa nell'Italia settentrionale.

Fra quanti non praticano attività fisico-motoria (il 31,4 per cento della popolazione di 18 anni e più) il 6,6 per cento svolge comunque un'attività lavorativa o domestica caratterizzata da notevole impegno fisico, al punto di sudare per la maggior parte del tempo. Ciò significa che un quarto della popolazione adulta (25,1 per cento) ha uno stile di vita caratterizzato da sedentarietà, in quanto svolge solo attività domestiche o lavorative con impegno fisico modesto (13,6 per cento) o scarso (11,2 per cento). Le donne più degli uomini dichiarano di non praticare alcun tipo di attività fisico-motoria regolare ma sono impegnate in misura maggiore in attività domestiche o lavorative che richiedono uno sforzo intenso (7,6 per cento contro il 5,4 per cento degli uomini). È soprattutto nel Mezzogiorno che si rileva la presenza di persone sedentarie.

I bambini e gli adolescenti che non praticano alcuna attività fisico-sportiva hanno una probabilità maggiore di eccesso ponderale (+28,4 per cento).

### 1.2 *Abitudini alimentari*

Per quanto riguarda l'alimentazione i dati, seppure insufficienti, sembrano fornire qualche utile indicazione, ma un miglioramento della struttura del questionario, o meglio ancora, una integrazione con una indagine quantitativa, ed anche motivazionale, renderebbe più solida la base informativa per valutare l'opportunità di interventi di politica nutrizionale e per calibrare i contenuti da diffondere quando si identificano comportamenti che devono essere modificati per il mantenimento di un buono stato di salute.

Negli ultimi anni si osserva una tendenza all'aumento dei consumi di alimenti proteici (alcune carni, pesce, latte e derivati), ma anche delle fonti di grassi (salumi, formaggi) e non si osserva un'analogia tendenza per i vegetali e la frutta (quest'ultima addirittura mostra una tendenza ad essere meno consumata), cioè delle fonti di vitamine e fibra. I carboidrati, rappresentati in questa analisi da "pane, pasta, riso",

ossia alimenti che fanno parte del modello alimentare tradizionale italiano, risultano nel complesso diffondersi con una frequenza moderata. Tuttavia, questo non fa ben sperare per il recupero della quota di carboidrati che dovrebbero essere assunti con la dieta e che attualmente sono intorno all'84 per cento del fabbisogno medio giornaliero di una dieta ben equilibrata.

Per quanto riguarda i giovani, gli indicatori che si possono trarre dai dati usati, mettono in evidenza che gli adolescenti (fascia di età 14-17 anni) presentano una tendenza a variare la dieta in senso "meno salutare". Tra le carni, sono i salumi a mostrare un trend crescente (vero anche per la classe 11-13 anni), mentre contemporaneamente "pane, pasta, riso" e, soprattutto, i vegetali presentano un trend decisamente decrescente. I messaggi da inviare a questo specifico target di popolazione non sono probabilmente facili da formulare, poiché la particolare fase di crescita richiede probabilmente una maggiore attenzione alle motivazioni e agli atteggiamenti verso l'alimentazione.

### *1.3 Abitudine al fumo*

Tra i 50 milioni di italiani con più di 14 anni vi sono 12 milioni di fumatori (32,2 per cento degli uomini e 18,2 per cento delle donne). Dal 1993 al 1999 vi è stato un aumento delle fumatrici donne del 4,1 per cento ed una diminuzione dei fumatori del 7,7 per cento. Per quanto riguarda la scomposizione geografica, in tutte le regioni Italiane c'è una diminuzione dei fumatori uomini, per le donne solo nel Nord-Est c'è una diminuzione (- 3,9 per cento) mentre in tutte le altre aree c'è un aumento che è maggiore nel Sud e nelle Isole.

Oltre il 22 per cento dei giovani tra 14 e 24 anni ha l'abitudine di fumare. Particolarmente preoccupante è l'aumento del tabagismo nei giovani e giovanissimi. Tra i ragazzi si ha un aumento del 8,8 per cento nella classe 14-24 anni che raggiunge il 33 per cento tra i 14 e 16 anni; nelle ragazze l'aumento è rispettivamente del 22,8 per cento e del 69,7 per cento.

Sono più di 12 milioni i fumatori passivi in famiglia. Oltre 4 milioni sono bambini e tra questi 1 milione e mezzo hanno meno di 6 anni.

### *1.4 Il consumo di bevande alcoliche*

Anche se l'Italia è il primo dei 51 Paesi afferenti alla regione europea del Who ad aver raggiunto l'obiettivo di una diminuzione del 25 per cento del consumo pro-capite di alcol nel periodo prefissato 1981-2000 la prevenzione dell'abuso di bevande alcoliche va tuttora perseguita. Quasi 3 milioni di uomini e 500 mila donne bevono più di mezzo litro di vino al giorno. Circa 400 mila dei 9 milioni di giovani eccedono nel consumo di alcolici. La probabilità di provocare incidenti mentre si guida aumenta di 5 volte per livelli di alcol nel sangue di 0,5 grammi per litro.

Nonostante la riduzione sostanziale del consumo di alcol si nota che:

- il numero di consumatori di bevande alcoliche in Italia è aumentato; è aumentato, di conseguenza, il numero di individui esposti ai possibili effetti dannosi, sociali e sanitari, collegati all'uso/abuso di bevande alcoliche;
- è incrementato il numero di consumatori di bevande alcoliche tra i giovani;
- ad una sostanziale stabilità nel numero di consumatori di vino si affianca un emergente incremento di individui che si orienta a consumare la birra (verosimilmente a sostituirla al consumo di vino);
- le modalità di consumo di tali bevande sembra essere differenziato per età; il numero di consumatori di quantità superiori ai 0,5 litri di vino o birra appare incrementato in particolare per i giovani specie se di sesso femminile;
- il consumo di alcol appare sempre più orientato verso un modello culturale che considera le bevande alcoliche non come parte integrante del pasto ma, in accordo ad una internazionalizzazione dei consumi in atto a livello europeo, come elemento separato da consumare, verosimilmente, in contesti non più legati alla tradizione mediterranea.

### *1.5 La prevenzione delle malattie infettive*

Nonostante negli anni novanta siano stati compiuti in Italia molti progressi in tema di prevenzione vaccinale, nel nostro paese alcune delle vaccinazioni raccomandate sono ancora scarsamente praticate. In particolare, la percentuale di bambini vaccinati contro il morbillo è insufficiente a controllare la malattia e mostra grandi differenze tra regioni. Per questo continuano a verificarsi epidemie di vaste dimensioni che colpiscono soprattutto le Regioni del sud; a questo proposito basta ricordare come all'inizio dell'estate 2002 vi sia stata in Campania un'epidemia che finora ha causato oltre 20 mila casi, quattrocento ricoveri, 14 encefaliti e 3 decessi. È chiaro quindi che la nazione deve affrontare un ulteriore e decisivo sforzo per garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti sia dal Piano sanitario nazionale che dai Lea (Livelli essenziali di assistenza). L'Indagine sulle condizioni di salute 1999-2000 ha incluso una sezione sulle vaccinazioni raccomandate (anti-morbillo, rosolia, parotite, pertosse ed anti-Hib) nei bambini di età inferiore a 14 anni, basata su quanto riportato dai genitori o da un adulto della famiglia. In generale, i risultati appaiono coerenti con quanto atteso: la proporzione di vaccinati è maggiore nelle coorti di nascita più recenti, e nel Nord rispetto al Centro-Sud.

Per loro natura, le indagini di tipo His (Health interview survey) quale l'indagine in esame, riportano quanto dichiarato dagli intervistati, piuttosto che un dato obiettivo. Per le vaccinazioni, potrebbe quindi essere utilizzata a complemento di quanto rilevato routinariamente dalle Regioni, per migliorare il livello di conoscenza ed attitudini da parte delle famiglie, ad esempio ottenendo informazioni sui motivi di mancata vaccinazione. Per quanto riguarda l'interpretazione delle stime di copertura vaccinale, va invece tenuto presente che la rilevazione basata solo sul ricordo costituisce una possibile fonte di distorsione. Ad esempio, dai risultati emerge che la vaccinazione anti-Hib è stata effettuata anche da bambini di età superiore ai 10 anni. È difficile ritenere attendibile questo risultato, dato che il vaccino anti-Hib è stato introdotto in Italia nel 1995, e non è indicato nei bambini che hanno più di 5 anni. Per

verificare l'attendibilità dei dati sulle vaccinazioni raccomandate si potrebbe raccogliere anche l'informazione sulle vaccinazioni obbligatorie, la cui copertura vaccinale in Italia è superiore al 90 per cento.

La diagnosi precoce dei fattori di rischio per le malattie cardiovascolari è di grande rilevanza per prevenire l'insorgenza di tali patologie per le quali si riscontrano i più elevati tassi di mortalità. E' noto come l'ipertensione e l'ipercolesterolemia rappresentino i principali fattori di rischio per le patologie cardiovascolari. Tra le persone di 18 anni e più, il 53 per cento ha misurato la pressione arteriosa nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 47,1 per cento ha misurato il livello di glicemia ed il 46,3 per cento il livello di colesterolo. Il controllo dei fattori di rischio aumenta progressivamente con l'età e tra gli ultra ottantenni il 75 per cento ha controllato l'ipertensione, il 64 per cento glicemia e colesterolo.

## **2. Le azioni**

Sia gli studi controllati che quelli di popolazione hanno dimostrato la potenzialità della prevenzione delle malattie e della promozione della salute.

Alcuni studi stimano che fino all'80 per cento della malattia coronaria e fino al 90 per cento del diabete di tipo 2 potrebbero essere evitati con un cambiamento dello stile di vita, e che quasi un terzo dei tumori potrebbe essere prevenuto mangiando in modo sano, mantenendo un peso normale, e facendo del moto durante tutta la vita. I gruppi di popolazione più a rischio e per i quali dovrebbero essere più intense le azioni preventive sono gli abitanti del Sud e delle Isole, ed in particolare le donne, ed i giovani.

Per il fumo le principali considerazioni che si possono trarre dai dati dell'indagine Istat e dalle altre fonti informative sono:

- iniziare a fumare è frutto di un processo complesso, non riconducibile a un singolo fattore. I membri della famiglia, gli amici e i compagni di scuola hanno un'influenza determinante sulla decisione;
- la maggior parte dei programmi di prevenzione sono stati diretti ai giovani tra gli 11 e i 17 anni, un'età nella quale l'atteggiamento verso il fumo si è già strutturato. Sembra opportuno avviare programmi di intervento tra i 4 e gli 8 anni, prima cioè che i modelli di comportamento siano consolidati;
- è inoltre importante mirare interventi sui giovani dai 18 ai 24 anni, quando l'abitudine al fumo si consolida, nonché sugli adulti fumatori, per favorirne la cessazione, onde ottenere un impatto sulle patologie e morti associate al tabacco già nei prossimi anni.

Per l'uso di bevande alcoliche, l'incremento della capacità critica da parte dei consumatori, in particolare i più giovani, appare, alla luce dell'analisi dei dati dell'Indagine multiscopo Istat, lo strumento prioritario da utilizzare per giungere ad una maggiore consapevolezza e responsabilità delle scelte individuali.

Ottimi risultati si sono registrati in Italia in termini di controllo di alcune malattie prevenibili con le vaccinazioni. Tuttavia al momento attuale è indispensabile migliorare la copertura vaccinale verso alcune malattie che in Italia sono ancora

frequenti, in particolare il morbillo, la cui eliminazione in Europa è prevista entro il 2007. La copertura vaccinale deve aumentare soprattutto nelle regioni del Sud.

I dati mostrano significative associazione tra i fattori di rischio e gli stili di vita dei componenti delle famiglie italiane. Nei giovani obesità, sedentarietà, alimentazione, fumo e alcool sono tutti associati allo stile di vita e alle abitudini dei genitori.

### **3. La completezza dei dati di interesse sanitario**

Le fonti di dati sulla salute ed il sistema sanitario sono i registri, le statistiche correnti, le indagini campionarie, gli studi ad hoc relativi a tematiche specifiche. In generale si può affermare che i dati prodotti in Italia sono molto numerosi e che molto spesso le dimensioni campionarie garantiscono una buona attendibilità statistica di tali dati.

La faccia negativa della medaglia è costituita dal fatto che i dati sono di difficile accesso, a volte non sono per niente disponibili, e sono di difficile lettura. Pochi esperti, particolarmente tenaci e motivati, riescono a trovare o ad accedere ai repertori di dati e a usarli o leggerli in modo corretto. Altri, molto più numerosi, sono portati a leggere e riportare i dati in modo totalmente acritico senza chiedersi quale è la loro fonte, la loro qualità, il periodo ai quali sono riferiti.

Spesso accade inoltre che una istituzione o un ufficio che necessita di dati non sappia che essi sono disponibili nell'ufficio accanto o presso un altro organo della stessa struttura.

Stante questa situazione andrebbero svolte in generale le seguenti azioni:

- censimento delle fonti di dati sanitari con indicazione delle modalità di accesso,
- verifica della disponibilità dei dati necessari, individuazione dei dati mancanti inclusi quelli strumentali,
- suggerimento di indagini da attivare o di modifica delle indagini correnti al fine di garantire la copertura totale,
- individuazione dei dati rilevati da più fonti, verifica della loro congruenza e indicazione della fonte più valida,
- integrazione dei dati che rilevano aspetti diversi dello stesso fenomeno al fine di fornirne un quadro completo,
- tempestività della disponibilità dei dati e degli indicatori in relazione agli obiettivi di piano o di programmazione.

Facendo invece riferimento particolare al Sistema di indagini multiscopo dell'Istat e alla misura dei determinanti di salute ed in particolare degli stili di vita, dalle relazioni specifiche che seguono si possono sinteticamente trarre alcune indicazioni.

È necessario ed opportuno che gli stili di vita dannosi per la salute vengano misurati quanto prima nei giovani cercando di cogliere l'età dell'esordio al fumo di sigaretta, al consumo di alcool, all'eccesso di peso, ad una alimentazione inadeguata.

È necessario disporre di informazioni più complete e tempestive riguardo l'alimentazione e la nutrizione. Poiché è molto difficile rilevare, nell'ambito di una intervista, la quantità di nutrienti che costituiscono la dieta, conviene tenere presente le "Food Dietary Guide Lines" che indicano quante porzioni al giorno di ciascun gruppo di nutrienti è opportuno assumere per una sana alimentazione.

Le domande relative all'alimentazioni dovrebbero quindi essere indirizzate a misurare la frequenza media giornaliera di consumo di porzioni di cibi ricchi in carboidrati (pane, pasta, riso ecc.) di ortaggi e frutta, di carne, pesce, uova, legumi, di latte e derivati, di grassi di condimento.





# ECCESSO DI PESO NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA

L. Gargiulo<sup>1</sup>, E. Gianicolo<sup>1</sup>, S. Brescianini<sup>2</sup>

## Introduzione

È noto che l'obesità rappresenta un rilevante fattore di rischio per la salute, comportando soprattutto complicanze cardiovascolari o dell'apparato muscolo-scheletrico, ma forte è anche l'associazione fra obesità e diabete, ipertensione, cancro, malattie del fegato o colecisti.

Nell'ultimo decennio l'incremento del fenomeno ha fatto sì che l'obesità sia divenuto un problema di salute pubblica, sia a livello europeo che internazionale. Ma in particolare c'è un aspetto che sta determinando una crescente attenzione tra gli epidemiologi: è che il fenomeno sta coinvolgendo in misura preoccupante anche bambini e adolescenti.

Fino a non molti anni fa, infatti, l'obesità in età pediatrica era poco diffusa in Europa e, soprattutto, non c'era una chiara evidenza che essa si "trascinasse" nell'età adulta o avesse effetti sulla longevità o sulla salute di lungo periodo<sup>3</sup>.

Nuove evidenze scientifiche riconoscono invece all'obesità in età pre-adolescenziale ed adolescenziale una forte capacità predittiva della presenza di obesità in età adulta. Alcuni studi evidenziano peraltro che la capacità predittiva aumenta tra i

---

<sup>1</sup> Istituto nazionale di statistica.

<sup>2</sup> Istituto superiore di sanità.

<sup>3</sup> Livingstone M B E, "Childhood obesity in Europe: a growing concern". *Northern Ireland Centre for Diet and Health, University of Ulster, Cromore Road, Coleraine, Co. Londonderry, Northern Ireland, BT52 1 SA, UK 2001.*

bambini figli di genitori obesi<sup>4</sup>, ed aumenta anche quando l'eccesso ponderale tende a persistere nelle diverse fasi dello sviluppo.

Per adeguare correttamente gli interventi è opportuno quindi misurare il fenomeno e la sua diffusione sul territorio, per poi monitorarne le eventuali variazioni.

Attualmente le stime a livello nazionale sulla diffusione del fenomeno sono scarse: esistono studi ma riferiti solo ad alcune aree del Paese, peraltro non sempre confrontabili a causa dell'applicazione di metodologie di indagine non omogenee e definizioni non sempre univoche dell'obesità.

Scopo del lavoro, quindi, è non solo quello di fornire informazioni sulle dimensioni del fenomeno in Italia e la sua distribuzione sul territorio, studiando ed applicando definizioni condivise a livello internazionale, ma anche analizzare, attraverso modelli di regressione logistica, le principali relazioni rispetto all'ambiente socio-familiare del bambino o dell'adolescente e gli stili di vita al fine di evidenziare i segmenti di popolazione più a rischio.

## 1. Materiali e metodi

Per stimare le prevalenze dell'eccesso di peso tra bambini e adolescenti e realizzare l'analisi sono stati utilizzati i dati dell'Indagine Multiscopo su *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000*. Si tratta dei dati antropometrici sul peso e l'altezza, riferiti da un genitore o da un familiare al momento dell'intervista<sup>5</sup>, relativi ad un campione di circa 17,5 migliaia di bambini e adolescenti di età compresa tra i 6 e i 17 anni<sup>6</sup>, rappresentativi di oltre 7 milioni di individui appartenenti a tale fascia d'età.

### 1.1 La misura dell'eccesso ponderale

La misurazione dell'adiposità, cioè della quota di massa grassa corporea, può avvenire in diversi modi, alcuni dei quali scientificamente molto precisi ma anche costosi o - in alcuni casi - basati su tecniche invasive che quindi non li rendono utilizzabili in indagini sulla popolazione.

---

<sup>4</sup> Serdula M K, Ivery D, Coates R J, Freedman D S, Williamson D F, Byers T, "Do obese children become obese adults? A review of the literature". *Preventive Medicine*, 22:167-77, 1993.

<sup>5</sup> L'attendibilità delle informazioni su peso ed altezza riferite dai genitori è stata oggetto di uno specifico studio (Sekine, 2002). Inoltre uno studio interno Istat ha confermato che i dati riportati dal genitore sul peso alla nascita del proprio figlio sono coerenti rispetto a quanto rilevato da fonte amministrativa sui certificati di assistenza al parto.

<sup>6</sup> Il campione complessivo realizzato nell'indagine ha riguardato 52.332 famiglie per un totale di oltre 140 mila individui.

In studi epidemiologici su vasta scala, molti indici utilizzati per conoscere il fenomeno dell'obesità si basano su due grandezze facili da rilevare: il peso corporeo e la statura<sup>7</sup>.

Uno degli indici più diffusi è l'*Indice di massa corporea (IMC)* o *indice di Quételet*. Esso è dato dal rapporto tra il peso corporeo espresso in chilogrammi e il quadrato dell'altezza espressa in metri, formalmente:

$$IMC = \frac{\text{peso}_{kg}}{\text{statura}_m^2}$$

Tale indice, proposto nel 1868 dal matematico e astronomo belga Lambert Adolphe Jacques Quételet ed attualmente raccomandato dall'Oms, si basa sulla necessità di tener conto del peso nella costruzione di un indice che misuri la presenza di grasso corporeo. Le due quantità (peso e grasso corporeo) sono, infatti, tra loro correlate. Resta però il problema che il peso è correlato anche con l'altezza, la quale risulta debolmente correlata con il grasso corporeo. Quando il peso viene aggiustato per il quadrato della statura si ottiene un indice in grado di stimare l'eccesso di peso. Infatti, nell'analizzare la sua validità come misura dell'eccesso ponderale emerge che l'indice ben si presta ad essere utilizzato in analisi che riguardano l'intera popolazione adulta<sup>8</sup>.

Riguardo agli adulti, una volta considerato l'Indice di massa corporea per la misurazione dell'eccesso di peso è stato raggiunto un consenso pressoché unanime a livello internazionale sulla scelta dei valori soglia da utilizzare. Infatti, secondo la classificazione dell'Oms, per misurare il sottopeso si fa riferimento ad un valore dell'indice inferiore a 18,5; le persone sono classificate in normopeso se l'IMC è maggiore o uguale di 18,5 ma inferiore a 25; in sovrappeso se è maggiore o uguale a 25 ma inferiore a 30 ed obesi, se il valore dell'IMC è maggiore o uguale a 30.

Per i soggetti in età pre-adolescenziale ed adolescenziale, invece, non si è ancora pervenuti ad un'analogha convergenza.

### *1.2 Definizione di eccesso ponderale nell'età evolutiva*

La definizione di sovrappeso e obesità per i soggetti in età evolutiva è più complessa rispetto a quella degli adulti. Durante l'infanzia e l'adolescenza, infatti, il corpo crescendo sviluppa una proporzione di massa grassa superiore a quella che si

---

<sup>7</sup> Gli indici più diffusi sono: il rapporto peso-statura (Peso in kg/Statura in cm), indice ponderale (statura in cm/radice cubica del peso in kg), indice di obesità di Khosla e Lowe (Peso in kg/Statura in cm al cubo). La migliore misura dell'obesità è, secondo molti autori[31, 32], rappresentata dall'indice di Benn: (Peso in kg/Statura in m elevata a p) dove p è il valore della potenza che rende nulla la correlazione tra l'indice e la statura. L'indice di Benn è considerato il migliore, considerata la sua indipendenza dalla statura. In ogni caso, per la sua applicazione è necessario stimare il valore di p. (Cfr.bibliografia).

<sup>8</sup> La sovrastima che si ottiene fra gli adulti si compensa con la sottostima che invece si riscontra negli anziani (cfr. E. A.L. Gianicolo, 2003).

registra fra gli adulti ed è particolarmente difficile la distinzione tra un'adiposità normale ed un'adiposità eccessiva<sup>9</sup>.

L'indice di massa corporea resta, anche in età pre-adolescenziale ed adolescenziale, il più diffuso per la stima dell'eccesso di peso. Infatti, sebbene le analisi della validità evidenzino la possibilità di sovrastimare il fenomeno in particolare tra i preadolescenti<sup>10</sup>, l'elevata accettabilità internazionale e la facilità di calcolo ne determinano il frequente uso nella maggior parte di studi epidemiologici di una certa dimensione.

Difficoltà emergono nella costruzione di valori soglia per una definizione standard di obesità in età pediatrica, che consenta la confrontabilità tra i diversi paesi.

Nella pratica si seguono diversi approcci. Alcuni autori<sup>11</sup> utilizzano i valori soglia solitamente impiegati per gli adulti (25 kg/m<sup>2</sup> per il sovrappeso e 30 kg/m<sup>2</sup> per l'obesità). A partire da questi valori, però, solo per gli adulti sono stati dimostrati incrementi significativi di rischio per la salute, per gli adolescenti ed i pre-adolescenti mancano, invece, evidenze analoghe.

Un secondo approccio, consiste nell'adottare le distribuzioni dell'indice di massa corporea fornite dal National Centre for Health Statistics (Nchs) per genere e semestre di vita e stimate su campioni di soggetti statunitensi. Seguendo questo approccio si considerano come valori soglia l'85° percentile per l'individuazione dei soggetti in sovrappeso ed il 95° percentile per l'individuazione dei soggetti obesi. Per quanto adottati da differenti paesi, la scelta dei due percentili appare arbitraria in quanto non c'è nessuna evidenza scientifica che dimostri un incremento di rischio per la salute a partire dai suddetti valori soglia. Una seconda critica a questo approccio riguarda la scelta della popolazione statunitense come popolazione tipo. Alcuni autori<sup>12</sup>, infatti, sostengono che una popolazione di riferimento dovrebbe essere ottenuta dall'unione di dati provenienti da più paesi in modo da tener conto delle differenze nella struttura corporea e nella distribuzione della statura e del peso che sussistono tra diverse popolazioni.

Cole - mediante l'applicazione del metodo Lms<sup>13</sup> - trasferisce i due percentili corrispondenti ai valori soglia definiti per gli adulti alle distribuzioni dell'IMC relative

---

<sup>9</sup> Dietz W H, Mary C Bellizzi, "Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children". *American Journal of Clinical Nutrition*;70(suppl):123S-5S, 1999.

<sup>10</sup> Tale sovrastima è determinata da una relazione più che proporzionale tra l'IMC e la statura nell'età evolutiva, cioè l'indice presenta in queste fasce d'età una tendenza crescente all'aumentare della statura (Franklin, 1999, p. 157). Solo per le ragazze in età pre-adolescenziale l'uso dell'IMC può determinare invece una lieve sottostima delle prevalenze.

<sup>11</sup> Dietz W H, Mary C Bellizzi, "Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children". *American Journal of Clinical Nutrition*;70(suppl):123S-5S, 1999.

<sup>12</sup> Cole T J, Freeman J V, Preece M A, "British 1990 growth reference centiles for weight, height, body mass index and head circumference fitted by maximum penalized likelihood". *Statistics in medicine*, Vol. 17, Issue 4, 1998:407-29.

<sup>13</sup> Il metodo Lms parte dalla costruzione di tre curve specifiche per età chiamate L (lambda), M (mu) ed S (sigma). Le curve M ed S corrispondono alla mediana ed al coefficiente di

ai soggetti con meno di 18 anni, ottenendo *valori soglia* specifici per genere e semestre di vita. La popolazione di riferimento usata per il calcolo di tali cut-off deriva dall'unione di dati derivanti da indagini campionarie di tipo cross-sectional rappresentative a livello nazionale svolte nei seguenti sei paesi: Brasile, Gran Bretagna, Hong Kong, Paesi Bassi, Singapore e Stati Uniti d'America<sup>14</sup>.

In questo lavoro si è fatto ricorso a tali valori soglia peraltro adottati dall'International Obesity Task Force (Iotf).

## 2. I principali risultati

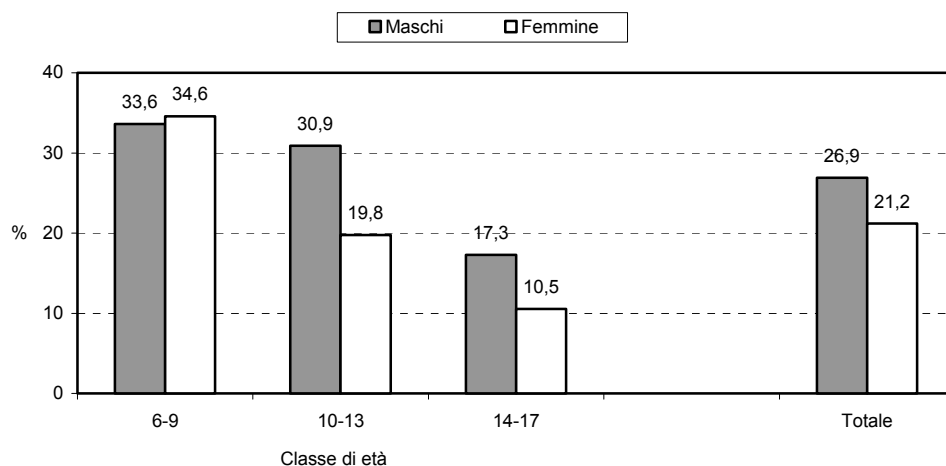
Tenuto conto della classificazione dell'obesità infantile, secondo gli standard internazionali proposti e adottati dall'Iotf, si stima che nel 1999-2000 in Italia la quota di bambini e adolescenti in sovrappeso sia pari a circa il 20 per cento, mentre è del 4 per cento circa la quota di obesi. Il fenomeno riguarda complessivamente oltre un milione e 700 mila bambini e adolescenti tra i 6 ed i 17 anni, e di questi oltre 250 mila sono obesi. In particolare tra i 6 e i 13 anni la percentuale dei soggetti in sovrappeso sale al 25 per cento, mentre gli obesi superano il 5 per cento. Tra gli adolescenti (14-17 anni) il fenomeno complessivamente si dimezza: il 13 per cento, infatti, è in sovrappeso e l'1 per cento obeso. Emergono differenze di genere: il fenomeno è generalmente più diffuso tra i maschi. Disaggregando in classi triennali le prevalenze dell'eccesso di peso distinte per genere emerge l'andamento decrescente del fenomeno nel passaggio dalla preadolescenza all'adolescenza con evidenti differenze di genere, verosimilmente connesse alle diverse fasi di sviluppo nei due sessi (Grafico 2).

---

variazione dell'indice di massa corporea per singolo semestre di età, mentre la curva S tiene conto dell'asimmetria, misurata mediante l'indice di Skewness, nella distribuzione per singolo semestre di età dell'IMC. L'assunzione sottostante al metodo Lms è che dopo una trasformazione di BOX-COX (Box, 1964), l'IMC si distribuisca secondo una curva normale e che quindi si possa valutare con esattezza il percentile della distribuzione dell'IMC corrispondente negli adulti ai valori soglia 25 e 30. Si può così calcolare - per genere e singolo semestre di vita - a quale valore dell'IMC corrispondono i percentili calcolati ottenendo i valori soglia cercati.

<sup>14</sup> Cole Tim J, Mary C Bellizzi, Katherine M Flegal, William H Dietz, "Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey". *British Medical Journal*; 320:1-6, 2000.

**Grafico 1 - Persone di età compresa tra 6 e 17 anni in sovrappeso o obese per classe di età e sesso - Anni 1999-2000 (per 100 persone dello stesso sesso ed età)**



I bambini e gli adolescenti del sud del Paese presentano più spesso un eccesso ponderale: il 29 per cento contro una quota pari al 19 per cento circa nell'Italia settentrionale (Prospetto 1).

La Campania è la regione con prevalenze più elevate rispetto a tutte le altre (36 per cento con intervallo di confidenza che varia dal 32 per cento al 40 per cento), seguono tutte le altre regioni meridionali e del Centro, ad eccezione della Sardegna che si colloca tra gli ultimi posti (17 per cento) con prevalenze più simili alle regioni del Nord (Grafico 2).

In attesa che venga consolidata una metodologia comune nei vari paesi europei per individuare l'eccesso ponderale nell'età evolutiva, non sempre è facile avere una visione complessiva del fenomeno in Europa.

Nella prospetto 2 sono riportati alcuni risultati di ricerche condotte in vari paesi europei. Si noti che tali risultati possono presentare dei limiti di confrontabilità, anche solo in quanto riferiti a classi di età diverse.

Tra i principali fattori di rischio dell'eccesso di peso nell'età evolutiva, sono stati analizzati la familiarità e gli stili di vita. La familiarità è da intendersi sia in termini di trasmissione del codice genetico sia in termini di contesto ambientale e quindi di status sociale di appartenenza. Tra gli stili di vita è stata considerata la sedentarietà, intesa come mancanza di pratica motoria.

**Prospetto 1 - Persone di età compresa tra 6 e 17 anni in sovrappeso o obesi per sesso, classe di età e ripartizione geografica - Anni 1999-2000 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)**

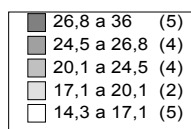
CLASSE DI ETÀ RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Eccesso di peso		
	Maschi	Femmine	Maschi e Femmine
NORD			
6-13	26,0	20,8	23,4
14-17	14,0	11,4	12,7
<b>Totale</b>	<b>21,3</b>	<b>17,2</b>	<b>19,3</b>
CENTRO			
6-13	33,3	24,0	28,8
14-17	17,3	8,4	12,8
<b>Totale</b>	<b>27,4</b>	<b>18,0</b>	<b>22,7</b>
SUD E ISOLE			
6-13	37,8	35,4	36,6
14-17	21,8	11,2	16,6
<b>Totale</b>	<b>31,3</b>	<b>25,7</b>	<b>28,7</b>
ITALIA			
6-13	32,6	28,1	30,4
14-17	18,2	10,8	14,5
<b>Totale</b>	<b>27,0</b>	<b>21,2</b>	<b>24,1</b>



**Grafico 2 - Graduatoria per regione dell'eccesso di peso delle persone di età compresa tra 6 e 17 anni - Anni 1999-2000 (per 100 persone della stessa regione)**

Campania	36,0
Molise	27,5
Calabria	27,2
Abruzzo	27,0
Sicilia	26,8
Puglia	26,0
Marche	25,8
Lazio	24,7
Basilicata	24,5
Umbria	24,1
Emilia-Romagna	22,7
Veneto	21,4
Friuli-Venezia Giulia	20,1
Lombardia	18,5
Piemonte	17,1
Liguria	17,0
Toscana	17,0
Sardegna	16,6
Trentino-Alto Adige	16,1
Valle d'Aosta	14,3
<b>ITALIA</b>	<b>24,2</b>

Eccesso di peso nei bambini e adolescenti



Anni 1999-2000 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

**Prospetto 2 - Il fenomeno dell'eccesso ponderale in alcuni paesi europei**

Paesi	IMC	Classe di età	Maschi	Femmine	Anno di riferimento
Cina (a)	In sovrappeso o obesi	6-9	10,0	11,0	1991
Danimarca (b)	Obesi	8-10	3,0	4,0	2001
Inghilterra (b)	Obesi	4-11	2,0	3,0	1994
Finlandia (b)	Obesi	14	3,0	2,0	1999
Francia (b)	Obesi	5-12	12,0		2001
Russia (a)	In sovrappeso o obesi	6-9 10-18	25,9 11,5	27,4 11,7	1992
USA (a)	In sovrappeso o obesi	6-9 10-18	21,3 28,4	25,6 32,6	1988-1994
<b>Italia</b>	<b>In sovrappeso o obesi</b>	<b>6-13 14-17</b>	<b>32,3 17,3</b>	<b>27,2 10,5</b>	<b>1999-2000</b>

(a) Criterio di classificazione basato sui valori soglia proposti da Cole.

(b) Criterio di classificazione basato sull'applicazione valori soglia solitamente impiegati per gli adulti (25 kg/m<sup>2</sup> e 30 kg/m<sup>2</sup>).

La presenza in famiglia di genitori obesi o in sovrappeso determina un aumento delle prevalenze dell'eccesso ponderale in età evolutiva<sup>15</sup>. In particolare, se entrambi i genitori presentano un eccesso ponderale, la percentuale di persone di 6-17 anni con eccesso di peso sale dal 24 per cento al 34 per cento. Se è uno tra i genitori passa al 25 per cento; se invece nessuno dei genitori è in eccesso di peso scende al 17,7 per cento (Prospetto 3).

Al Sud dove in generale il fenomeno è più accentuato, le quote aumentano rispettivamente fino al 36,2 per cento, 29 per cento e 22 per cento (Prospetto 4).

Quando si analizza l'associazione tra presenza di genitori in eccesso di peso ed età dei figli, risulta che negli adolescenti (14-17 anni) l'influenza della familiarità è più marcata che nei pre-adolescenti (6-13 anni). Infatti, se nessuno dei genitori è in eccesso di peso, per i più piccoli, pur partendo da prevalenze più elevate, la quota raddoppia quando i genitori presentano un eccesso di peso, passando dal 23,0 per cento al 41,3 per cento. Invece, tra gli adolescenti la quota di quanti presentano un eccesso di peso è pari al 6 per cento quando nessuno dei genitori ha problemi di peso, ma quadruplica (23,7 per cento) se entrambi i genitori sono obesi o in sovrappeso.

Nel passaggio dalla preadolescenza all'adolescenza si evidenzia in generale una riduzione di oltre la metà (dal 29,8 per cento al 14,0 per cento) della prevalenza di eccesso di peso. La presenza di genitori con eccesso ponderale rende più difficile tale transizione, le prevalenze scendono dal 41,3 per cento al 23,7 per cento se entrambi i genitori sono obesi o in sovrappeso, mentre tale riduzione è molto più forte (dal 23,0 al 6,1 per cento) se nessuno dei genitori ha problemi di peso.

Se dunque la relazione tra eccesso di peso dei genitori e quello dei figli restasse costante nel tempo, il tendenziale aumento dell'obesità osservato negli adulti in Italia<sup>16</sup> potrebbe produrre ulteriori effetti anche sulla tendenza dei giovanissimi.

Non è semplice distinguere quanta parte di tale associazione sia dovuta a fattori genetici e quanta sia invece dovuta a fattori ambientali, né sulla base di tali dati è possibile distinguere le due componenti, ma è indubbio che anche comportamenti e stili di vita non corretti dei genitori siano assunti per imitazione dai figli. È interessante evidenziare che secondo alcuni studi condotti sui bambini adottati<sup>17</sup> risulta che, se ad adottarli sono famiglie in cui almeno un componente risulta obeso, il rischio di insorgenza di eccesso ponderale aumenta.

---

<sup>15</sup> Sono stati selezionati tutti i soggetti di 6-17 anni con almeno un genitore intervistato.

<sup>16</sup> Rispetto al 1994 la prevalenza dell'obesità in Italia è aumentata negli anni 1999/2000 del 25 per cento. Fonte: Istat, Indagini multiscopo Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.

<sup>17</sup> Garn S M, Bailey S M, Cole P E, "Similarities between parents and their adopted children. Am J Phys Anthropol. 1976 Nov; 45(3 pt. 2): 539-43.

**Prospetto 3 - Persone di età compresa tra 6 e 17 anni in sovrappeso o obese per sesso, classe di età ed indice di massa corporea dei genitori - Anni 1999-2000 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)**

INDICE DI MASSA CORPOREA DEI GENITORI CLASSE DI ETÀ	Eccesso di peso		
	Maschi	Femmine	Maschi e Femmine
	6-13		
Nessuno dei due genitori obeso o in sovrappeso	25,0	21,0	23,0
Padre obeso o in sovrappeso	33,2	28,0	30,7
Madre obesa o in sovrappeso	35,7	28,2	32,2
Entrambi i genitori obesi o in sovrappeso	44,4	38,1	41,3
<b>Totale</b>	<b>32,3</b>	<b>27,2</b>	<b>29,8</b>
	14-17		
Nessuno dei due genitori obeso o in sovrappeso	8,0	4,1	6,1
Padre obeso o in sovrappeso	17,0	10,2	13,6
Madre obesa o in sovrappeso	20,3	12,7	16,6
Entrambi i genitori obesi o in sovrappeso	28,0	19,1	23,7
<b>Totale</b>	<b>17,2</b>	<b>10,6</b>	<b>14,0</b>
	TOTALE		
Nessuno dei due genitori obeso o in sovrappeso	19,7	15,7	17,7
Padre obeso o in sovrappeso	27,7	21,9	24,9
Madre obesa o in sovrappeso	29,1	21,2	25,3
Entrambi i genitori obesi o in sovrappeso	37,3	30,2	33,9
<b>Totale</b>	<b>27,0</b>	<b>21,3</b>	<b>24,2</b>

Tra gli stili di vita molto spesso associati all'eccesso ponderale vi è senz'altro la sedentarietà. Orientamenti più recenti<sup>18</sup> attribuiscono l'incremento della diffusione dell'obesità, più che alla crescita nell'assunzione di cibi calorici, che interessa in modo rilevante anche i bambini, alla riduzione del dispendio energetico dovuto all'adozione di stili di vita sedentari. Dai risultati dell'indagine annuale dell'Istat *Aspetti della vita quotidiana* emerge in effetti un *trend* crescente di persone che non praticano alcuna attività fisica nel tempo libero. Negli ultimi cinque anni il fenomeno è più accentuato per i giovani (18-19 anni), ma anche nella fascia d'età considerata nella nostra analisi, fascia in cui peraltro le prevalenze di sedentari sono molto contenute rispetto al resto della popolazione, l'aumento medio è di almeno 3 punti percentuali.

I bambini e gli adolescenti che non praticano alcuna attività fisico-sportiva presentano prevalenze più elevate di eccesso di peso (Grafico 3). Peraltro è noto che un'attività fisica regolare anche di tipo leggero contribuisce a ridurre l'eccesso ponderale, ma spesso proprio i soggetti obesi tendono invece a praticare più raramente esercizio fisico, innescando in tal modo un circolo vizioso.

Tra i bambini (6-13 anni) che non praticano alcuna attività fisica regolare oltre il 37 per cento presenta un eccesso di peso (39 per cento dei maschi e 36 per

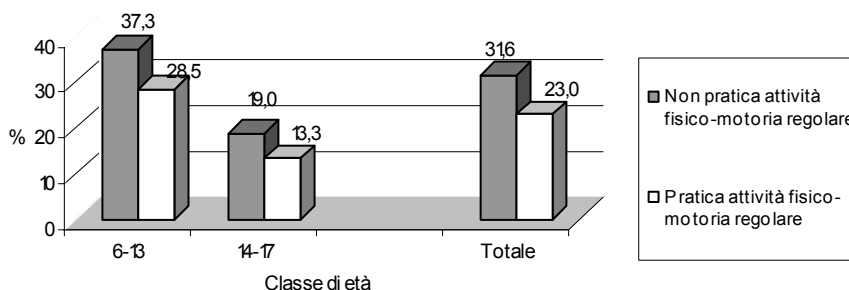
<sup>18</sup> Liuzzi A "Il dibattito scientifico" in Istituto Auxiologico Italiano, *Secondo rapporto sull'obesità*, Franco Angeli Milano 2000, p. 56-90.

cento delle femmine) a fronte invece di una quota del 28,5 per cento (31,3 per cento per i maschi e 24,5 per cento per le femmine) tra quanti invece esercitano regolarmente un'attività fisica.

**Prospetto 4 - Persone di età compresa tra 6 e 17 anni in sovrappeso o obesi per ripartizione geografica, classe di età ed indice di massa corporea dei genitori - Anni 1999-2000 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)**

INDICE DI MASSA CORPOREA DEI GENITORI	INDICE DI MASSA CORPOREA		
	Obesi o in sovrappeso	Normopeso o sottopeso	Totale
<b>NORD</b>			
Nessuno dei due genitori obeso o in sovrappeso	14,2	85,8	100,0
Padre obeso o in sovrappeso	19,9	80,1	100,0
Madre obesa o in sovrappeso	20,1	79,9	100,0
Entrambi i genitori obesi o in sovrappeso	30,4	69,6	100,0
<b>Totale</b>	<b>19,3</b>	<b>80,7</b>	<b>100,0</b>
<b>CENTRO</b>			
Nessuno dei due genitori obeso o in sovrappeso	17,1	82,9	100,0
Padre obeso o in sovrappeso	24,4	75,6	100,0
Madre obesa o in sovrappeso	24,1	75,9	100,0
Entrambi i genitori obesi o in sovrappeso	31,7	68,3	100,0
<b>Totale</b>	<b>22,7</b>	<b>77,3</b>	<b>100,0</b>
<b>SUD</b>			
Nessuno dei due genitori obeso o in sovrappeso	22	78	100,0
Padre obeso o in sovrappeso	28,9	71,1	100,0
Madre obesa o in sovrappeso	29,4	70,6	100,0
Entrambi i genitori obesi o in sovrappeso	36,2	63,8	100,0
<b>Totale</b>	<b>28,7</b>	<b>71,3</b>	<b>100,0</b>
<b>ITALIA</b>			
Nessuno dei due genitori obeso o in sovrappeso	17,7	82,3	100,0
Padre obeso o in sovrappeso	24,9	75,1	100,0
Madre obesa o in sovrappeso	25,3	74,7	100,0
Entrambi i genitori obesi o in sovrappeso	33,9	66,1	100,0
<b>Totale</b>	<b>24,2</b>	<b>75,8</b>	<b>100,0</b>

**Grafico 3 - Persone di età compresa tra 6 e 17 anni in sovrappeso o obesi per pratica di attività motoria regolare e classe di età - Anni 1999-2000 (per 100 persone della stessa età)**



## 2.1 I risultati di alcuni modelli di regressione logistica

Al fine di analizzare l'associazione tra eccesso ponderale in età evolutiva congiuntamente ai diversi fattori individuati nell'analisi descrittiva sono stati predisposti tre distinti modelli di regressione logistica<sup>19</sup> (di seguito denominati A, B e C).

Il modello A (prospetto 5) è stato realizzato sull'insieme delle persone in età compresa tra i 6 e i 17 anni, utilizzando come variabile risposta la presenza di un eccesso ponderale in tale fascia d'età e come variabili esplicative le caratteristiche strutturali (classe di età, sesso, area geografica di residenza, status socio-economico della famiglia individuato in termini di livello di istruzione conseguito dai genitori<sup>20</sup> e giudizio sulle risorse economiche della famiglia), la presenza di genitori in eccesso di peso e la pratica regolare di una qualche attività fisico-motoria.

Gli altri due modelli hanno consentito di approfondire i risultati del primo. Il modello B è stato realizzato tenendo separati i bambini dagli adolescenti. Il modello C, infine, che considera solo i bambini dai 6 ai 13 anni, aveva lo scopo di analizzare le eventuali differenze nelle tre grandi ripartizioni (Nord, Centro, Sud).

I modelli confermano complessivamente i risultati dell'analisi descrittiva consentendo comunque di quantificare l'entità del rischio di sviluppare un eccesso ponderale nell'età evolutiva in presenza di determinate caratteristiche.

Dai risultati del modello A (prospetto 5) si evince che, a parità delle altre variabili esplicative considerate, se entrambi i genitori presentano un eccesso di peso il rischio che i figli in età compresa tra 6 e 17 anni presentino a loro volta un eccesso di peso aumenta di due volte e mezzo (O. R. 2,568) rispetto a quei nuclei familiari in cui nessuno dei genitori ha problemi di peso. L'aumento del rischio è meno elevato (circa una volta e mezza) se è solo uno dei genitori ad essere in sovrappeso o obeso: se si tratta della madre l'odds-ratio vale 1,710 se è invece il padre, esso si riduce lievemente al 1,567. Si conferma il gradiente Nord- Sud, infatti il rischio di presentare un eccesso ponderale aumenta passando da Nord a Sud: nel Centro il rischio aumenta di oltre il 20 per cento e nel Sud di oltre il 50 per cento rispetto al Nord.

Il rischio infine aumenta di oltre un terzo per i sedentari (O. R. 1,347).

Il modello B fa emergere alcune peculiarità degli adolescenti rispetto ai pre-adolescenti. Per questi ultimi, fatta eccezione per il livello di istruzione del padre che non risulta significativo, tutte le altre variabili considerate sono determinanti rispetto al rischio di insorgenza di un eccesso di peso. Sono quindi sempre più a rischio i figli di genitori obesi o in sovrappeso; coloro che risiedono al centro ed ancor più al sud (il rischio aumenta di circa il 70 per cento); figli la cui madre ha conseguito un basso titolo di studio; figli che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o assolutamente insufficienti. Sono infine più a rischio i maschi rispetto alle femmine, i sedentari rispetto agli attivi. Per gli adolescenti, invece, le uniche variabili

---

<sup>19</sup> A ciascuna unità è stato applicato un peso in modo da riproporzionare il campione rispetto alla struttura per età e sesso della popolazione distribuita per regione.

<sup>20</sup> Si fa riferimento al livello di situazione del genitore che ha conseguito il titolo di studio più alto.

significative sono il genere, la mancata pratica di attività fisica, ma soprattutto la presenza di genitori in eccesso di peso, per la quale il rischio quadruplica (O. R. 4,619).

Il modello C - riferito solo al gruppo dei pre-adolescenti – è volto a stabilire se le relazioni individuate nei precedenti modelli siano omogenee su tutto il territorio. Le principali differenze tra il nord e il sud del Paese emergono in relazione a variabili che descrivono lo status sociale della famiglia. Nelle regioni meridionali, nelle famiglie con risorse economiche scarse o assolutamente insufficienti il rischio di eccesso ponderale in età pre-adolescenziale aumenta di quasi il 20 per cento, al Nord le risorse economiche non costituiscono un fattore determinante. Rispetto al livello di istruzione al Nord il rischio aumenta se la madre ha conseguito al più la licenza media inferiore. Al Sud è il titolo di studio del padre a determinare un effetto significativo sul fenomeno, ma nella direzione opposta, infatti un elevato titolo di studio conseguito dal padre incrementa il rischio (+14 per cento). Ciò può essere interpretato da un lato con la minore propensione dei padri meridionali<sup>21</sup> alla cura dei figli, e quindi questi ultimi potrebbero verosimilmente essere più condizionati dal modello materno nell'adozione degli stili di vita; dall'altro l'associazione tra stili di vita salutari ed elevato livello di scolarizzazione al Sud è meno forte rispetto al resto del Paese.

---

<sup>21</sup> Confronta. Istat “La vita quotidiana di bambini e ragazzi”, Collana Informazioni n.23/2000.

**Prospetto 5 - Descrizione del modello di regressione logistica relativo alla probabilità delle persone 6-17 anni di presentare un eccesso ponderale - Modello A**

Variabili esplicative	Stima del parametro	Errore standard	Pr > Chi2	Odds ratio	Intervallo di confidenza al 95%	
<b>Classe d'età</b>						
- 6-13 anni	0,000	-	-	1,000	-	-
- 14-17 anni	-1,056	0,044	<,0001	0,348	0,319	0,379
<b>Genere</b>						
- Maschi	0,000	-	-	1,000	-	-
- Femmine	-0,344	0,037	<,0001	0,709	0,659	0,763
<b>Ripartizione geografica</b>						
- Nord	0,000	-	-	1,000	-	-
- Centro	0,198	0,043	0,000	1,219	1,092	1,360
- Sud	0,408	0,056	<,0001	1,503	1,383	1,634
<b>Risorse economiche</b>						
- Scarse/Absolutamente insufficienti	0,000	-	-	1,000	-	-
- Ottime/Adeguate	0,105	0,042	0,011	1,111	1,024	1,205
<b>Titolo di studio della madre</b>						
- Basso	0,000	-	-	1,000	-	-
- Alto	0,098	0,044	0,025	1,103	1,013	1,202
<b>Titolo di studio del padre</b>						
- Basso	0,000	-	-	1,000	-	-
- Alto	-0,036	0,043	0,410	0,965	0,886	1,050
<b>Genitori obesi o in sovrappeso</b>						
- Nessuno dei due è obeso o in sovrappeso	0,000	-	-	1,000	-	-
- Solo il padre è obeso o in sovrappeso	0,438	0,046	<,0001	1,549	1,415	1,695
- Solo la madre è obesa o in sovrappeso	0,519	0,069	<,0001	1,680	1,467	1,925
- Entrambi obesi o in sovrappeso	0,931	0,053	<,0001	2,537	2,285	2,817
<b>Sedentarietà</b>						
- Non sedentario	0,000	-	-	1,000	-	-
- Sedentario	0,298	0,051	<,0001	1,347	1,218	1,490

**Prospetto 6 - Descrizione del modello di regressione logistica relativo alla probabilità delle persone 6-17 anni di presentare un eccesso ponderale per classe di età - Modelli B**

Variabili esplicative	Stima del parametro	Errore standard	Pr > Chi2	Odds ratio	Intervallo di confidenza al 95%	
<b>6-13 ANNI</b>						
Genere						
- Maschi	0,000	-	-	1000	-	-
- Femmine	-0,264	0,043	<,0001	0,768	0,707	0,835
Ripartizione geografica						
- Nord	0,000	-	-	1000	-	-
- Centro	0,267	0,064	<,0001	1,306	1,153	1,479
- Sud	0,501	0,049	<,0001	1,651	1,499	1,818
Risorse economiche						
- Ottime/Adeguate	0,000	-	-	1000	-	-
- Scarse/Assolutamente insufficienti	0,120	0,048	0,012	1,128	1,026	1,239
Titolo di studio della madre						
- Basso	0,000	-	-	1000	-	-
- Alto	0,132	0,050	0,008	1,141	1,035	1,258
Titolo di studio del padre						
- Basso	0,000	-	-	1000	-	-
- Alto	-0,062	0,050	0,211	0,940	0,853	1,036
Genitori obesi o in sovrappeso						
- Nessuno dei due è obeso o in sovrappeso	0,000	-	-	1000	-	-
- Solo il padre è obeso o in sovrappeso	0,355	0,051	<,0001	1,426	1,290	1,576
- Solo la madre è obesa o in sovrappeso	0,379	0,082	<,0001	1,460	1,244	1,715
- Entrambi obesi o in sovrappeso	0,765	0,062	<,0001	2,149	1,904	2,426
Sedentarietà						
- Non sedentario	0,000	-	-	1000	-	-
- Sedentario	0,246	0,059	<,0001	1,279	1,141	1,435
<b>14-17 ANNI</b>						
Genere						
- Maschi	0,000	-	-	1000	-	-
- Femmine	-0,605	0,078	<,0001	0,546	0,469	0,636
Ripartizione geografica						
- Nord	0,000	-	-	1000	-	-
- Centro	-0,006	0,119	0,958	0,994	0,788	1,254
- Sud	0,120	0,085	0,160	1,127	0,954	1,333
Risorse economiche						
- Scarse/Assolutamente insufficienti	0,000	-	-	1000	-	-
- Ottime/Adeguate	0,061	0,084	0,466	1,063	0,902	1,252
Titolo di studio della madre						
- Basso	0,000	-	-	1000	-	-
- Alto	-0,002	0,092	0,986	0,998	0,834	1,196
Titolo di studio del padre						
- Basso	0,000	-	-	1000	-	-
- Alto	0,035	0,091	0,699	1,036	0,867	1,238
Genitori obesi o in sovrappeso						
- Nessuno dei due è obeso o in sovrappeso	0,000	-	-	1000	-	-
- Solo il padre è obeso o in sovrappeso	0,883	0,117	<,0001	2,419	1,923	3,043
- Solo la madre è obesa o in sovrappeso	1,099	0,143	<,0001	3,000	2,269	3,968
- Entrambi obesi o in sovrappeso	1,530	0,120	<,0001	4,619	3,654	5,838
Sedentarietà						
- Non sedentario	0,000	-	-	1000	-	-
- Sedentario	0,470	0,107	<,0001	1,600	1,297	1,974



**Prospetto 7 - Descrizione del modello di regressione logistica relativo alla probabilità delle persone 6-13 anni di presentare un eccesso ponderale per ripartizione geografica di residenza - Modello C**

Variabili esplicative	NORD		CENTRO		SUD	
	Pr > Chi2	Odds ratio e intervallo di confidenza al 95%	Pr > Chi2	Odds ratio e intervallo di confidenza al 95%	Pr > Chi2	Odds ratio e intervallo di confidenza al 95%
<b>Genere</b>						
- Maschi	-	1,000	-	1,000	-	1,000
- Femmine	0,0001	0,747 (0,644; 0,866)	<,0001	0,622 (0,506; 0,763)	0,003	0,84 (0,747; 0,944)
<b>Valutazione delle risorse economiche</b>						
- Scarse/Insufficienti	-	1,000	-	1,000	-	1,000
- Ottime/Adeguate	0,2653	1,105 (0,927; 1,318)	0,549	1,076 (0,847; 1,365)	0,012	1,176 (1,036; 1,336)
<b>Titolo di studio della madre</b>						
- Basso	-	1,000	-	1,000	-	1,000
- Alto	<,0001	1,437 (1,212; 1,704)	0,736	0,961 (0,761; 1,213)	0,595	1,038 (0,904; 1,192)
<b>Titolo di studio del padre</b>						
- Basso	-	1,000	-	1,000	-	1,000
- Alto	0,5501	0,949 (0,800; 1,126)	0,230	1,153 (0,914; 1,455)	0,034	0,862 (0,752; 0,989)
<b>Genitori obesi o in sovrappeso</b>						
- Nessuno dei due è obeso o in sovrappeso	-	1,000	-	1,000	-	1,000
- Solo il padre è obeso o in sovrappeso	<,0001	1,478 (1,244; 1,757)	0,020	1,321 (1,044; 1,672)	<,0001	1,414 (1,224; 1,634)
- Solo la madre è obesa o in sovrappeso	0,0002	1,718 (1,294; 2,282)	0,271	1,238 (0,847; 1,810)	0,005	1,379 (1,099; 1,730)
- Entrambi obesi o in sovrappeso	<,0001	2,459 (1,971; 3,067)	<,0001	1,951 (1,442; 2,638)	<,0001	2,040 (1,728; 2,410)
<b>Sedentarietà</b>						
- Non sedentario	-	1,000	-	1,000	-	1,000
- Sedentario	0,0616	1,293 (0,988; 1,693)	0,505	1,117 (0,807; 1,546)	0,000	1,309 (1,141; 1,502)

## Osservazioni conclusive

Monitorare l'andamento dell'obesità infantile sta diventando una priorità, nell'ambito delle politiche per la salute, per la messa a punto di strategie mirate a contenere il fenomeno. Il trend è infatti in crescita nei paesi europei ed in Italia si osservano prevalenze piuttosto elevate rispetto alla media europea. Dall'analisi dei dati dell'indagine e da numerosi altri studi emerge la forte associazione tra l'eccesso di peso nei bambini e adolescenti e l'obesità dei genitori. Desta quindi preoccupazione anche per i minori l'incremento del fenomeno negli adulti in Italia che in soli cinque anni è di circa il 25 per cento, sebbene riguardo agli adulti attualmente il nostro Paese si attesti ancora ai livelli più bassi in Europa.

In termini prospettici, quindi, il trend in crescita per gli adulti non fa ben sperare a meno che non siano attivati interventi per rieducare a corretti modelli alimentari e soprattutto contrastare la sedentarietà. La pratica di un'adeguata attività motoria, infatti, oltre a determinare un naturale dispendio di energie, ha effetti benefici sullo stato psico-fisico dell'individuo.

L'ambiente familiare evidentemente gioca un ruolo fondamentale nella trasmissione di stili di vita salutari, in particolare nelle fasce di età pre-adolescenziali, e quindi oltre a interventi di sensibilizzazione nelle scuole, un soggetto da educare alla prevenzione è la famiglia, ed in particolare la madre che, nelle famiglie italiane svolge un ruolo fondamentale nella cura dei figli.

L'analisi condotta ha inoltre consentito di individuare le caratteristiche dei segmenti più a rischio. Prevalentemente i minori più a rischio sono maschi, risiedono nel Sud e vivono in famiglie con genitori obesi o in sovrappeso e più svantaggiate economicamente. Nel Nord anche un basso livello di istruzione della madre determina un aumento della probabilità di avere un bambino in eccesso di peso.

Un passo fondamentale per monitorare l'obesità infantile resta, però, il raggiungimento di una metodologia atta ad indagare il fenomeno che sia consolidata e condivisa a livello internazionale. Questo consentirebbe di armonizzare e diffondere gli strumenti e dunque di confrontare i risultati delle diverse indagini. Pertanto il lavoro ha cercato di dare il più ampio spazio a tali aspetti metodologici, compatibilmente al perseguimento dell'obiettivo di presentare l'analisi del fenomeno, derivante dai dati dell'Indagine campionaria sulle famiglie dell'Istat *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000*.

---

Si ringrazia Amleto D'Amicis dell'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (Inran) per la preziosa consulenza offerta agli autori.

## Appendice

**Tavola A1 - Valori soglia IOTF dell'IMC per sesso ed età**

ETÀ	Valori soglia per il sovrappeso		Valori soglia per l'obesità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25,00	25,00	30,00	30,00

## Bibliografia

- Bellizzi M C, William H Dietz, "Workshop on childhood obesity: summary of the discussion". *American Journal of Clinical Nutrition*;70:173S-5S, 1999.
- Benn R T, "Some mathematical properties of weight for height indices used as measures of adiposity". *British Journal of Preventive and Social Medicine*; 25:42-50, 1971.
- Box G E P, Cox D R, "An analysis of transformations". *Journal of the Royal Statistical Society*. Volume 26, No.2, 1964
- Cole T J, Freeman J V, Preece M A, "British 1990 growth reference centiles for weight, height, body mass index and head circumference fitted by maximum penalized likelihood". *Statistics in medicine*, Vol. 17, Issue 4, 1998:407-29.
- Cole Tim J, Mary C Bellizzi, Katherine M Flegal, William H Dietz, "Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey". *British Medical Journal*; 320:1-6, 2000.
- Dietz W H, Mary C Bellizzi, "Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children". *American Journal of Clinical Nutrition*;70(suppl):123S-5S, 1999.
- European Heart Health Initiative, "Children and Young People - The importance of physical activity", 1991
- Faith MS, Berman N, Heo M, Pietrobelli A, Gallagher D, Epstein LH, Eiden MT, Allison DB, "Effects of contingent television on physical activity and television viewing in obese children". *Pediatrics*; 107(5):1043-8, May 2000.
- Fogelholm M, Nuutinen O, Passanen M, Myohanen E, Saatela T, "Parent-child relationship of physical activity patterns and obesity". *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 23 (12):1262-8, December 1999.
- Franklin M F, "Comparison of weight and height relations in boys from 4 countries". *American Journal of Clinical Nutrition*, Volume. 70, No 1, 157S, July 1999.
- Hill A, Roberts J, "Body mass index: a comparison between self-reported and measured height and weight". *Journal of Public Medicine*, 21(1):116-7, March 1999.
- ISTAT, "Fattori di rischio e tutela della salute". *Informazioni* n. 26, 2002.
- ISTAT, "Le condizioni di salute della popolazione". *Informazioni* n. 12, 2002.
- Istituto Auxiologico Italiano, *Secondo rapporto sull'obesità*, Franco Angeli Milano 2000
- Livingstone M B E, "Childhood obesity in Europe: a growing concern". *Northern Ireland Centre for Diet and Health, University of Ulster, Cromore Road, Coleraine, Co. Londonderry, Northern Ireland, BT52 1 SA, UK 2001.*
- Khosla T Lowe C R, "Indices of obesity derived from body weight and height". *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 21: 122-128, 1967.
- Maffeis C, Micciolo R, Must A, Zaffanello M, Pinelli L, "Parental and perinatal factors associated with childhood obesity in north-east Italy". *International journal of obesity and related metabolic disorders*; 18(5):301-5, May 1994
- Malina R, Katzmarzyk, "Validity of the body mass index as an indicator of the risk and presence of overweight in adolescents". *American Journal of Clinical Nutrition*, 70(suppl):131S-6S, 1999.

- Prenticend A M, "Body mass index standards for children". *British Medical Journal*, volume 317, 21 November 1998.
- Quek C M, Koh K, Lee J, "Parental body mass index: a predictor of childhood obesity?", *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 22(3):342-7, 1993 May.
- Sekine M, Yamagami T, Hamanishi S, Kagamimori S, "Accuracy of the estimated prevalence of childhood obesity from height and weight values reported by parents: results of the Toyama Birth Cohort study". *Journal of epidemiology*, 12 (1):9-13, 2002.
- Serdula M K, Ivery D, Coates R J, Freedman D S, Williamson D F, Byers T, "Do obese children become obese adults? A review of the literature". *Preventive Medicine*, 22:167-77, 1993.
- Garn S M, Bailey S M, Cole P E, "Similarities between parents and their adopted children. *Am J Phys Anthropol*. 1976 Nov; 45(3 pt. 2): 539-43.
- Whitaker R C, Wright J A, Pepe M S, Seidel H D, Dietz W H, "Predicting obesity in young adulthood from children and parental obesity". *The New England Journal of Medicine*, 337: 869-73, 1997.
- World Health Organization, Expert Committee on Physical Status, "The use and interpretation of anthropometry". 1995

# ABITUDINI ALIMENTARI: TENDENZE EVOLUTIVE NELLA POPOLAZIONE E NEI GIOVANI

A. Turrini<sup>1</sup>, A. De Carli<sup>2</sup>, A. D'Amicis<sup>1</sup>, S. Martines<sup>1</sup>, S. Orsini<sup>3</sup>

## Introduzione

La stima delle tendenze evolutive di un fenomeno osservabile con metodo statistico richiede la disponibilità di dati rilevati a cadenza regolare con la stessa metodologia. Le numerose indagini sul consumo alimentare condotte con metodi conformi alle necessità dell'analisi nutrizionale, a tutt'oggi non costituiscono una base informativa di tipo continuativo. Questo è dovuto da un lato alla complessità del fenomeno, che coinvolge numerosi caratteri - alimenti e nutrienti - e dall'altro alla difficoltà di misurare direttamente le quantità ingerite. Ciò ha condotto a sviluppare un vasto numero di metodi ciascuno caratterizzato da un grado di precisione e da un livello di accettabilità da parte dei soggetti coinvolti nello studio, generalmente tra loro inversamente proporzionali: i metodi di più facile applicazione sono più accettabili, ma meno precisi<sup>4</sup>. Alle problematiche specificatamente statistiche concernenti la precisione delle stime - numerosità campionaria, strategia di campionamento, stime preliminari - si aggiungono gli aspetti riguardanti l'accuratezza

---

<sup>1</sup> Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione.

<sup>2</sup> Università degli studi di Brescia.

<sup>3</sup> Istituto nazionale di statistica.

<sup>4</sup> Turrini A (1993): Indagini alimentari su scala nazionale: metodologia e possibilità di utilizzazione, Atti della XXV Riunione Generale della Società Italiana di Nutrizione Umana, Roma 23-25/9/1992, *Giornale Europeo di Nutrizione Clinica*, suppl. al n. 3, pp. 61-69. Turrini A (2000a): Food data quality in nutritional surveys: which issues are to be tackled?, *Journal of Food Composition and Analysis*, Vol. 13, No. 4, Aug 2000, pp. 597-609.

della rilevazione - completezza e congruenza dei dati<sup>5</sup>, nonché la scelta del metodo di valutazione dell'equivalenza nutritiva della dieta e la sua qualità e adeguatezza ai fabbisogni o della stima di altre componenti veicolate dagli alimenti e la sua sicurezza d'uso<sup>6</sup>. Tutto ciò è alla base della difficoltà di effettuare indagini in tempi ravvicinati e con metodologie che rendano i risultati confrontabili, specialmente se oggetto di studio è la popolazione dell'intero territorio nazionale.

Le fonti di dati sul consumo alimentare come quelle rappresentate dalle indagini sulla popolazione italiana effettuate correntemente dall'Istituto nazionale di statistica (Istat) rappresentano perciò una preziosa base di dati per la valutazione della tendenza evolutiva<sup>7</sup>.

Analisi di approfondimento degli aspetti nutrizionali relativi a periodi nei quali dati di consumo alimentare nutrizionali non siano disponibili, possono essere effettuate mediante stime a calcolo integrando le diverse fonti di dati<sup>8</sup>.

In questo contesto si inserisce la rilevazione annuale di alcuni indicatori dello stile alimentare inclusa nell'Indagine multiscopo nella sezione relativa agli aspetti della vita quotidiana.

I dati sono raccolti sotto forma di modalità (occasioni e luoghi) e di frequenze abituali di consumo (gruppi di alimenti) e la struttura della sezione specifica necessita indubbiamente di una revisione per il miglioramento della potenza informativa in un'ottica nutrizionale. Dall'avvio dell'indagine (1993) l'attività di ricerca ha prodotto un ampliamento delle conoscenze che ha, da una parte, condotto ad una ridefinizione dei gruppi alimentari rilevanti sotto il profilo nutrizionale (SINU, 1996) e, dall'altra, ad una riconsiderazione del rapporto tra conoscenza e diffusione dell'informazione scientifica, che si è tradotta nella progettazione di una riformulazione delle raccomandazioni nutrizionali in termini di alimenti piuttosto che di nutrienti, cercando di facilitare il loro uso da parte dei cittadini che non necessariamente hanno un

---

<sup>5</sup> Turrini A (2000b): Conceptual framework of an integrated databases system for nutritional studies, *Journal of Food Composition and Analysis*, Vol. 13, No. 4, Aug 2000, pp. 585-595.

<sup>6</sup> Leclercq C, Arcella D & Turrini A (2000): Estimates of the Theoretical Maximum Daily Intake of erythorbic acid, gallates, Butylated Hydroxyanisole (BHA) and Butylated Hydroxytoluene (BHT) in Italy. A stepwise approach, *Food and Chemical Toxicology*, n. 38, pp. 1075-1084.

<sup>7</sup> Turrini A, Buratta V, Crialesi R (1996): Gli stili alimentari in Italia: potenzialità di analisi offerte dalle statistiche ufficiali, *Induzioni*, n.13, pp. 45-53. Lagiou P, Trichopoulou A and the DAFNE contributors (Italy Turrini A, Barcherini S, Martines S) A, Perrone D, Cialfa E, & D'Amicis A (2001): The DAFNE initiative: the methodology for assessing dietary patterns across Europe using household budget survey data, *Public Health Nutrition*, Vol. 4, 5(B), Special issue, pp. 1135-1141. Trichopoulou A and the DAFNE contributors (Italy Turrini A, Barcherini S, Martines S) A, Perrone D, Cialfa E, & D'Amicis A (2001): The DAFNE databank as a simple tool for nutrition policy, *Public Health Nutrition*, Vol. 4, 5(B), Special issue, pp. 1187-1198.

<sup>8</sup> Turrini A (1993): Indagini alimentari su scala nazionale: metodologia e possibilità di utilizzazione, Atti della XXV Riunione Generale della Società Italiana di Nutrizione Umana, Roma 23-25/9/1992, *Giornale Europeo di Nutrizione Clinica*, suppl. al n. 3, pp. 61-69.

bagaglio conoscitivo specifico (Food Based Dietary Guidelines; Piramide degli alimenti)<sup>9</sup>.

D'altro canto, anche l'evoluzione delle tipologie di alimenti disponibili sul mercato può richiedere la modifica della sezione per meglio evidenziare gli stili alimentari. Ad esempio, l'andamento della frequenza di consumo di alimenti ad alta facilità d'uso (piatti pronti o a rapida cottura) rappresenta un vero e proprio indicatore di stile, di cui tenere conto nella valutazione degli scenari entro i quali formulare interventi di politica alimentare.

In ogni caso, anche così come sono rilevati ed organizzati, i dati derivati dall'Indagine multiscopo per quanto riguarda i profili alimentari forniscono alcune utili indicazioni proprio nell'ottica della valutazione delle tendenze temporali. L'analisi che segue si incentra su alcuni punti focali: l'analisi territoriale che nel nostro Paese è collegata al permanere di diverse tradizioni gastronomiche, l'analisi per i gruppi di età giovanili, che può prefigurare scenari evolutivi ancora in *nuce*, e l'analisi per condizione occupazionale, che è connessa alla struttura economica e demografica italiana.

---

<sup>9</sup> Turrini A, Leclercq C, D'Amicis A (1999): Patterns of Food and Nutrient intakes in Italy and their Application to the Development of Food-based Dietary Guidelines, *British Journal of Nutrition*, n. 81, suppl. 2, pp. 83-89.



## 1. Metodologia

I dati forniti dall'Istat sono stati elaborati utilizzando il pacchetto statistico Sas (Sas Institute,1990) per tracciare la descrizione sintetica (analisi descrittiva) degli indicatori dello stile alimentare e per identificare gli assi dei modelli alimentari (analisi delle corrispondenze).

La stima del trend evolutivo in presenza di variabili qualitative è stata costruita a partire dalle distribuzioni delle risposte alle diverse modalità, dopo un opportuno accorpamento delle classi in funzione del tipo di alimento al fine di evitare l'influenza delle modalità meno rilevanti. Ad esempio, mentre per il gruppo pane, pasta, riso è stata mantenuta la modalità di consumo "più di una volta al giorno" e sono state accorpate "qualche volta a settimana" e "meno di una volta a settimana" (a formare "meno di una volta al giorno"), per altri alimenti per i quali il consumo abitualmente non avviene su base giornaliera "più di una volta al giorno" e "una volta al giorno" sono state accorpate a formare "almeno una volta al giorno". Il sommario delle modalità considerato è riportato nel Prospetto 1.

**Prospetto 1 - Gruppi alimentari rilevati e modalità di consumo abituale dopo accorpamento delle modalità originali utilizzate nell'Indagine multiscopo - Aspetti della vita quotidiana - Anni 1993-2000**

ALIMENTI	Frequenze di consumo (a)				
Pane, pasta, riso	>1v giorno	1v giorno	<1v giorno	mai	
Salumi	almeno 1v giorno	qv settimana	<1v settimana	mai	
Carne di pollo,tacchino,coniglio e vitello	almeno 1v giorno	qv settimana	<1v settimana	mai	
Carne bovina	almeno 1v giorno	qv settimana	<1v settimana	mai	
Carne di maiale	almeno 1v giorno	qv settimana	<1v settimana	mai	
Pesce	almeno 1v giorno	qv settimana	<1v settimana	mai	
Uova	almeno 1v giorno	q.v. settimana	<1v settimana	mai	
Latte	>1v giorno	1v giorno	<1v giorno	mai	
Formaggi, latticini	>1v giorno	1v giorno	<1v giorno	mai	
Verdure in foglie cotte e crude	>1v giorno	1v giorno	qv settimana	<1v settimana	Mai
Pomodori, melanzane, zucchine etc.	>1v giorno	1v giorno	qv settimana	<1v settimana	Mai
Frutta	>1v giorno	1v giorno	qv settimana	<1v settimana	Mai
Acqua minerale	>1/ giorno	1/2-1 / giorno	<1/2 / giorno	mai	
Bevande gassate	>1/ giorno	1/2-1 / giorno	<1/2 / giorno	mai	
Vino	tutti i giorni	raramente	stagionalmente	mai	
Birra	tutti i giorni	raramente	stagionalmente	mai	
Alcolici fuori pasto	tutti i giorni	qv settimana	raramente	mai	
Aperitivi analcolici	settimanalmente	raramente	eccezionalmente	mai	
Aperitivi alcolici	settimanalmente	raramente	eccezionalmente	mai	
Amari	settimanalmente	raramente	eccezionalmente	mai	
Super alcolici	settimanalmente	raramente	eccezionalmente	mai	

(a) Accorpate rispetto alle originali, tenendo conto a) del tipo di alimento, b) della frequenza di risposta; qv = qualche volta; v = volta.

Il secondo passo nella procedura di elaborazione del trend per gruppo alimentare, è stato quello di calcolare un indice sintetico di evoluzione per ciascuna modalità di consumo abituale. L'indice utilizzato è il Tasso medio periodale semplice (TMPS), che rappresenta la costante da applicare al dato di ciascun periodo per ottenere la variazione relativa complessiva, in questo caso dal 1993 al 2000.

La formula utilizzata è la seguente

$$(1) \quad TMPS_{0-t} = \frac{X_t - X_0}{(t-1)X_0} \quad t = \text{numero di anni nella serie storica.}$$

Questa formulazione ha permesso di superare il problema del diverso numero di periodi disponibile per ciascun gruppo alimentare (Prospetto 2).

**Prospetto 2 - Anni di rilevazione dei gruppi alimentari nell'Indagine multiscopo - Aspetti della vita quotidiana - Anni 1993-2000**

ALIMENTI	Anni inclusi nell'elaborazione (a)							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Pane, pasta, riso		§	§		§	§	§	§
Salumi		§	§		§	§	§	§
Carne di pollo,tacchino,coniglio e vitello <sup>1</sup>		§	§		§	§	§	§
Carne bovina <sup>1</sup>		§	§		§	§	§	§
Carne di maiale <sup>1</sup>					§	§	§	§
Pesce	§	§	§		§	§	§	§
Uova					§	§	§	§
Latte <sup>2</sup>		§	§		§	§	§	§
Formaggi, latticini		§	§		§	§	§	§
Verdure in foglie cotte e crude		§	§		§	§	§	§
Pomodori, melanzane, zucchine eccetera		§	§		§	§	§	§
Frutta	§	§	§		§	§	§	§
Acqua minerale					§	§	§	§
Bevande gassate					§	§	§	§
Vino	§	§	§		§	§	§	§
Birra	§	§	§		§	§	§	§
Alcolici fuori pasto	§	§	§		§	§	§	§
Aperitivi analcolici						§	§	§
Aperitivi alcolici						§	§	§
Amari						§	§	§
Super alcolici						§	§	§
Grassi per cottura	§	§	§		§	§	§	§
Grassi per condimento	§	§	§		§	§	§	§

(a) Nel 1996 non è stata effettuata la rilevazione della sezione alimentare; 1. Nel 1993 nel gruppo "carni"; 2. Nel 1993 il gruppo era "latte e derivati"

Le frequenze di risposta sono state classificate in aumento, in diminuzione o costanti in base al segno del TMPS e le combinazioni di andamento della frequenza

abituale di consumo-numero di consumatori sono state utilizzate per classificare gli andamenti in 5 modalità:

1. Fortemente crescente (FC): aumento dei consumatori e intensificazione di tutte le frequenze
2. Crescente (C): aumento dei consumatori e intensificazione delle frequenze più elevate
3. Diffusione del consumo moderato (DCM): aumento dei consumatori e rarefazione delle frequenze
4. Polarizzazione (P): diminuzione dei consumatori e intensificazione della frequenze
5. Decrescente (D): diminuzione dei consumatori e rarefazione delle frequenze.

I risultati presentati nella sezione successiva sono, quindi, presentati in base a questa classificazione.

## **2. Risultati**

### *2.1 Le tendenze nazionali*

Nel Prospetto 3 sono riportate le tendenze di consumo per l'intera popolazione. Si può osservare che si ha una tendenza all'aumento dei consumi di alimenti proteici (alcune carni, pesce, latte e derivati), ma anche delle fonti di grassi (salumi, formaggi) e non si osserva un'analoga tendenza per i vegetali e la frutta (quest'ultima addirittura mostra una tendenza ad essere meno consumata), cioè delle fonti di vitamine e fibra. I carboidrati, rappresentati qui da "pane, pasta, riso", ossia alimenti che fanno parte del modello alimentare tradizionale italiano, risultano nel complesso diffondersi con una frequenza moderata. Tuttavia, questo non fa ben sperare per il recupero della quota di carboidrati che dovrebbero essere assunti con la dieta e che attualmente sono intorno all'84 per cento del fabbisogno medio giornaliero di una dieta ben equilibrata.

Per quanto riguarda i grassi, si ha una confortante tendenza all'aumento dell'uso di olio di oliva per cuocere, ma per contro un aumento del burro per condire.

**Prospetto 3 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti in Italia per gruppi omogenei sotto il profilo nutrizionale. Indagine multiscopo - Aspetti della vita quotidiana - Anni 1993-2000**

Fortemente crescente	Crescente	Diffusione del Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente
		CEREALI Pane, pasta, riso		
	Carne di maiale; Pesce; Uova	CARNE, PESCE, UOVA Salumi	Carne bovina	Carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello
		LATTE E DERIVATI Latte, Formaggi, latticini		
		ORTAGGI E FRUTTA Pomodori, melanzane, zucchine etc.	Verdure in foglie cotte e crude; Frutta	
		BEVANDE		
Aperitivi alcolici	Acqua minerale; Bevande gassate; Aperitivi analcolici; Birra	Vino; Amari; Super alcolici	Alcolici fuori pasto	
	Olio d'oliva	GRASSI PER COTTURA		Olio di semi; Burro
	Olio d'oliva; Burro	GRASSI DA CONDIMENTO		Olio di semi

Vediamo ora due aspetti interessanti per l'analisi, quali le tendenze nelle diverse aree geografiche e per i più giovani.

### *2.2 Le tendenze sul territorio*

Il fattore geografico è stato, almeno fino ad oggi, legato al mantenimento di modelli alimentari differenziati, i risultati dell'analisi qui presentata sono visibili nel Prospetto 4.

Le fonti di carboidrati risultano in diminuzione nelle regioni del Nord-Est e delle Isole, mantenendo invece una diffusione del consumo moderato nelle altre aree.

Per quanto riguarda le fonti di proteine (ma anche di grassi e per di più saturi), osserviamo che le isole presentano un andamento difforme: mentre i salumi presentano un andamento decrescente, carni bovine, carne di maiale e pesce mostrano quella che è stata definita polarizzazione, ossia una diminuzione della percentuale di consumatori, a fronte di una intensificazione delle frequenze. A questo proposito, occorre osservare che si dovrebbe indagare più a fondo sulle motivazioni che

conducono ad abbandonare, alcuni, e a intensificare, altri, il consumo, poiché l'eccesso di consumo di alcuni alimenti (sbilanciando la dieta) può porre in una situazione di rischio potenziale i consumatori nei percentili più elevati della distribuzione. In questo caso, una quantificazione sarebbe auspicabile per verificare se le frequenze corrispondono anche a quantità assunte molto elevate.

**Prospetto 4 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti nelle ripartizioni geografiche italiane. Indagine multiscope - Aspetti della vita quotidiana - Anni 1993-2000**

ALIMENTI	Ripartizioni geografiche				
	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole
Pane, pasta, riso	DCM	D	DCM	DCM	D
Salumi	DCM	DCM	C	C	D
Carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello	D	D	D	D	D
Carne bovina	DCM	C	C	C	P
Carne di maiale	C	C	C	C	P
Pesce	C	P	C	C	P
Uova	C	C	DCM	DCM	DCM
Latte	P	D	DCM	DCM	D
Formaggi, latticini	DCM	D	DCM	DCM	DCM
Verdure in foglie cotte e crude	D	D	D	D	P
Pomodori, melanzane, zucchine etc.	DCM	D	D	D	DCM
Frutta	D	D	D	D	D
Acqua minerale	C	C	C	C	C
Bevande gassate	C	C	C	C	DCM
Vino	DCM	DCM	DCM	DCM	DCM
Birra	C	C	C	C	DCM
Alcolici fuori pasto	DCM	DCM	DCM	DCM	D
Aperitivi analcolici	DCM	DCM	DCM	DCM	C
Aperitivi alcolici	FC	FC	FC	FC	FC
Amari	C	DCM	DCM	DCM	FC
Super alcolici	C	DCM	DCM	DCM	DCM

FC =Fortemente crescente; C =Crescente; DCM =Diffusione del consumo moderato; P = Polarizzazione;D = Decrescente

Una nota generale riguarda la tendenza a rarefare il consumo laddove tradizionalmente il consumo è più elevato: questo vale per i carboidrati nelle Isole, ma anche per il latte e i formaggi nel Nord-Est. Sembrerebbe di poter dire, ma questo rende ancora una volta auspicabile una migliore quantificazione, che la tendenza alla riduzione sia più marcata laddove si parte da una situazione di consumo tradizionalmente più elevato. Saremmo quindi di fronte ad una sorta di appiattimento della dieta su un modello comune e all'evidenziazione di comportamenti di consumo alimentare sbilanciati rispetto alla razione giornaliera raccomandata. Il richiamo alla tradizione accompagnato da una politica di promozione della distribuzione potrebbe

essere il messaggio da trasmettere, tenendo tuttavia presenti quali sono le motivazioni che determinano le scelte alimentari, tra i quali le modificazioni dello stile di vita, specialmente nei grandi centri urbani, potrebbero rivestire un ruolo non certo secondario.

### *2.3 Le tendenze tra i giovani*

Le abitudini alimentari acquisite dai bambini rivestono un ruolo importante per la prevenzione di alcune patologie, in particolare quelle connesse all'obesità. È quindi importante valutare quali siano le tendenze di consumo tra le classi di età meno elevate: anche se nel tempo subiranno modificazioni di vario tipo, l'imprinting iniziale può contribuire a tracciare un corso difficilmente modificabile, o modificabile a prezzo di sacrifici notevoli, magari del tipo "dieta perpetua", per non parlare dei casi in cui questo può condurre a situazioni di tipo patologico.

Gli indicatori che si possono trarre dai dati usati in questo lavoro, mettono in evidenza che gli adolescenti (fascia di età 14-17 anni) presentano una tendenza a variare in senso "meno salutare" (Prospetto 5). Tra le carni, sono i salumi ad mostrare un trend crescente (vero anche per la classe 11-13 anni), mentre contemporaneamente "pane, pasta, riso" e, soprattutto, i vegetali tutti presentano un trend decisamente decrescente. I messaggi da inviare a questo specifico target di popolazione non sono probabilmente facili da formulare, poiché la particolare fase di crescita potrebbe richiedere una maggiore attenzione alle motivazioni e agli atteggiamenti verso l'alimentazione.

Il fenomeno della polarizzazione riguarda essenzialmente i più piccoli e per questo sicuramente il coinvolgimento delle famiglie, ma anche della scuola, risulta fondamentale. L'intervento educativo in questo caso dovrebbe riguardare proprio coloro che sono responsabili per i bambini e, naturalmente, dovrebbe essere a diversi livelli (al bambino per arrivare al genitore e viceversa con le opportune modifiche, alle società di gestione delle mense scolastiche, agli insegnanti).

**Prospetto 5 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti tra i giovani in Italia - Indagine multiscope - Aspetti della vita quotidiana - Anni 1993-2000**

ALIMENTI	Classi di età		
	6-10 Anni	11-13 Anni	14-17 Anni
Pane, pasta, riso	DCM	DCM	D
Salumi	DCM	C	C
Carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello	D	D	D
Carne bovina	P	P	D
Carne di maiale	C	C	C
Pesce	P	D	DCM
Uova	DCM	DCM	C
Latte	D	DCM	C
Formaggi, latticini	D	D	DCM
Verdure in foglie cotte e crude	P	DCM	D
Pomodori, melanzane, zucchine etc.	C	D	D
Frutta	D	DCM	D
Acqua minerale	non rilevato	non rilevato	C
Bevande gassate	non rilevato	non rilevato	D
Vino	non rilevato	non rilevato	DCM
Birra	non rilevato	non rilevato	DCM
Alcolici fuori pasto	non rilevato	non rilevato	DCM
Aperitivi analcolici	non rilevato	non rilevato	D
Aperitivi alcolici	non rilevato	non rilevato	FC
Amari	non rilevato	non rilevato	DCM
Super alcolici	non rilevato	non rilevato	FC

FC= Fortemente crescente; C= Crescente; DCM = Diffusione del consumo moderato; P = Polarizzazione; D = Decrescente

#### *2.4 Le professioni*

Il ruolo dell'abitudine a mangiare fuori casa, specialmente il pranzo nei giorni feriali, è uno degli elementi che sembra emergere dall'analisi delle tendenze di consumo per professione. In generale, si è osservato che le categorie che consumano più frequentemente il pranzo fuori casa (PFC) o non pranzano affatto (NP), sono "imprenditori-liberi professionisti" (PFC=27,3 per cento; NP=2,4 per cento), "dirigenti e impiegati" (PFC=38,6 per cento; NP=1,8 per cento), "operai e assimilati" (PFC=37,6 per cento; NP=0,8 per cento), mentre "lavoratori in proprio", "pensionati", "casalinghe", "studenti" e "in altra condizione", siano più liberi ad esempio di consumare il pranzo a casa.

I dati analitici per professione sono riportati nel Prospetto 6 e una sintesi relativa ai profili che si discostano dal profilo medio per l'intera popolazione italiana

per quanto concerne i gruppi di alimenti rilevanti sotto il profilo nutrizionale nel Prospetto 7.

**Prospetto 6 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti tra persone con diversa condizione professionale in Italia - Indagine multiscopo - Aspetti della vita quotidiana - Anno 1993-2000**

ALIMENTI	Condizioni professionali							
	Imprenditori - liberi professionisti	Lavoratori in proprio	Dirigenti, impiegati	Operai e assimilati	Studenti	Pensionati	Casalinghe	Altra condizione
Pane, pasta, riso	D	DCM	D	D	D	DCM	DCM	DCM
Salumi	D	DCM	DCM	D	C	DCM	DCM	DCM
Carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello	DCM	D	D	D	D	D	D	DCM
Carne bovina	P	P	C	C	D	DCM	P	C
Carne di maiale	C	C	FC	C	C	C	C	DCM
Pesce	C	C	C	C	C	C	C	P
Uova	C	DCM	DCM	C	C	C	C	DCM
Latte	D	DCM	DCM	C	DCM	DCM	DCM	DCM
Formaggi, latticini	C	DCM	D	DCM	D	DCM	DCM	C
Verdure in foglie cotte e crude	C	D	D	D	D	DCM	DCM	DCM
Pomodori, melanzane, zucchine eccetera	FC	DCM	D	DCM	D	DCM	DCM	C
Frutta	D	D	D	D	D	DCM	D	DCM
Acqua minerale	C	C	C	C	C	C	C	C
Bevande gassate	C	C	C	C	P	C	C	DCM
Vino	FC	D	DCM	DCM	DCM	D	D	DCM
Birra	DCM	C	C	C	C	FC	DCM	C
Alcolici fuori pasto	DCM	DCM	DCM	DCM	FC	DCM	DCM	C
Aperitivi analcolici	DCM	C	DCM	C	DCM	DCM	DCM	DCM
Aperitivi alcolici	FC	FC	FC	FC	FC	FC	C	DCM
Amari	C	C	DCM	C	FC	DCM	DCM	DCM
Super alcolici	DCM	DCM	DCM	FC	FC	FC	C	D

FC= Fortemente crescente; C= Crescente; DCM = Diffusione del consumo moderato; P = Polarizzazione; D = Decrescente



**Prospetto 7 - Sintesi dello scostamento del consumo di gruppi di alimenti nutrizionalmente rilevanti per condizione professionale - Indagine multiscopo - Aspetti della vita quotidiana - Anni 1993-2000**

CONDIZIONI PROFESSIONALI	Differenze rispetto al profilo nazionale*	
	Più salutiste	Meno salutiste
Imprenditori e liberi professionisti	meno salumi <sup>(DCM)</sup> più pollo, ecc. <sup>(D)</sup> più vegetali in foglie <sup>(D)</sup> più vegetali a frutto <sup>(P)</sup> meno birra <sup>(C)</sup>	meno cereali <sup>(DCM)</sup> più vino <sup>(DCM)</sup> più amari <sup>(DCM)</sup>
Lavoratori in proprio	più vegetali a frutto <sup>(P)</sup> meno vino <sup>(DCM)</sup> meno burro per condire <sup>(C)</sup>	più aperitivi analcolici <sup>(DCM)</sup> più amari <sup>(DCM)</sup>
Dirigenti e impiegati	meno formaggi e latticini <sup>(DCM)</sup> più vegetali a frutto <sup>(P)</sup> meno burro per condire <sup>(C)</sup>	meno cereali <sup>(DCM)</sup> più carne bovina <sup>(P)</sup> più carne suina fresca <sup>(C)</sup>
Operai e assimilati	meno salumi <sup>(DCM)</sup> più vegetali a frutto <sup>(P)</sup> meno burro per condire <sup>(C)</sup>	meno cereali <sup>(DCM)</sup> più aperitivi analcolici <sup>(DCM)</sup> più amari <sup>(DCM)</sup> più superalcolici <sup>(DCM)</sup> più burro per cuocere <sup>(D)</sup> più olio di semi per condire <sup>(D)</sup>
Pensionati	più pollo, ecc. <sup>(D)</sup> più vegetali in foglie <sup>(D)</sup> più vegetali a frutto <sup>(P)</sup> meno vino <sup>(DCM)</sup> meno burro per condire <sup>(C)</sup>	più carne bovina <sup>(P)</sup> più birra <sup>(C)</sup> più olio di semi per condire <sup>(D)</sup>
Casalinghe	più pollo, ecc. <sup>(D)</sup> più vegetali in foglie <sup>(D)</sup> più vegetali a frutto <sup>(P)</sup> meno vino <sup>(DCM)</sup> meno birra <sup>(C)</sup> meno aperitivi alcolici <sup>(FC)</sup> meno burro per condire <sup>(C)</sup>	più superalcolici <sup>(DCM)</sup> meno olio di oliva per condire <sup>(C)</sup>
Studenti	meno carne bovina <sup>(P)</sup> meno formaggi e latticini <sup>(DCM)</sup> meno bevande gassate <sup>(C)</sup> meno burro per condire <sup>(C)</sup>	meno cereali <sup>(DCM)</sup> più salumi <sup>(DCM)</sup> meno vegetali a frutto <sup>(P)</sup> più alcolici fuori pasto <sup>(DCM)</sup> più amari <sup>(DCM)</sup> più olio di semi per condire <sup>(C)</sup>
Altra condizione	più pollo, ecc. <sup>(D)</sup> meno carne suina fresca <sup>(C)</sup> più vegetali in foglie <sup>(D)</sup> più vegetali a frutto <sup>(P)</sup> più frutta <sup>(D)</sup> meno bevande gassate <sup>(C)</sup> meno aperitivi alcolici <sup>(FC)</sup> meno superalcolici <sup>(DCM)</sup>	più carne suina fresca <sup>(C)</sup> meno pesce <sup>(C)</sup> più formaggi e latticini <sup>(DCM)</sup> più alcolici fuori pasto <sup>(DCM)</sup>

\* I caratteri tra parentesi in apice indicano la tendenza nazionale; FC = Fortemente crescente; C = Crescente; DCM = Diffusione del consumo moderato; P = Polarizzazione; D = Decrescente

Variazioni di gusto con l'età (indicate dai pensionati), differenze per sesso (indicate dalle casalinghe), abitudini (es.: burro per cuocere tra gli operai) e fattori economici (es.: uso dell'olio di semi per condire), e tipologia di lavoro (possibilità di

pranzare a casa nei giorni feriali, di fare effettivamente una pausa adeguata, accesso a mense, ecc.), così come si può ipotizzare una influenza del titolo di studio, sono alla base delle differenze osservabili.

### *2.5 Le bevande*

L'assunzione di bevande alcoliche merita un discorso a parte che verrà sviluppato dal gruppo che ha specificamente lavorato su questo aspetto.

In linea generale, tutte le bevande presentano un andamento crescente con diffusione del consumo moderato (più consumatori e rarefazione della frequenza di assunzione). È presente un picco per gli aperitivi analcolici (fortemente crescenti) e la birra (crescente).

Le tendenze di consumo si differenziano in alcuni casi tra quelli qui analizzati:

- le bevande gassate (C) sono meno crescenti nelle Isole (DCM) e tra le persone in altra condizione professionale, mentre risultano in diminuzione nella classe di età 14-17
- il vino (DCM) risulta fortemente crescente (FC) tra gli imprenditori e liberi professionisti e in diminuzione (D) tra lavoratori in proprio, pensionati e casalinghe
- la birra (C) è meno crescente (DCM) nelle Isole, tra gli imprenditori e liberi professionisti, le casalinghe e la classe di età 14-17, mentre risulta fortemente crescente (FC) tra i pensionati
- gli alcolici fuori pasto (DCM) risultano decrescenti (D) nelle Isole e fortemente crescenti (FC) tra gli studenti
- gli aperitivi analcolici (DCM) risultano crescenti (C) nelle Isole, tra i lavoratori in proprio e gli operai e assimilati, mentre mostrano valori decrescenti (D) nella classe di età 14-17,
- gli aperitivi alcolici (FC) risultano meno crescenti (C) tra le casalinghe e le persone in altra condizione professionale (DCM)
- gli amari (DCM) presentano maggiore diffusione (C) nel Nord-Ovest, tra imprenditori e liberi professionisti, lavoratori in proprio e operai e assimilati, ed ancora di più (FC) nelle Isole e tra gli studenti
- i superalcolici (DCM) sono, invece in diminuzione (D) tra le persone in altra condizione, presentano aumenti più marcati (C) nel Nord-Ovest e tra le casalinghe, e mostrano un andamento fortemente crescente (FC) tra operai e assimilati, pensionati, studenti e i giovani di 14-17 anni.

### 3. Discussione

È stato già accennato nell'introduzione che i dati di consumo alimentare rilevati con l'indagine Multiscopo non rispondono perfettamente alle esigenze dell'analisi di tipo nutrizionale. Questa, infatti, risulta limitata da un insieme di fattori che riguardano la metodologia di rilevazione:

- le frequenze di consumo non sono allineate con le modalità consigliate nei Livelli di assunzione raccomandati di energia e Nutrienti per la popolazione italiana - LARN (SINU, 1996);
- non tutti i gruppi rilevanti dal punto di vista nutrizionale, sempre secondo la revisione delle raccomandazioni del 1996, sono stati rilevati o per lo meno non sono rilevati separatamente, ad esempio, le quantità di oli e grassi, i legumi, le altre fonti di cereali (cereali da prima colazione, sostituti del pane), le patate, i dolci e i succhi di frutta (questi ultimi non sono esplicitamente raccomandati come gruppo di alimenti, ma esiste una raccomandazione al tetto di carboidrati solubili di cui sono fonte)
- al fine di valutare l'apporto di grassi, occorrerebbe distinguere gli alimenti che subiscono un trattamento di riduzione (es. latte scremato, formaggi light, ecc.).

La natura qualitativa delle modalità utilizzate per descrivere i dati alimentari obbliga ad una trasformazione dei dati originali per la valutazione del trend.

Nonostante queste limitazioni, la base informativa sotto forma di serie storica risulta utile per determinare le tendenze in atto, soprattutto perché rappresenta l'unico monitoraggio dell'andamento temporale delle frequenze di consumo abituali.

Affiancare un'indagine quantitativa (ad esempio un diario alimentare o un *recall* di 24 ore) alla rilevazione potenzierebbe enormemente l'informazione consentendo analisi quantitative più raffinate e facilitando la segmentazione della popolazione in base ai modelli di consumo. In aggiunta, una batteria motivazionale, consentirebbe anche di calibrare i contenuti da diffondere.

In generale, per quanto riguarda l'aspetto specifico dei risultati si possono cogliere alcune tendenze verso l'omologazione dei modelli e, contemporaneamente ad uno sbilanciamento della razione nutritiva quotidiana. La popolazione giovanile è un target importante per gli interventi di politica nutrizionale con obiettivo un buono stato di salute.

Le tendenze stimate sono state confrontate con i risultati da studi diversi condotti dall'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (Inran) e dati di fonte Istat al fine di una validazione indiretta. Fondamentalmente, i trend calcolati sui dati di frequenza concordano con quelli osservabili da queste ultime fonti.

## Conclusioni

I dati di consumo alimentare rilevati nell'ambito dell'Indagine multiscopo necessitano di alcuni raffinamenti per adeguare la sezione alle più recenti necessità di analisi nutrizionale conseguente all'evoluzione delle conoscenze scientifiche e alla dinamica della domanda alimentare, pur mantenendo una osservazione di natura qualitativa. Sarebbe auspicabile agganciare ad essa una rilevazione di tipo quantitativo per meglio precisare la valenza nutrizionale della dieta abituale. Tuttavia, l'attuale base informativa consente di ottenere alcune utili indicazioni sulle tendenze evolutive del fenomeno. In particolare, possono essere identificati cambiamenti in atto nella popolazione e nei suoi sottogruppi rilevanti.

L'opportunità di identificare target specifici di popolazione per la comunicazione finalizzata all'informazione ed educazione alimentare ha condotto ad analizzare i dati in quest'ottica. L'elaborazione dei risultati ha, quindi, messo in evidenza modelli che stanno evolvendo in senso meno salutare per alcuni gruppi di popolazione. È, quindi, a questi ultimi che dovranno essere diretti alcuni messaggi per contrastare il permanere di comportamenti alimentari non corretti. Parliamo dei giovani e delle popolazioni meridionali che mostrano una tendenza ad allontanarsi da quel modello mediterraneo che a tutt'oggi viene considerato un *gold standard* dell'alimentazione. In particolare, il messaggio che emerge per i giovani (e le loro famiglie) è di ridurre la frequenza di consumo delle carni e dei salumi a favore di un maggiore consumo di ortaggi e frutta, limitando anche le bevande alcoliche. Alle popolazioni delle nostre regioni meridionali e nord-orientali sembra opportuno ricordare l'importanza di pane, pasta e riso in una dieta equilibrata.

## Bibliografia

- Lagiou P, Trichopoulou A and the DAFNE contributors (Italy Turrini A, Barcherini S, Martines S) A, Perrone D, Cialfa E, & D'Amicis A (2001): The DAFNE initiative: the methodology for assessing dietary patterns across Europe using household budget survey data, *Public Health Nutrition*, Vol. 4, 5(B), Special issue, pp. 1135-1141.
- Leclercq C, Arcella D & Turrini A (2000): Estimates of the Theoretical Maximum Daily Intake of erythorbic acid, gallates, Butylated Hydroxyanisole (BHA) and Butylated Hydroxytoluene (BHT) in Italy. A stepwise approach, *Food and Chemical Toxicology*, n. 38, pp. 1075-1084.
- SAS (1990): SAS Procedure Guide, SAS Institute Inc., Cary, NC USA.
- SINU - Società Italiana di Nutrizione Umana<sup>10</sup> (1996): Livelli di Assunzione Raccomandata in energia e nutrienti (LARN), Istituto Nazionale della Nutrizione, Roma.
- Ticca M (1997): La piramide degli alimenti. Un buono strumento educativo per l'alimentazione mediterranea?, Roma CIC Edizioni Internazionali
- Trichopoulou A and the DAFNE contributors (Italy Turrini A, Barcherini S, Martines S) A, Perrone D, Cialfa E, & D'Amicis A (2001): The DAFNE databank as a simple tool for nutrition policy, *Public Health Nutrition*, Vol. 4, 5(B), Special issue, pp. 1187-1198.
- Turrini A (1993): Indagini alimentari su scala nazionale: metodologia e possibilità di utilizzazione, Atti della XXV Riunione Generale della Società Italiana di Nutrizione Umana, Roma 23-25/9/1992, *Giornale Europeo di Nutrizione Clinica*, suppl. al n. 3, pp. 61-69.
- Turrini A (2000a): Food data quality in nutritional surveys: which issues are to be tackled?, *Journal of Food Composition and Analysis*, Vol. 13, No. 4, Aug 2000, pp. 597-609.
- Turrini A (2000b): Conceptual framework of an integrated databases system for nutritional studies, *Journal of Food Composition and Analysis*, Vol. 13, No. 4, Aug 2000, pp. 585-595.
- Turrini A, Buratta V, Crialesi R (1996): Gli stili alimentari in Italia: potenzialità di analisi offerte dalle statistiche ufficiali, *Induzioni*, n.13, pp. 45-53.
- Turrini A, Leclercq C, D'Amicis A (1999): Patterns of Food and Nutrient intakes in Italy and their Application to the Development of Food-based Dietary Guidelines, *British Journal of Nutrition*, n. 81, suppl. 2, pp. 83-89.
- Turrini A, Rosolini G, Cialfa E, Carducci S, Di Lena G, Cappelloni M, Lintas C (1995): Dietary fibre intake: trends in Italy, *European Journal of Clinical Nutrition*, n. 49, suppl. 3, pp. 219-221.

---

<sup>10</sup> Italian Society of Human Nutrition (1996): Recommended Daily Allowances of Energy and Nutrients Intakes for the Italian Population

# IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE: GENERAZIONI A CONFRONTO

*E. Scafato<sup>1</sup>, M. Massari<sup>1</sup>*

## **Introduzione**

La crescente attenzione rivolta nell'ambito delle politiche sociosanitarie nazionali ed europee al miglioramento della salute dell'individuo e della società ha rappresentato nel corso dell'ultimo decennio il segnale eloquente dell'inderogabile necessità di incrementare la capacità dell'individuo di riconoscere e gestire i principali fattori di rischio e di malattia. La centralità del ruolo dell'individuo nel processo di prevenzione appare oggi più che mai indispensabile per sollecitare l'adozione di comportamenti di vita sani basati su una corretta informazione e sulla consapevolezza dei potenziali rischi e dei danni che alcuni atteggiamenti possono causare alla salute. L'alcol ha assunto una dignità autonoma di valutazione soprattutto alla luce della crescente evidenza delle conseguenze che un'impropria valutazione del rischio collegato all'uso inadeguato di bevande alcoliche possa trasformare la relativa inesperienza dei consumatori, i giovani in particolare, in un grave pericolo per la salute individuale e collettiva. L'incremento della capacità critica da parte dei consumatori, in particolare i più giovani, appare, alla luce dell'analisi dei dati dell'Indagine multiscopo Istat, lo strumento prioritario da utilizzare per giungere ad una maggiore consapevolezza e responsabilità delle scelte individuali.

---

<sup>1</sup> Istituto superiore di sanità. Laboratorio di epidemiologia e biostatistica. Osservatorio fumo, alcol e droga.

## 1. Le fonti di informazione

L'indicatore utilizzato correntemente per comparare i consumi alcolici e per stimare indirettamente l'impatto sociosanitario dei problemi alcol-correlati a livello di popolazione è il consumo pro-capite di alcol anidro. Tale indicatore, calcolato annualmente sulla base delle vendite, esportazione ed importazione delle bevande alcoliche, riferisce il consumo medio in un dato anno della popolazione residente di età superiore ai 15 anni; nessuna correzione viene apportata in funzione della prevalenza degli astemi assumendo che l'intera popolazione sia costituita da consumatori. Intuitivamente tale indicatore può essere utile per la comparazione di trend storici più che per la stima puntuale dei consumi reali; la stessa Organizzazione mondiale della sanità ribadisce che in numerose nazioni occidentali esistono strumenti ed indicatori più adeguati a monitorare il consumo alcolico e che possono fornire una stima più realistica dei fenomeni collegati a tale consumo (International Guide to monitor alcohol consumption and related harm - Dpt of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Who, Geneva 2001). Per definizione acquisita l'approssimazione della distribuzione reale dei consumi alcolici nella popolazione può essere derivata riferendo il dato complessivo di produzione (vendita + import – export + riserve) alla proporzione di individui della popolazione che, alla luce delle indagini annuali sui consumi, risultino classificabili come consumatori effettivi (prevalenza dei consumatori con età superiore ai 15 anni). Il dato derivato dall'analisi del consumo pro-capite non consente, ovviamente, disaggregazioni per sesso, età, ripartizione geografica, classi di consumo (quantità e frequenza) e non tiene conto delle possibili variazioni della popolazione che consuma (valutazioni relativi all'impatto dei flussi turistici anche sostanziali quali quelli del Giubileo non trovano capienza in tale indicatore). Il livello nazionale informativo generato dalle indagini periodiche Indagine multiscope Istat è pertanto da considerarsi una fonte preziosa e da valorizzare per tentare di giungere ad informazioni esaustive riguardo i consumi alcolici italiani e ciò, in particolare, per l'assoluta necessità di identificare quelle fasce di popolazione che presentino *pattern* di consumo alcolico ad alto rischio.

Gli indicatori pertinenti estrapolabili dall'ultimo standard di rilevazione individuale della Multiscopo possono essere così riassunti:

- categorie di frequenza/quantità predefinite di consumo dei differenti tipi di bevanda alcolica consumata (vino, birra, aperitivi alcolici, amari, superalcolici (o liquori))
- consumo di vino o alcolici fuori pasto.

Per tutti gli indicatori è possibile provvedere alla aggregazione per sesso, età o classi di età, distribuzione geografica e per tutte le altre variabili comprese in altre sezioni della Indagine multiscope ritenute opportune per l'analisi.

Per disporre di altre utili informazioni, bisognerebbe provvedere ad inserire alcune domande che permettano di valutare l'esposizione al rischio da parte di chi consuma bevande alcoliche. Ad esempio, manca la domanda esplicita "Consuma abitualmente bevande alcoliche? SI/NO" che renderebbe immediata l'individuazione

della popolazione esposta, così come non viene riportata alcuna domanda, analoga a quella del fumo, sul consumo pregresso (“Ha mai consumato bevande alcoliche?”) oppure “Consuma attualmente bevande alcoliche” per poter identificare la popolazione esplicitamente astemia da quella astinente (bevevo ma attualmente non beve più per, ad esempio, motivi di salute). Relativamente all’avvio al consumo alcolico, manca la domanda “A che età ha incominciato a consumare (regolarmente) bevande alcoliche?”.

È inoltre da rilevare che, analogamente a quanto veniva riportato nei risultati delle tabelle pubblicate dall’Istat negli anni precedenti al 1999, la classe di età “14 anni” andrebbe mantenuta separata e non accorpata alla classe di età “15-17 anni” in quanto tale classe si presta indirettamente a fornire informazioni sulla prevalenza dei giovanissimi (in mancanza dell’informazione dell’età di avvio al consumo alcolico il confronto tra generazioni di 14enni in una serie temporale potrebbe essere considerato una variabile attendibile delle tendenze di tale fascia di popolazione “sensibile” ad affacciarsi ad un comportamento potenzialmente dannoso (fisiologicamente l’organismo di un quattordicenne non ha raggiunto la maturità metabolica ed enzimatica per poter elaborare l’alcol ingerito e scomporlo in acqua e acetaldeide grazie all’enzima alcoldeidrogenasi).

## 2. Il consumo pro capite di alcol

L’esercizio di elaborazione dei dati messi a disposizione dall’Istat ha consentito di evidenziare numerosi ed interessanti fenomeni legati al consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana.

Ad integrazione dei dati Istat sono stati esaminati anche quelli prodotti da altre fonti informative esistenti (World Health Organization - Health for All Database), usualmente utilizzate per seguire nel tempo i trends dei consumi alcolici della popolazione. L’Italia è il primo dei cinquantuno Paesi afferenti alla Regione Europea del Who ad aver raggiunto l’obiettivo di una diminuzione del 25 per cento del consumo pro capite di alcol nel periodo prefissato 1981-2000 (Prospetto 1).

**Prospetto 1 - Consumo pro capite di bevande alcoliche e di alcol puro in Italia. (Consumo espresso in litri/anno) - Anni 1981, 1991 e 2000 e variazione (%) nel periodo 1981-2000 (a)**

	1981	1991	2000	1981-2000 (b)
Vino	86,2	62,1	51,0	- 40,8
Birra	17,9	24,9	28,1	+ 57
Superalcolici	3,5	2,5	1,2	- 65,7
<b>ALCOL</b>	<b>11,7</b>	<b>9,1</b>	<b>7,5</b>	<b>- 35,9</b>

(a) Metodo della disponibilità: Consumo= Produzione nazionale + (import-export) – altri usi + Stocks.

(b) Variazione percentuale.

Fonte: Elaborazione ISS-OSSFAD su dati PVGD – World Drink Trends.



Come si può notare dal prospetto 4.1, al decremento complessivo del consumo di alcol hanno contribuito in maniera preponderante il calo del consumo di vino e di superalcolici mentre la birra mostra un andamento crescente.

Il risultato è complessivamente incoraggiante ma rimangono numerosi interrogativi:

1. è possibile considerare affidabili tali risultati in presenza delle numerose limitazioni che l'indicatore utilizzato pone?
2. è possibile assumere che l'esposizione degli italiani al fattore di rischio alcol sia diminuito nel corso degli ultimi anni?
3. è sufficiente tale informazione per poter produrre eventuali misure preventive efficaci e adeguate a rispondere alle tendenze di consumo registrate?
4. se è vero che l'Italia ha ridotto il consumo pro-capite di alcol sono anche parallelamente diminuiti gli effetti dannosi che l'alcol può produrre a livello della popolazione?
5. se la riduzione dei consumi alcolici è reale chi ha contribuito al raggiungimento di tale obiettivo? I consumatori moderati, i consumatori "inadeguati", i giovani, gli anziani, gli uomini o le donne?
6. quali scenari si possono prospettare in relazione alla distribuzione delle quantità e delle frequenze di consumo e alle differenti esposizioni di consumi individuali di bevande riassunti dalla media del consumo di una popolazione?
7. le modalità e le abitudini di consumo delle bevande alcoliche da parte degli italiani in presenza di una riduzione quantitativa così marcata si sono modificate e in che modo?
8. quali sono le implicazioni sociali e sanitarie di tale tendenze?

Ovviamente l'analisi del consumo pro-capite può dare solo poche indicazioni in merito in quanto non può fornire alcuna informazione riguardante le prevalenze dei consumatori/astemi per sesso e per età, quelle relative alla distribuzione del consumo nelle varie fasce di popolazione o quelle relative alle modalità e alle abitudini di consumo.

### **3. Le evidenze emerse dall'analisi**

L'analisi dei dati dell'Indagine multiscopo ha consentito di rispondere a gran parte dei quesiti posti. Inoltre, al fine di una dimostrare l'applicabilità di un sistema di monitoraggio specifico basata sugli indicatori Istat, si è provveduto ad analizzare i dati della serie storica 1993-2000 dell'Indagine multiscopo per la valutazione dei risultati conseguiti dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 che fissava esplicitamente obiettivi di salute sull'alcol rivolti al miglioramento dello stato di salute della popolazione italiana. Tale esercizio si propone di documentare il valore aggiunto della

utilizzazione diretta dei dati per le politiche sociosanitari e per la programmazione nazionale e regionale.

Il Piano sanitario nazionale (Psn) 1998-2000 si proponeva il raggiungimento di due obiettivi principali che recitavano testualmente:

- ridurre del 20 per cento la prevalenza degli uomini e delle donne che consumino rispettivamente più di 40 grammi e 20 grammi quotidiani di alcol
- ridurre del 30 per cento la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche al di fuori dei pasti.

Si tratta di obiettivi che tengono conto delle finalità preventive basate sulle conoscenze epidemiologiche che indicano che:

1. il consumo di alcol meno dannoso è quello moderato,
2. le quantità di alcol metabolizzabili dall'organismo sono differenziate per i due sessi,
3. l'assunzione contemporanea di cibo garantisce un assorbimento più graduale dell'alcol e quindi una riduzione del potenziale danno o rischio per la salute.

Il riferimento di base per seguire l'andamento dei trend degli indicatori Istat presi in considerazione era l'anno 1995 per cui le annotazioni che seguono si riferiscono ad una valutazione temporale del periodo 1995-2000.

#### 4. Il numero di consumatori di bevande alcoliche

Solo dal 1998 è possibile stimare il numero dei consumatori di bevande alcoliche in quanto negli anni precedenti veniva rilevata solo la prevalenza di consumatori di vino e birra e non quella di altre bevande alcoliche. Fatta tale premessa, a partire dal 1998 il numero di consumatori di bevande alcoliche è cresciuto passando dal 71 per cento al 75 per cento nell'anno 2000; in particolare, nel 2000 l'87,2 per cento della popolazione maschile e il 63,6 per cento di quella femminile ha dichiarato di consumare bevande alcoliche con un incremento rispetto al 1998 (86,1 e 61,4 per cento rispettivamente). Parallelamente, nel periodo 1998-2000 si è assistito ad una riduzione nel numero di astemi dal 26,7 al 25 per cento della popolazione con una quota maggiore di astemi tra le donne (36,4 per cento) rispetto agli uomini (12,8 per cento).

Una prima considerazione riguarda quindi il numero di individui potenzialmente esposti al fattore di rischio alcol che vede incrementata ulteriormente la platea di consumatori e consumatrici di bevande alcoliche.

Volendo stimare il consumo pro-capite degli italiani occorrerebbe riproporzionare le quantità registrate dall'indicatore specifico dell'Organizzazione

mondiale della sanità riferendole non a tutta la popolazione ma distribuendole alla quota dei soli consumatori; il consumo pro capite così ricalcolato risulterebbe ovviamente più elevato.

## 5. Il vino

Il numero di consumatori di vino è risultato sostanzialmente stabile nel periodo 1995-2000 per entrambi i sessi ma con differenze significative per le classi di età più giovanili in particolare per gli adolescenti e per i diciotto-ventiquattrenni, sia maschi, sia femmine (Prospetto 2).

**Prospetto 2 - Prevalenza consumatori di vino - Anni 1993-2000 (variazione percentuale)**

Maschi									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescenti	22,0	22,5	20,6		24,8	21,1	22,9	24,0	16,3
18-24 giovani	50,7	49,6	45,2		50,3	48,4	48,7	50,1	11,0*
25-44 giovani adulti	75,0	74,5	73,7		73,8	72,2	70,6	71,8	-2,6
45-64 adulti	83,4	83,5	83,3		82,5	81,6	80,6	81,1	-2,7*
65-74 giovani anziani	80,3	80,9	82,4		81,8	79,0	78,6	78,6	-4,6*
75+ anziani	78,9	74,7	76,6		74,2	73,8	71,3	70,5	-8,0*
Femmine									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescenti	13,1	11,0	10,4		13,5	13,7	15,3	13,7	31,0*
18-24 giovani	25,0	23,7	24,9		30,4	28,5	30,4	29,7	19,3*
25-44 giovani adulti	47,3	46,2	44,8		46,7	44,6	45,1	45,5	1,5
45-64 adulti	54,0	53,2	54,4		56,1	52,5	53,3	52,3	-3,9*
65-74 giovani anziani	50,8	50,9	50,4		52,0	48,6	50,0	48,9	-2,9
75+ anziani	50,0	43,3	42,6		45,0	44,9	41,1	42,9	0,8

\*  $p < 0,05$

Riguardo le quantità consumate e facendo riferimento a quantità eccedenti il ½ litro di vino al giorno, il numero di maschi “eccedentari” appare diminuito del 19 per cento mentre risulta incrementata dell’8,7 per cento la relativa quota di consumatrici che dichiara di bere più di ½ litro di vino al giorno (Prospetto 3).

Mentre, da un lato, tutte le classi di età hanno contribuito al calo registrato tra i consumatori maschi, dall’altro il numero di giovani consumatrici di età 18-24 anni e di quelle ultrasessantacinquenni è aumentato nel corso dei cinque anni presi in considerazione (29 per cento e 25 per cento circa, rispettivamente) ma tali variazioni non raggiungono la significatività statistica.

**Prospetto 3 - Prevalenza consumatori di >1/2 litro vino - Anni 1993-2000 (variazione percentuale)**

(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
Maschi	14,0	12,1	12,2		10,7	9,7	9,3	9,8	Var.% 95-00
Femmine	2,2	1,9	1,8		1,9	1,5	1,5	2,0	-19,0*
<b>Maschi</b>									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
14-17 adolescenti	0,4	0,9	0,4		0,4	0,5	0,2	0,4	Var.% 95-00
18-24 giovani	3,4	3,0	2,1		1,7	1,9	1,5	2,0	-5,8
25-44 giovani adulti	12,0	9,3	9,7		7,3	6,9	6,2	6,9	-4,9
45-64 adulti	21,5	19,7	18,8		17,2	15,4	14,7	15,0	-28,9*
65-74 giovani anziani	20,6	19,1	19,8		18,9	16,0	16,0	17,0	-20,4*
75+ anziani	15,3	11,5	12,6		11,3	11,0	11,7	10,9	-14,3*
<b>Femmine</b>									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
14-17 adolescenti	0,1	0,2	0,4		0,5	0,1	0,2	0,4	Var.% 95-00
18-24 giovani	0,6	0,5	0,4		0,4	0,2	0,3	0,5	-
25-44 giovani adulti	2,2	1,7	1,4		1,5	1,0	1,0	1,3	29,0
45-64 adulti	3,2	2,9	3,0		2,8	2,3	2,7	3,1	-6,0
65-74 giovani anziani	2,5	2,1	2,5		2,2	2,1	2,1	3,1	3,0
75+ anziani	1,5	1,4	1,4		2,2	1,7	1,2	1,8	21,7
									26,9

\*  $p < 0,05$

Il numero di individui che hanno dichiarato di consumare più di 1 litro di vino al giorno è risultato essere di circa 1 per cento negli uomini e di circa 0,2 per cento nelle donne (Prospetto 4).

**Prospetto 4 - Prevalenza Consumatori di "oltre 1 litro al giorno" di vino - Anni 1993-2000**

(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Maschi	1,36	1,16	1,10		1,08	1,07	1,02	0,97
Femmine	0,21	0,16	0,15		0,21	0,18	0,15	0,22

\*  $p < 0,05$

## 6. La birra

Il numero di consumatori e di consumatrici di birra è risultato incrementato del 2,6 e del 9,5 per cento rispettivamente. La analisi per classi di età ha evidenziato un incremento omogeneo tra i maschi, fatta eccezione per gli ultrasettantacinquenni, ed un incremento significativo per le femmine di qualsiasi età (Prospetto 4.5).

**Prospetto 5 - Prevalenza Consumatori di birra - Anni 1993-2000** (variazione percentuale)

Maschi									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescenti	40,4	41,5	39,2		44,1	39,8	43,5	40,7	3,7
18-24 giovani	69,6	71,3	68,4		73,3	72,5	69,8	71,8	4,9
25-44 giovani adulti	70,4	72,5	73,7		74,7	75,7	74,2	75,2	2,1*
45-64 adulti	54,4	57,8	59,4		59,3	61,9	61,3	62,4	5,0*
65-74 giovani anziani	35,5	38,3	39,8		37,9	40,0	39,7	41,8	5,1
75+ anziani	27,0	25,4	26,9		28,7	26,6	23,9	22,8	-15,2
Femmine									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Incr.% 95-00
14-17 adolescenti	22,1	26,1	23,9		26,1	26,7	27,3	25,1	5,2
18-24 giovani	36,2	37,7	40,8		45,1	42,5	44,3	44,2	8,3*
25-44 giovani adulti	40,2	41,9	43,1		46,3	47,4	46,1	47,6	10,5*
45-64 adulti	25,4	27,4	28,6		30,0	30,8	31,8	32,9	15,1*
65-74 giovani anziani	13,6	13,9	15,2		16,2	14,3	15,1	15,9	4,9
75+ anziani	7,9	7,7	6,8		6,9	8,2	7,1	8,7	27,6

\*  $p < 0,05$

Riguardo le quantità consumate e facendo riferimento a quantità eccedenti il ½ litro di birra al giorno, il numero di maschi “eccedentari” risulta pari al 2 per cento negli uomini e 0,3 per cento nelle donne (Prospetto 6).

**Prospetto 6 - Prevalenza Consumatori >½ litro di birra - Anni 1993-2000** (variazione percentuale)

(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Incr.% 95-00
Maschi	1,73	2,05	1,92		1,90	2,02	1,92	2,06	7,2
Femmine	0,28	0,23	0,26		0,23	0,28	0,31	0,30	13,5

\*  $p < 0,05$

L'analisi della prevalenza per classi di età ha rilevato i maggiori incrementi nel numero dei consumatori quarantacinque-sessantaquattrenni e sessantacinque-settantaquattrenni maschi e femmine e tra le quattordici-diciassettenni. C'è tuttavia da

rilevare, a tale ultimo riguardo, che la numerosità del campione esaminato in relazione a tale variabile produce proporzioni piuttosto piccole per consentire di fare valutazioni robuste da un punto di vista statistico (Prospetto 7).

**Prospetto 7 - Prevalenza consumatori >½ litro di birra - Anni 1993-2000 (variazione percentuale)**

Maschi								
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
14-17 adolescenti	1,2	0,8	0,5		0,8	1,0	0,5	0,3
18-24 giovani	2,0	2,5	2,3		2,5	2,4	2,2	2,1
25-44 giovani adulti	2,7	3,0	2,9		2,7	2,9	2,8	2,7
45-64 adulti	1,3	1,8	1,6		1,4	1,8	1,6	2,2
65-74 giovani anziani	0,5	0,6	0,6		1,0	0,7	0,8	1,4
75+ anziani	0,6	0,2	0,4		0,6	0,4	0,5	0,2
Femmine								
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
14-17 adolescenti	0,2	0,1	0,1		0,2	0,1	0,1	0,2
18-24 giovani	0,5	0,2	0,3		0,0	0,3	0,4	0,2
25-44 giovani adulti	0,4	0,4	0,4		0,5	0,4	0,4	0,3
45-64 adulti	0,2	0,2	0,2		0,2	0,2	0,4	0,4
65-74 giovani anziani	0,1	0,1	0,1		0,0	0,2	0,1	0,3
75+ anziani		0,1			0,1	0,2	0,1	0,1

## 7. Consumo di alcol fuori pasto

Nel periodo preso in considerazione il numero di maschi che ha dichiarato di consumare bevande alcoliche fuori pasto è risultato invariato mentre quello delle donne ha mostrato un incremento del 22 per cento .

È stato osservato, inoltre, un aumento dei consumatori di alcolici fuori pasto tra i maschi più giovani e per tutte le età considerate tra le consumatrici con i maggiori incrementi tra le classi giovanili (Prospetto 8).

**Prospetto 8 - Prevalenza consumatori di alcolici fuori pasto - Anni 1993-2000**  
(variazione percentuale)

Maschi									Var.% 95-00
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
14-17 adolescenti	9,8	13,4	12,9		18,4	15,2	18,0	16,8	30,7*
18-24 giovani	30,9	36,5	35,2		40,6	39,9	39,3	42,5	20,6*
25-44 giovani adulti	37,6	39,5	39,8		42,1	46,2	40,3	39,4	-1,0*
45-64 adulti	36,8	39,2	39,5		38,7	42,3	36,7	37,3	-5,5*
65-74 giovani anziani	27,0	29,3	28,5		29,8	30,0	26,9	28,2	-1,0
75+ anziani	22,0	18,8	21,6		20,0	21,2	19,1	16,4	-24,4*
Femmine									Var.% 95-00
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
14-17 adolescenti	7,1	8,0	6,0		10,8	9,7	12,8	12,2	103,7*
18-24 giovani	13,2	15,0	16,5		22,4	20,8	25,2	24,8	50,2*
25-44 giovani adulti	12,3	13,2	12,8		15,1	15,4	15,4	15,4	20,7*
45-64 adulti	9,1	9,9	9,5		11,6	12,4	11,4	10,9	15,1*
65-74 giovani anziani	5,8	5,7	5,1		6,4	6,4	6,2	5,6	9,9
75+ anziani	4,6	3,6	3,9		4,0	3,7	4,0	4,1	3,7

\*  $p < 0,05$

## 8. Considerazioni

Volendo tentare di riassumere i risultati dell'analisi e di individuare le implicazioni di sanità pubblica che vengono sollecitati dalla lettura dei dati si può affermare quanto segue.

Nonostante la diminuzione del consumo di alcol registrato dagli indicatori di consumo pro capite, l'analisi nazionale effettuata attraverso gli indicatori Istat consente di esaminare il fenomeno con una maggiore accuratezza e appropriatezza suggerendo la necessità di poter disporre di informazioni dettagliate ed articolate per i vari gruppi di popolazione esaminati. Nel caso specifico, la valutazione sintetica del consumo pro-capite non si presta ad identificare la distribuzione del consumo alcolico nella popolazione e mal si adatta alla necessità di predisporre, sulla base della tendenza osservata, iniziative atte a fronteggiare fenomeni emergenti di possibile danno alla salute individuale e collettiva.

Infatti, nonostante la riduzione sostanziale del consumo di alcol:

1. il numero di consumatori di bevande alcoliche in Italia è aumentato; è aumentato, di conseguenza, il numero di individui esposti ai possibili effetti dannosi, sociali e sanitari, collegati all'uso/abuso di bevande alcoliche;

2. è incrementato il numero di consumatori di bevande alcoliche tra i giovani;
3. ad una sostanziale stabilità nel numero di consumatori di vino si affianca un emergente incremento di individui che si orienta a consumare la birra (verosimilmente a sostituirla al consumo di vino);
4. le modalità di consumo di tali bevande sembrano essere differenziate per età; in particolare il numero di consumatori di quantità superiori al ½ litro di vino o birra appare incrementato per i giovani specie se di sesso femminile;
5. il consumo di alcol appare sempre più orientato verso un modello “culturale” che considera le bevande alcoliche non come parte integrante del pasto ma, in accordo ad una internazionalizzazione dei consumi in atto a livello europeo, come elemento separato da consumare, verosimilmente, in contesti non più legati alla tradizione “mediterranea”.

A tale proposito è da rilevare come numerose evidenze dimostrano che i giovani che consumano alcol risultano oggi più frequentemente inclini a praticare comportamenti (spesso accompagnati da una relativa inesperienza o disinformazione) che possono condurre ad un notevole aumento della probabilità di essere esposti a rischi o danni alla salute facilmente evitabili. Le modalità emergenti di consumo definite di “binge drinking” (bere per ubriacarsi) in contesti che sfuggono al controllo formale (familiare) agiscono come “droga d'accesso” o “ponte” per gli individui più giovani, rappresentando una delle possibili modalità di approccio e di promozione, attuali e diffuse, ad altre sostanze illegali le cui conseguenze spesso si estendono ben oltre la salute e l'esistenza di chi beve.

Tali evidenze non possono trovare risposta diretta nella Multiscopo poiché la rilevazione non pone domande specifiche sugli episodi di ubriachezza o di ebbrezza o di semplice abuso conseguenti alla concentrazione (distribuzione) in singole occasioni del bere ma traspaiono dall'analisi degli effetti dell'alcol su fenomeni tristemente noti quali quelli delle cosiddette “morti del sabato sera” la cui attribuibilità all'abuso contestuale di alcol e sostanze stupefacenti è evidenza acquisita.

Le implicazioni di sanità pubblica delle tendenze evidenziate dalla multiscopo possono essere riassunte attraverso le iniziative richiamate a livello europeo nel corso dell'ultimo decennio e sostanzialmente orientate a :

- Incrementare il grado di consapevolezza dei giovani nei confronti del consumo delle bevande alcoliche
- Ridurre il rischio legato al consumo di alcol ed il suo impatto sociale e sanitario giovanile

Alla luce delle emergenti tendenze appare opportuno provvedere a dare sostegno ad iniziative rivolte ai tre settori prioritari identificati dal Programma Comunitario di Public Health:



- Elaborazione di un sistema di monitoraggio sanitario (produzione e diffusione dell'informazione)
- Potenziamento delle capacità di affrontare le minacce alla salute attraverso lo sviluppo di una adeguata sorveglianza ed informazione (sorveglianza, identificazione del rischio)
- Strategie e misure rivolte a potenziare le capacità di gestione dei determinanti sanitari (stili di vita) socioeconomici, ambientali (promozione della salute, prevenzione delle malattie).

A livello italiano, l'analisi dei dati Istat evidenzia alcuni importanti incrementi sia nel numero dei giovani che bevono sia di quelli che adottano atteggiamenti potenzialmente a maggior rischio (consumi di alcolici fuori pasto, consumo di bevande superalcoliche, birra tutti i giorni) che suggeriscono l'opportunità di sviluppo prioritario di una politica sanitaria di promozione della salute sensibile alla riduzione delle conseguenze negative, sociali e sanitarie, legate ad una inadeguata, prematura (ed evitabile) esposizione all'alcol come fattore di rischio.

Informazione, promozione, prevenzione, cura sono solo alcune delle aree nelle quali è indispensabile che il contributo sanitario e sociale nazionale, regionale e locale confluisca per giungere a realizzare nel medio e lungo termine uno dei più importanti investimenti in salute in cui una società moderna possa sperare.

## Bibliografia

- Communication from the Commission on the health strategy of the European Community (COM(2000)285 final)
- Community action to prevent alcohol problems. WHO Euro Office. 1999 EUR/ICP/LVNG 030301(A)
- Conclusions of 13/11/1996 of the Council and the Ministers for Health. *Official Journal* n. C336, 19/12/1992, p.2
- Conclusions of 13/11/1996 of the Council and the Ministers of Education. *Official Journal* n. C336, 19/12/1992, p.8
- Council Recommendation "Drinking of alcohol by children and adolescents" (COM(2000)736 final)
- Decision n. 645/96/EC of the European Parliament and of the Council of 29/03/ 1996. *Official Journal* n. 095, 16/06/1006.
- Design for a set of European Community Health Indicator. Report by the ECHI Project. Integrated approach to establishing European Community Health indicator. Health Monitoring Programme – European Commission, Public Health and Safety at work. Directorate, DGV/F – Luxembourg ([http://europa.eu.int/comm/dgs/health\\_consumer/library/tenders/call26\\_9\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/library/tenders/call26_9_en.pdf))
- Farchi G. , Scafato E. , Greco D. , Buiatti E. . Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: obiettivi di salute e politiche regionali. In “La salute in Italia 1999”, Ediesse, 1999
- ISTAT. Stili di vita e condizioni di salute. Indagini Multiscopo su “Aspetti di vita quotidiana”. Anni 199
- Legge 30 marzo 2001, n. 125 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati” G.U. 18 Aprile 2001, n.90.
- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. (National Health Plan). Ministero della Sanità. Roma.1998
- Scafato E. , Farchi G. . Alcol e malattie cardiovascolari. In “Dipendenze. Manuale teorico-pratico per operatori”. Carocci Editore. 1999
- Scafato E. . Alcohol as a health target in public policy: the Italian perspective. February 2001. International Ministerial Conference on Young People and Alcohol WHO EUR/00/5020274 /01681
- Scafato E. . Alcohol as a part of Regional, Italian and European healthcare plans. *ALCOLOGIA, European Journal on Alcohol studies*, 13 (1), 3-10, 2001
- Scafato E. . Alcol: prospettive di sanità e salute pubblica per il Duemila. *Alcologia – European Journal of Alcohol Studies*, 1998, X, suppl. 1-2, 14
- Scafato E. . Gli strumenti di promozione della salute in Italia. Salute e Territorio. Monografia “Le Strategie per il Terzo Millennio” a cura di E. Scafato. Anno XX, 114, 113-115, 1999
- Scafato E. . La identificazione di nuovi obiettivi di salute e di nuove politiche rivolte alla prevenzione dei rischi alcol-correlati dei giovani in Europa. *Alcologia, European Journal on Alcohol Studies*, 1, 2000, 2- 11.
- Scafato E. . La riduzione dell’esposizione all’alcol come fattore di rischio: il razionale dell’intervento proposto dagli obiettivi di salute del Piano sanitario nazionale

- 1998-2000. Alcologia - *European Journal of Alcohol studies*, 1998, X suppl., 1-2, 20
- Scafato E. . La sanità del Duemila. L'Italia e lo standard europeo. *Salute e Territorio*. anno XIX, 6 , 225-31, 1998
- Scafato E. . Le strategie per il Terzo Millennio. Il Progetto "Health 21". *Salute e Territorio*. Monografia "Le Strategie per il Terzo Millennio" a cura di E. Scafato. Anno XX, 114, 94-102, 1999.
- Scafato E. . Lo stato di salute in Italia. *Salute e Territorio*, XXI, 120, 2000, 84 - 88
- Scafato E. . Setting new health targets and policies to prevent alcohol-related risks in young people. *Alcologia, European Journal on Alcohol Studies*, 1, 2000, 3- 12.
- Scafato E., Cicogna F. . I consumi alcolici in Italia ed Europa e l'intervento previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 nel quadro dell'obiettivo n. 17 del Progetto O.M.S. "Health for All" *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, 1998, XXI,1, 11-20
- Scafato E., Cicogna F. . The implementation of European Alcohol Action Plan. Italian perspective on alcohol issues for the twenty-first century. *Alcologia – European Journal of Alcohol studies*, 1998, X, 1-2, 72-74
- Scafato E., Robledo de Dios T. . Alcopops and under-age drinkers: a new front in the fight against alcohol-related risks for the young? *Alcologia - European Journal of Alcohol studies*, 1998, X , 1-2, 5-9
- Scafato E., Zuccaro P., Russo R., Bartoli G.. Alcohol, Health and policy: the Italian perspective. *ALCOLOGIA, European Journal on Alcohol studies*, 13 (2), 61-65, 2001.
- Smoking, drinking and drug taking in the European Region. WHO Euro Office, 1997
- Stili di vita e condizioni di salute / Sistema statistico nazionale, Istituto nazionale di statistica. 1993- . - Roma : Istat, 1996-. - v. ; 27 cm. (Annuale. Fascicoli numerati nella collezione: Anni 1993-1994 in Argomenti n. 2 (1996); Anno 1998 in Informazioni n. 34 (1999));
- World Health Organization Alcohol- less is better. Report of the WHO European Conference Health, Society and Alcohol. Paris, 12-14 December, 1995. WHO Regional Publications, European Series, n. 70. 1996
- World Health Organization Alcohol policies in Europe. In "Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies". Nina Rehn and the National Counterparts of European Alcohol Action Plan. Chapter 5. pag. 43-76 (contributors list: pag. 96). World Health Organization, Europe. 2001. (<http://www.youngalcohol.who.dk/PDFdocs>)
- World Health Organization European Alcohol Action Plan – Third Phase. WHO Regional Committee Resolution EUR/RC49/R8 1999.
- World Health Organization for all indicators for monitoring and evaluation of Health 21. WHO Regional Committee Resolution EUR/RC49/R10 1999

# ANDAMENTO DELLA PREVALENZA DEL FUMO IN ITALIA

*S. Gallus<sup>1</sup>, R. Pacifici<sup>2</sup>, P. Zuccaro<sup>2</sup>, M. Massari<sup>2</sup>, L. Iannucci<sup>3</sup>, E. Verzino<sup>4</sup>, F. Faggiano<sup>4</sup>, C. La Vecchia<sup>5</sup>*

## **Introduzione**

In questo rapporto si vuole fare il punto della situazione attuale in Italia attraverso i dati relativi ad Indagini multiscopo fatte dall'Istat negli ultimi anni. In particolare, nel primo capitolo viene presentato l'andamento della mortalità attribuibile al fumo in Italia nel periodo 1990-1997. Nel secondo capitolo viene riportata la prevalenza di fumo in Italia nel 2001. Viene data particolare enfasi alle differenze di genere, alle differenze territoriali e ai giovani fumatori. Nel terzo capitolo viene osservato il trend di prevalenza dei fumatori correnti in Italia nelle ultime decadi. Il quarto capitolo esplora le tendenze nelle differenze sociali nell'abitudine al fumo. Nel quinto capitolo viene analizzata la relazione esistente tra il prezzo delle sigarette e i consumi. Vengono inoltre vagliati molti aspetti economici legati al fumo. Nelle conclusioni vengono dati alcuni suggerimenti per le politiche sanitarie nel controllo del tabacco.

---

<sup>1</sup> Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" - Milano.

<sup>2</sup> Istituto superiore di sanità: osservatorio fumo, alcol e droga - Roma

<sup>3</sup> Istituto nazionale di statistica - Roma

<sup>4</sup> Dipartimento di igiene e sanità pubblica - Università di Torino

<sup>5</sup> Istituto di sanità medica e biometria - Università di Milano

## **1. La mortalità tabacco relata in Italia**

### *1.1 Introduzione*

Vi è ormai consenso in letteratura sul fatto che un ampio spettro di patologie, se pur con diversa forza di associazione, siano attribuibili al fumo<sup>6</sup>. Il fumo è infatti correlato all'insorgenza di svariate patologie tumorali delle alte vie digestive e respiratorie, della trachea, bronchi e polmone, del rene, della vescica e del pancreas, nonché a numerose patologie croniche dell'apparato respiratorio e cardiocircolatorio; sono inoltre noti gli effetti sul ritardo di crescita intra-utero.

Obiettivo di questo lavoro è presentare l'andamento della mortalità attribuibile al fumo in Italia, tra il 1990 e il 1997.

### *1.2 Materiali e metodi*

Le cause di morte associate all'uso di tabacco e prese in considerazione in questo lavoro sono elencate nel Prospetto 1, unitamente agli specifici rischi relativi (RR), stimati separatamente per fumatori ed ex fumatori e stratificati per sesso (Single E. ed altri, 2000).

Benché alcune metanalisi includano un più ampio spettro di cause tra quelle attribuibili al fumo (English D. ed altri, 1995), in questo lavoro sono state escluse le cause ostetriche e perinatali, e le cause esterne, data la difficoltà a determinare il rischio di tali cause attribuito al fumo. Si è dunque seguito un criterio di rilevanza della causa di morte, includendo le cause che producono un maggior impatto in termini di Sanità pubblica.

Dai dati di mortalità Istat relativi agli anni 1990-1997 è stato estratto il numero di decessi per le cause citate, stratificato per sesso e classi decennali di età; sono stati esclusi dalle analisi i soggetti di età inferiore ai 35 anni e superiore ai 74 (le classi di età sono dunque: 35-44; 45-54; 55-64; 65-74). L'Istat ha inoltre fornito i dati relativi alla popolazione italiana negli anni 1990-1999 e le stime di prevalenza del consumo di tabacco.

---

<sup>6</sup> Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford: Oxford University Press, 1994.

English D, Holman D, Milne E, Winter M, Hulse C, Codde G et al. The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia, 1995. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health; 1995.

Single E, Rehm J, Robson L, Van Truong M. The relative risk and etiologic fraction of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *CMAJ* 2000;162:1669-1675.

Sulla base del numero di decessi e della numerosità della popolazione, sono stati calcolati i tassi di mortalità sesso, età e causa specifici per gli anni in oggetto nella popolazione italiana. Infine il numero di decessi attribuibili è stato stimato, per ogni specifica causa di morte, sesso e classe d'età, applicando al numero totale di decessi la proporzione di decessi attribuibili all'esposizione (PAR%).

**Prospetto 1 - Rischi relativi di mortalità per specifiche cause di morte associate al consumo di tabacco**

CAUSE DI MORTE (ICD IX CM)	Ex fumatori		Fumatori		Età (anni)
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
Tumore maligno di trachea, bronchi e polmoni (162, 231.2)	6,75	5,07	13,0	11,4	≥ 15
Bronco pneumopatie croniche ostruttive (490-492, 496)	6,70	6,70	9,80	9,80	≥ 15
Infarto (410-414)					
<65 anni	1,59	2,59	2,58	2,58	15-64
≥ 65 anni	1,12	1,12	1,54	1,54	≥ 65
Ictus (430-438)					
<65 anni	1,30	1,30	3,12	3,12	15-64
≥ 65 anni	1,15	1,15	1,65	1,65	≥ 65
Patologie arteriose (440-448)	1,82	1,82	2,54	2,54	≥ 15
Polmonite ed influenza (480-487)	1,29	1,29	1,47	1,47	≥ 15
Tumore dell'esofago (150, 230.1)	1,79	1,79	4,01	4,01	≥ 15
Tumore del pancreas (157, 230.9)	1,15	1,15	1,86	1,86	≥ 15
Aritmie cardiache (427)					
<65 anni	1,59	1,59	2,58	2,58	15-64
≥ 65 anni	1,12	1,12	1,54	1,54	≥ 65
Tumori del cavo orale e dell'orofaringe (140, 141, 143-146, 148, 149, 230.0)	1,76	1,76	4,55	4,55	≥ 15

### 1.3 Risultati

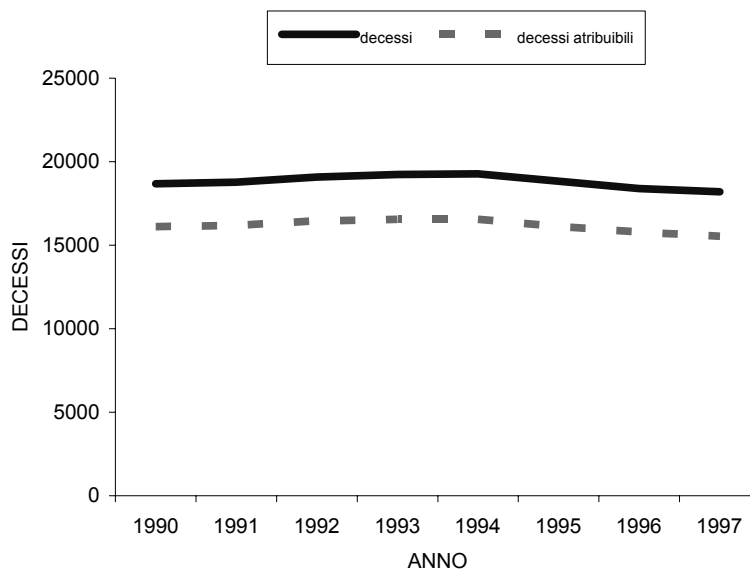
Come mostrato in Prospetto 2, nel sesso maschile (età 35-74 anni) il numero di morti attribuibili al fumo è diminuito da circa 33 mila nel 1990 a circa 30 mila nel 1997, grazie ad una diminuzione della frazione attribuibile dal 25 per cento al 24 per cento per tutte le cause. Lo stesso prospetto mostra anche come la mortalità sia inferiore nel sesso femminile (età 35-74 anni), con tuttavia una preoccupante tendenza all'aumento della PAR% dal 5,5 per cento al 6,2 per cento, con un conseguente aumento delle morti attribuibili da circa 4 mila nel 1990 a circa 4.700 nel 1997, pur in presenza di una mortalità generale tendenzialmente stabile.

**Prospetto 2 - Numero di morti attribuibili al fumo, nel periodo 1990-1997. Italia, età 35-74 anni.**

ANNO	Uomini		Donne	
	PAR%	n. attribuibile	PAR%	n. attribuibile
1990	25	32674	5,5	4041
1991	24	32751	5,4	3993
1992	24	32560	5,5	4107
1993	24	32429	5,8	4420
1994	23	32390	6,1	4756
1995	23	31013	6,1	4723
1996	23	30096	6,1	4629
1997	23	29770	6,2	4706
Totale	24	253686	5,8	35374

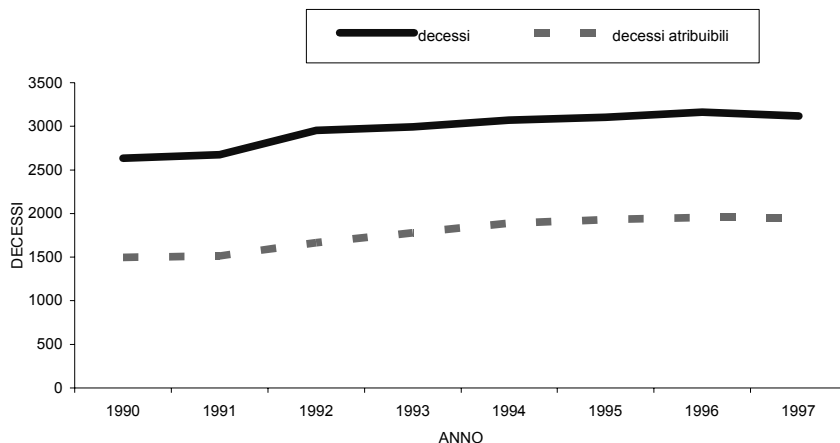
Il grafico 1 mostra il numero di decessi per tumore del polmone negli uomini di età compresa tra i 35 ed i 74 anni: si nota un decremento dal 1990 al 1997 dei decessi complessivi e di quelli attribuibili al fumo.

**Grafico 1 - Decessi per tumore del polmone, complessivi ed attribuibili al fumo. - Uomini 35-74 anni**



Il grafico 2 mostra invece come nel sesso femminile nella medesima fascia di età e per lo stesso periodo vi sia una preoccupante tendenza all'incremento di mortalità per tumore al polmone.

**Grafico 2 - Decessi per tumore del polmone, complessivi ed attribuibili al fumo. - Donne 35-74 anni**



#### 1.4 Conclusioni

I risultati mostrano come il fumo di tabacco si correli, anche con grado di associazione molto elevato, con le più diffuse cause di morte nella popolazione italiana. Parte di tali morti potrebbe dunque essere evitata, se si riducesse l'esposizione al fumo.

Al trend in diminuzione riscontrato nel sesso maschile sono indubbiamente sottesi una riduzione nella prevalenza di fumatori ed un aumento della prevalenza di ex fumatori, conseguenza anche della lotta al tabagismo posta in essere nell'ultimo ventennio.

Per quanto riguarda il sesso femminile la situazione è più preoccupante; infatti, benché il numero di decessi attribuibili al fumo sia ancora relativamente basso, esso tende all'aumento, verisimilmente sostenuto da un aumento della prevalenza di fumatrici negli ultimi 20 anni.

Tali evidenze portano a concludere che il fumo rappresenta un importante problema di Sanità pubblica, sul quale è possibile agire sia mediante interventi di promozione della salute, che di prevenzione primaria, che di disassuefazione, particolarmente mirati ad alcuni gruppi in cui il trend di prevalenza dei fumatori è in preoccupante crescita, come ad esempio il sesso femminile.



Le stime qui presentate differiscono, nei numeri assoluti, da stime effettuate in precedenza<sup>7</sup>, ma occorre tener conto che in questo studio:

1. sono state prese in considerazione differenti patologie selezionate;
2. è stata selezionata una specifica classe d'età (35-74);
3. sono stati usati RR provenienti da meta-analisi;
4. sono state usate stime nazionali di prevalenza di abitudine al fumo, che sono sotto-riportate rispetto ai consumi reali.

Per quanto riguarda invece la stima della frazione attribuibile, essa è sovrapponibile a quanto riportato in letteratura<sup>9</sup> per il sesso maschile (nel periodo considerato, una media del 25 per cento), lievemente superiore in questo lavoro per quanto concerne il sesso femminile (nel periodo considerato, una media del 5,8 per cento vs 4,2 per cento). L'incremento della prevalenza di fumatrici, soprattutto negli ultimi anni, potrebbe rendere ragione di tali differenze.

---

<sup>7</sup> Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford: Oxford University Press, 1994.

Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. Mortality from smoking in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. Lancet 1992; 339:1268-78

## 2. Prevalenza di consumo del fumo di tabacco in Italia

Si stima che in Italia i fumatori siano circa 12 milioni e 330 mila, pari al 24,9 per cento della popolazione di 14 anni e più, mentre coloro che hanno abbandonato l'abitudine a consumare tabacco sono stimati in 9 milioni e 466 mila (19,1 per cento della popolazione di 14 anni e più).

Numerosi studi epidemiologici hanno evidenziato la forte relazione esistente tra esposizione al fumo di tabacco e stato di salute. Il fumo rappresenta, infatti, uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative che colpiscono in primo luogo l'apparato respiratorio e quello cardiovascolare. La letteratura scientifica è concorde nell'affermare che i rischi per la salute aumentano con la quantità di tabacco fumata giornalmente e con gli anni di esposizione al fumo di tabacco, ma si possono anche ridurre smettendo di fumare<sup>8</sup>.

La grande maggioranza dei fumatori dichiara di essere "fumatore abituale", vale a dire di consumare tabacco con regolarità tutti i giorni (22,9 per cento della popolazione di 14 anni e più, 91,9 per cento dei fumatori) e di fumare prevalentemente sigarette (22,7 per cento della popolazione di 14 anni e più, 90,9 per cento dei fumatori abituali) (Prospetto 3). Rispetto al numero di sigarette fumate mediamente al giorno si possono distinguere tre tipologie di fumatori: i "forti fumatori" (20 e più sigarette/die) sono il 40,9 per cento dei fumatori abituali di sigarette, i "fumatori medi" (da 10 a 19 sigarette/die) sono il 40,1 per cento e i "fumatori moderati" (da 1 a 9 sigarette/die) sono il 19,0 per cento.

Riguardo agli anni di esposizione diretta al fumo di tabacco, oltre la metà degli attuali fumatori (56,5 per cento) ha dichiarato di consumare tabacco in media da oltre 20 anni, con punte che superano il 90 per cento tra i fumatori di età superiore ai 45 anni. Gli ex-fumatori hanno smesso di fumare dopo circa 22 anni di abitudine ed il 34,8 per cento di essi ha superato 15 anni di astinenza dal fumo. Quindi, per oltre un terzo degli ex-fumatori si riducono sensibilmente i rischi di contrarre alcune patologie croniche dell'apparato cardio-circolatorio che sono legati, oltre agli anni di esposizione al fumo, anche agli anni trascorsi dal momento della cessazione.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Seccareccia F, Zuccaro PG, Farchi G, Giampaoli S, Vannuzzo D. Studi osservazionali. Fumo e prevenzione delle malattie cardiovascolari in Italia; in Ital Heart J, Suppl Vol 1, 2000.

<sup>9</sup> I dati raccolti nel Progetto RIFLE in 6 anni di *follow-up* mostrano che il rischio di mortalità per cardiopatia coronaria in uomini di età compresa tra i 35 e i 37 anni, a parità di età, pressione arteriosa e colesterolemia, aumenta con l'aumentare del numero di sigarette fumate al giorno ed il rischio relativo tra forti fumatori e non fumatori varia tra 2 (fumatori di 20 sigarette/die vs non fumatori) e 5 (fumatori di 40 sigarette/die vs non fumatori). Evidenze scientifiche mostrano un dimezzamento del rischio di infarto del miocardio e di morte coronarica già a un anno dalla sospensione, dopo 15 anni di astinenza dal fumo il rischio diventa pari a quello dei non fumatori; dopo due anni si riduce anche il rischio di accidenti cerebrovascolari e fra i 5 e i 15 anni il rischio si avvicina a quello delle persone che non hanno mai fumato.

### Prospetto 3 - Persone di 14 anni e più per sesso e abitudine al fumo.

	Maschi	Femmine	Totale
Fumatori (a)	32,2	18,2	24,9
Fumatori abituali (a)	30,0	16,3	22,9
Fumatori abituali di sigarette (a)	29,6	16,3	22,7
Forti fumatori (b)	48,4	28,3	40,9
N° medio di sigarette fumate al giorno	16,3	12,1	14,7
Fumatori che fumano da oltre 20 anni (c)	57,3	55,0	56,5
N° medio anni di abitudine dei fumatori	24,2	21,9	23,4
N° medio anni di abitudine degli ex- fumatori	24,1	16,8	21,6
Età media di interruzione degli ex-fumatori	41,7	37,1	40,2
Ex-fumatori che hanno smesso di fumare da oltre 15 anni (d)	38,0	28,7	34,8

(a) per 100 persone dello stesso sesso

(b) per 100 fumatori abituali di sigarette dello stesso sesso

(c) per 100 fumatori

(d) per 100 ex-fumatori

#### 2.1 Le differenze di genere

Il consumo di tabacco nella popolazione italiana di 14 anni e più presenta alcune differenze di genere nella prevalenza del fenomeno (il 32,2 per cento tra gli uomini ed 18,2 per cento tra le donne), nella quantità di tabacco fumata e negli anni di esposizione al fumo (Prospetto 3).

Nel complesso, i fumatori uomini consumano maggiori quantità di tabacco rispetto alle fumatrici. Fumano infatti 16,3 sigarette al giorno in media contro le 12,1 delle donne. Quasi la metà degli uomini fumatori è “forte fumatore” (il 48,4 per cento dichiara di fumare oltre 20 sigarette al giorno contro il 28,3 per cento delle fumatrici).

L'esposizione diretta al fumo di tabacco per gli uomini è più prolungata nel tempo. Gli uomini infatti, iniziano a fumare prima delle donne (17,6 anni contro 20 anni) e conservano l'abitudine per un maggior numero di anni (24,2 per gli uomini e 19,8 per le donne) (Prospetto 4). Tuttavia, per le donne, si osserva che l'età in cui si inizia a fumare varia considerevolmente nelle diverse generazioni. Tra le donne più anziane (65 anni e più), in media, l'abitudine al fumo è iniziata intorno ai 26 anni, mentre le donne giovani e adulte (25-44 anni) hanno cominciato a fumare più precocemente (l'età media di inizio è infatti di circa 18 anni). Al diminuire dell'età delle fumatrici si osserva inoltre, un contestuale aumento della quota di donne che hanno cominciato a fumare prima dei quattordici anni. In particolare, le “fumatrici precoci” dal 2 per cento tra le ultra sessantacinquenni salgono al 4,4 per cento tra le donne di 25-44 anni e infine arrivano all'8,6 per cento tra le giovani di 14-24 anni. Nel corso degli anni le

donne hanno uniformato sempre più il loro comportamento a quello dei coetanei maschi anticipando l'età in cui iniziano a fumare.

**Prospetto 4 - Fumatori ed ex-fumatori per classe di età, età in cui hanno iniziato a fumare, anni di abitudine al fumo e sesso**

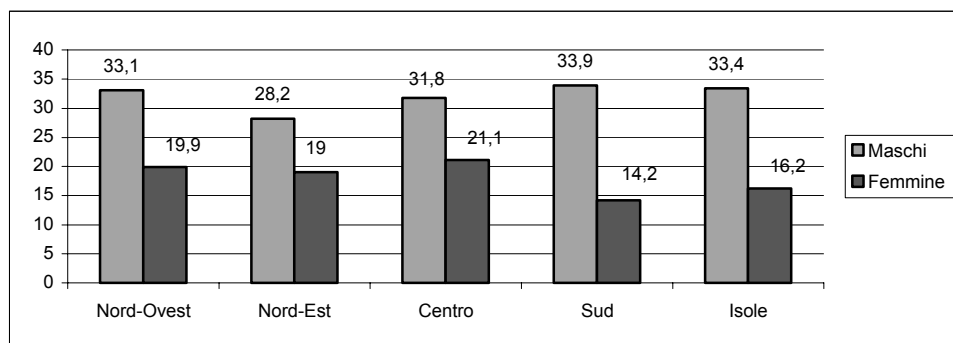
CLASSI DI ETÀ'	Età media di inizio		Età di inizio inferiore a 14 anni (a)		N° medio di anni di abitudine	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
14-24	16,4	16,3	6,4	8,6	4,0	3,8
25-44	17,1	17,8	6,8	4,4	15,6	14,8
45-64	17,9	21,7	7,8	1,8	29,1	25,8
65 e più	18,5	26,0	9,0	2,0	39,6	35,1
<b>Totale</b>	<b>17,6</b>	<b>20,0</b>	<b>7,5</b>	<b>3,7</b>	<b>24,2</b>	<b>19,8</b>

(a) per 100 fumatori ed ex-fumatori di sigarette della stessa classe di età e dello stesso sesso

Alcune differenze di genere si manifestano anche nel gruppo degli ex-fumatori riguardo soprattutto all'età media in cui hanno smesso di fumare. Gli uomini infatti, ritardano di qualche anno rispetto alle donne l'età in cui abbandonano il consumo di tabacco (41,7 anni contro 37,1) (Prospetto 3).

In generale, le differenze di sesso nella diffusione dell'abitudine a fumare risultano molto marcate nell'Italia Meridionale e Insulare dove alla più elevata prevalenza di fumatori tra gli uomini (rispettivamente 33,9 per cento e 33,4 per cento) si contrappone la più bassa prevalenza tra le donne (14,2 per cento e 16,2 per cento) (Grafico 3).

**Grafico 3 - Fumatori di 14 anni e più per ripartizione geografica e sesso**



*2.2 Le differenze territoriali*

L'abitudine a fumare è più frequentemente diffusa nelle aree urbane, infatti, la quota dei fumatori decresce al diminuire della dimensione demografica del comune passando dal 28,3 per cento nei comuni centro dell'area

metropolitana al 22,3 per cento nei comuni più piccoli (fino a 2 mila abitanti) (Prospetto 5).

La più alta prevalenza di fumatori si osserva nell'Italia Nord-Occidentale (26,3 per cento) e Centrale (26,2 per cento), anche se i comportamenti più a rischio per la salute in termini di quantità di tabacco fumata si osservano nell'Italia Meridionale ed Insulare. In queste aree geografiche risultano infatti, superiori alla media sia il numero di sigarette fumate al giorno (15,7 nel Sud e 15,4 nelle Isole) sia la quota dei "forti fumatori" (46,2 per cento nel Sud e 45,2 per cento nelle Isole) (Prospetto 5). Inoltre, sempre in queste aree del paese vi è la tendenza ad iniziare a fumare più precocemente. Infatti, la quota di coloro che hanno iniziato a fumare a meno di 14 anni è del 7,5 per cento nel Sud e del 7,0 per cento nelle Isole (Prospetto 5).

**Prospetto 5 - Persone di 14 anni e più per abitudine al fumo, ripartizione geografica e tipo di comune**

	Fumatori (a)	N° medio di sigarette fumate al giorno	Forti fumatori (b)	Fumatori precoci (c)
<b>RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE</b>				
Nord-ovest	26,3	14,5	38,9	5,8
Nord-est	23,5	13,3	35,2	5,5
Centro	26,2	14,8	40,2	5,6
Sud	23,8	15,7	46,2	7,5
Isole	24,5	15,4	45,2	7,0
<b>TIPI DI COMUNE</b>				
Comune centro dell'area metropolitana	28,3	15,3	42,5	6,6
Periferia dell'area metropolitana	25,7	15,0	41,7	5,8
Fino a 2.000 abitanti	22,3	14,8	43,0	6,2
Da 2001 a 10.000 abitanti	23,3	14,5	40,3	6,4
Da 10.001 a 50.000 abitanti	24,7	14,5	40,4	6,0
Da 50.000 abitanti e più	24,8	14,5	39,1	5,7
<b>Italia</b>	<b>24,9</b>	<b>14,7</b>	<b>40,9</b>	<b>6,2</b>

(a) per 100 persone della stessa zona  
 (b) per 100 fumatori abituali di sigarette della stessa zona  
 (c) per 100 fumatori ed ex-fumatori della stessa zona

### 2.3 I giovani fumatori

L'abitudine a consumare tabacco si instaura prevalentemente durante l'adolescenza e l'età giovanile. Dall'Indagine Istat sulla salute risulta infatti che ben il 41,6 per cento dei fumatori ed ex-fumatori ha iniziato a fumare tra i 14-17 anni ed il 39 per cento tra 18-21 anni.

In Italia i giovani tra 14-24 anni, che dichiarano di fumare, sono circa 1 milione e 600 mila pari al 22,2 per cento della popolazione della stessa classe di età (Prospetto 4). In generale, la quota dei ragazzi fumatori è superiore a quella delle ragazze fumatrici (27,5 per cento contro 16,6 per cento) soprattutto nel Sud (24,8 per cento contro 10,5 per cento), nelle Isole (27,5 contro 12,5 per cento) e nei Comuni con meno di 2 mila abitanti (30,5 per cento contro 16,2 per cento).

Dai risultati di un'altra indagine Istat si osserva una sostanziale stabilità delle prevalenze di giovani fumatori maschi dal 1993 al 2001. Si evidenzia invece, un lieve incremento, nello stesso periodo, di giovani fumatrici (dal 12,9 per cento nel 1993 al 15,2 per cento nel 2001).

Sono "forti fumatori" (dichiarano di fumare 20 e più sigarette al giorno) circa un quarto dei ragazzi che fumano abitualmente. È nell'Italia Meridionale che sono più elevate le prevalenze dei "forti fumatori" per entrambi i sessi (33,2 per cento dei maschi e il 18,7 per cento delle femmine). In generale, la quota di giovani che fuma 20 e più sigarette al giorno è più alta tra i maschi (25,7 per cento contro 15 per cento delle ragazze), con la sola eccezione delle aree metropolitane dove la quota delle "forti fumatrici" (23 per cento) supera quella dei "forti fumatori" (17,5 per cento) (Prospetto 6).

**Prospetto 6 - Giovani di 14-24 anni per abitudine al fumo, ripartizione geografica e tipo di comune**

	Fumatori (a)			Forti fumatori (b)			Fumatori precoci (c)		
	Maschi	Femmine	Tot.	Maschi	Femmine	Tot.	Maschi	Femmine	Totale
<b>RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE</b>									
Nord-ovest	30,2	21,7	26,0	20,4	12,9	17,5	5,2	10,5	7,5
Nord-est	26,9	21,8	24,4	23,8	9,7	18,0	6,3	5,0	5,7
Centro	29,3	19,2	24,3	22,2	17,8	20,6	6,2	7,5	6,7
Sud	24,8	10,5	17,8	33,2	18,7	29,2	7,7	9,7	8,4
Isole	27,5	12,5	20,1	27,0	18,1	24,5	6,2	10,7	7,6
<b>TIPI DI COMUNE</b>									
Comune centro dell'area metropolitana	29,4	21,3	25,3	17,5	23,0	19,8	6,6	15,7	10,6
Periferia dell'area metropolitana	25,9	11,6	19,1	24,5	9,8	20,5	6,0	5,6	5,9
Fino a 2.000 abitanti	30,5	16,2	23,6	28,5	14,6	24,0	9,2	8,6	9,0
Da 2001 a 10.000 abitanti	28,1	16,1	22,1	26,7	9,8	20,7	6,4	9,4	7,6
Da 10.001 a 50.000 abitanti	28,4	17,0	23,0	28,8	17,1	25,0	5,7	5,4	5,6
Da 50.000 abitanti e più	24,0	16,9	20,4	26,7	13,0	21,5	6,4	6,1	6,3
<b>Italia</b>	<b>27,5</b>	<b>16,6</b>	<b>22,2</b>	<b>25,7</b>	<b>15,0</b>	<b>22,0</b>	<b>6,4</b>	<b>8,6</b>	<b>7,2</b>

(a) per 100 persone della stessa zona - (b) per 100 fumatori abituali di sigarette della stessa zona  
(c) per 100 fumatori ed ex-fumatori della stessa zona

L'inizio precoce (prima dei 14 anni) dell'abitudine al fumo riguarda il 7,2 per cento dei giovani fumatori. Esso si manifesta con maggiore evidenza tra le ragazze: l'8,6 per cento delle giovani ha iniziato a fumare prima dei 14 anni contro il 6,4 per cento dei coetanei maschi. Inoltre, l'inizio precoce risulta più frequente tra le ragazze che vivono nelle grandi città dove ben il 15,7 per cento ha dichiarato di aver iniziato a fumare prima dei 14 anni.

L'abitudine al fumo dei genitori sembra condizionare il comportamento dei figli: se entrambi i genitori non hanno mai fumato, su 100 giovani solo il 14,6 per cento consuma tabacco. Il comportamento della madre sembrerebbe condizionare in misura maggiore la propensione dei figli a fumare: sono più numerosi i figli fumatori quando è solo la madre a fumare (31,3 per cento) di quanto non avvenga quando in famiglia fuma solo il padre (22,2 per cento). Questa influenza è più forte nel caso di figlie femmine: la quota di giovani fumatrici aumenta, infatti, di 15 punti percentuali se a fumare è la madre anziché il padre (dal 14 per cento al 29,2 per cento) (Prospetto 7).

Anche il contesto familiare in cui i giovani vivono sembra influenzare con la loro abitudine a fumare. I ragazzi in famiglie con un solo genitore presentano, infatti, una prevalenza più alta di essere fumatori (37,1 per i maschi e 24,0 per le femmine) rispetto a coloro che vivono con entrambi i genitori (25,5 per i maschi e 14,3 per le femmine).

**Prospetto 7 - Giovani fumatori di 14-24 anni che vivono nella famiglia di origine per abitudine al fumo dei genitori e tipo di famiglia (per 100 giovani dello stesso sesso e con stesse caratteristiche familiari)**

	Maschi	Femmine	Totale
<b>ABITUDINE AL FUMO DEI GENITORI</b>			
Non hanno mai fumato entrambi	20,9	7,5	14,6
Almeno un genitore ha fumato in passato	24,4	14,0	19,5
Fuma solo il padre	29,7	14,0	22,2
Fuma solo la madre	33,2	29,2	31,3
Fumano entrambi	34,4	23,4	28,9
<b>TIPO DI FAMIGLIA</b>			
Con entrambi i genitori presenti	25,5	14,3	20,1
Con un solo genitore presente	37,1	24,0	31,0

### 3. Tendenze nella prevalenza di consumo di tabacco in Italia

La prevalenza del fumo in Italia è diminuita nei maschi a partire dagli anni cinquanta: nel 1957 due adulti maschi su tre riferivano di essere fumatori correnti mentre nel 2000 lo erano circa 1 su 3. Nelle donne, la prevalenza del fumo è salita da meno del 10 per cento negli anni cinquanta a circa il 20 per cento

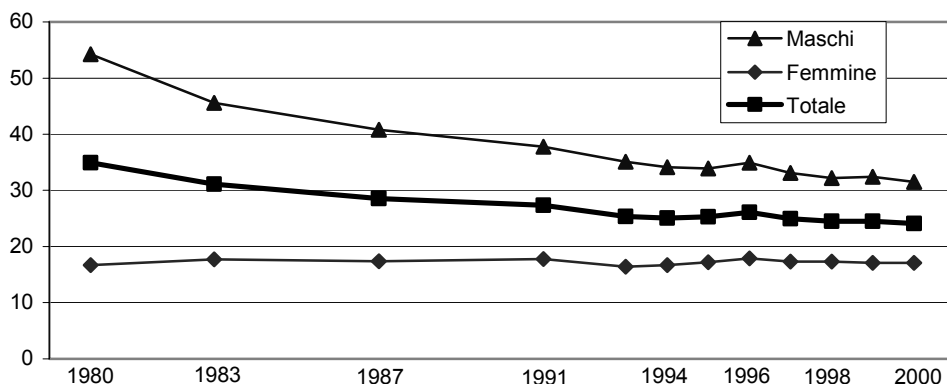
nel 1980, per poi mantenersi stabile. Nel complesso degli adulti dei due sessi, la prevalenza del fumo ha teso a scendere fino all'inizio degli anni novanta, mentre non vi sono state modifiche sostanziali negli ultimi 10 anni (Grafico 4). Comunque, tra il 1993 e il 2000, un apparente incremento della prevalenza di fumo è stata registrata negli uomini e specialmente nelle giovani donne<sup>10</sup>.

Secondo un'indagine Istat del 2000, la prevalenza del fumo era del 31,5 per cento nei maschi di 14 anni o più, del 17,2 per cento nelle donne, e del 24,1 per cento nel complesso dei due sessi<sup>11</sup>. La prevalenza del fumo tra i 14 e i 24 anni era del 27,5 per cento nei maschi e del 16,6 per cento nelle donne, raggiungeva il 40,1 per cento nei maschi e il 25,1 per cento nelle donne tra i 25 e i 44 anni, per poi diminuire nelle classi di età successive, soprattutto nelle donne.

Tra il 1993 e il 2000, inoltre, un apparente aumento della diffusione del fumo si è registrato nei maschi e soprattutto nelle femmine dai 14 ai 24 anni. Negli anni più recenti, vi sono alcune indicazioni di un'inversione di tendenza per gli adolescenti e giovani adulti, ma è chiaro che tra i giovani non si sono registrati sostanziali diminuzioni negli anni recenti come si era osservato nei giovani maschi negli anni ottanta.

Per ciò che concerne i dati sulla prevalenza di fumo in diverse classi sociali e livelli di istruzione, negli ultimi 20 anni si è osservato un ampliamento delle differenze negli uomini, con una maggior frequenza di fumo nei livelli di istruzione più bassi, nonché l'inizio di un quadro analogo nelle donne.

**Grafico 4 - Tendenze di prevalenza di fumatori in Italia - Anni 1980-2000.**



<sup>10</sup> La Vecchia C (1986). Smoking in Italy, 1949-1983. *Prev Med* 15: 274-81.

<sup>11</sup> Zuccaro P, Mortali C, Martucci L, Modigliani G, Pizzi E, Di Pucchio A, Pacifici R (2001). *Rapporto sul Fumo in Italia - 2000*. URL: <http://www.ossfad.iss.it/fumo/>.



## **4 Tendenze nelle differenze sociali nell'abitudine al fumo**

### *4.1 Materiali e metodi*

I dati analizzati e discussi in questo capitolo si riferiscono alle indagini sullo Stato di Salute della Popolazione che l'Istat ha effettuato negli anni 1980, 1983, 1986-87 e 1990 e dalle Indagini multiscopo Istat dal 1993 al 1999. Il modello di campionamento utilizzato nelle indagini è comune e si configura come un campionamento a due stadi, con stratificazione delle unità del primo stadio a livello comunale: i comuni sono stati estratti applicando criteri di stratificazione variabili di anno in anno (ampiezza demografica, zona altimetrica, tipo di Comune, attività economica); nel secondo stadio, l'unità di selezione è stata la famiglia (quella anagrafica per le prime due indagini, quella di fatto nelle successive) ed i suoi componenti sono stati le unità elementari di rilevazione. La determinazione della numerosità campionaria è stata effettuata in modo da ottenere stime rappresentative a livello regionale.

Il campione era composto da un numero di famiglie variabile da circa 31 mila nel 1983 a 20 mila nelle indagini annuali ed il numero di soggetti campionati variava da circa 89 mila nel 1983 a 60 mila nelle indagini annuali; tali soggetti sono stati interrogati presso l'abitazione tramite un questionario a risposta chiusa somministrato da intervistatori opportunamente addestrati; nel 1994 la risposta ad alcuni quesiti era fornita mediante autocompilazione. Ogni indagine registra una percentuale di soggetti persi pari circa al 10 per cento, per i quali nel 1980 e nel 1983 è stata prevista la sostituzione, non prevista invece nelle interviste successive.

La posizione dei soggetti in studio nella scala sociale è stata individuata mediante il titolo di studio conseguito: la popolazione in studio è stata suddivisa in cinque classi (soggetti in possesso di diploma elementare o meno, di diploma di scuola media inferiore, di diploma di scuola media superiore o di laurea). Per le analisi qui effettuate sono stati selezionati i soggetti di età compresa tra 25 e 74 anni, il limite inferiore è stato scelto allo scopo di classificare tutti i soggetti ammessi all'osservazione nello spettro dei titoli di studio considerati e quello superiore allo scopo di riferire i risultati alla sola età adulta.

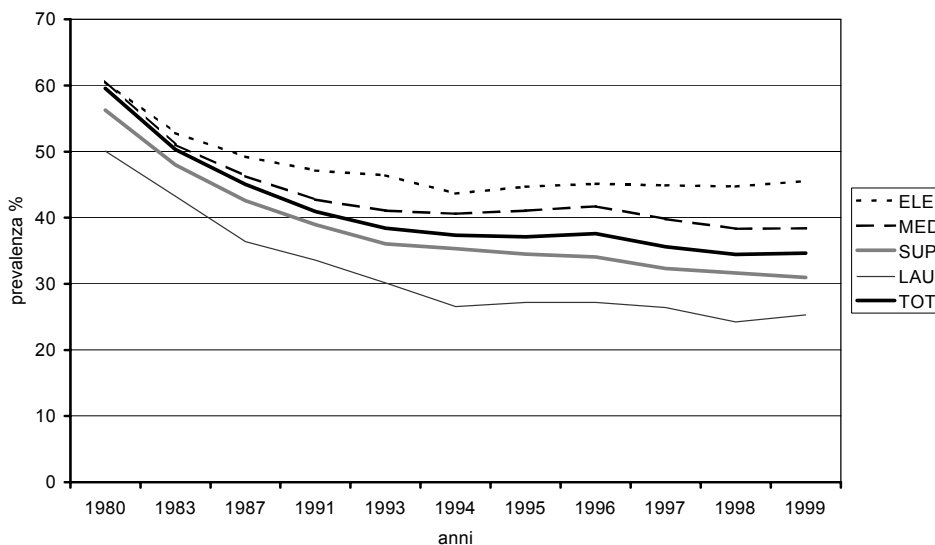
L'analisi dei dati è stata condotta attraverso il calcolo della prevalenza standardizzata (PSD) sulla struttura per età della popolazione italiana 1981. Le stime di prevalenza sono state pesate per i coefficienti indicati dall'Istat.

### *4.2 Risultati*

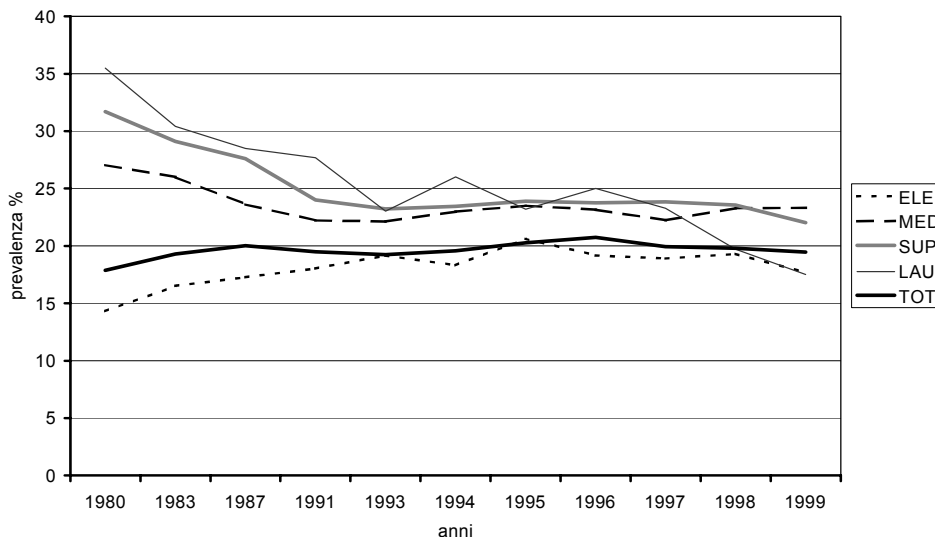
Il grafico 5 riporta l'andamento delle prevalenze di fumatori maschi di 25-74 anni in Italia fra il 1980 e il 1999. Complessivamente si assiste ad una riduzione importante della prevalenza che passa da oltre il 60 per cento della popolazione nel 1980 al 34,5 per cento nel 1999. Questa riduzione interessa in modo differente le categorie sociali. Fra i soggetti con titolo di studio elementare

la diminuzione della prevalenza sembra essersi arrestata nel 1993, mentre fra i soggetti laureati la curva ha continuato a scendere fino almeno al 1998. Questa differenza ha comportato un aumento delle differenze fra le classi sociali, con un aumento del rischio relativo da 1,21 nel 1980 a 1,80 nel 1999.

**Grafico 5 - Tendenze nella prevalenza di fumatori maschi (25-74 anni) in Italia fra il 1980 e il 1999 secondo il titolo di studio.**



**Grafico 6 - Tendenze nella prevalenza delle fumatrici (25-74 anni) in Italia fra il 1980 e il 1999 secondo il titolo di studio.**



Il grafico 6 riporta il trend di prevalenza fra le donne di 25-74 anni in Italia. Complessivamente si assiste ad un aumento della prevalenza che passa da dal 17,9 per cento nel 1980 al 19,5 per cento nel 1999. L'andamento nelle diverse classi sociali non appare omogeneo. Fra le donne laureate la prevalenza scende rapidamente dal 35,5 nel 1989 al 17,5 nel 1999, mentre fra le donne con titolo elementare avviene l'opposto, con un aumento della prevalenza dal 14,3 al 17,7. Questi andamenti opposti hanno comportato nel tempo un capovolgimento della distribuzione per classi sociali: all'inizio degli anni ottanta le donne di categorie sociali elevate fumavano molto di più rispetto a quelle di classi sociali meno abbienti, mentre alla fine degli anni novanta le prevalenze risultano sostanzialmente sovrapposte, ma con una tendenza alla ulteriore riduzione per le categorie privilegiate e quindi un risultante incrocio delle curve.

## 5. Aspetti economici del fumo in Italia

I dati sui consumi e le vendite legali di sigarette mostrano un chiaro aumento tra il 1970 e il 1985, in un periodo di notevole diminuzione dei prezzi. Non si registrano chiare tendenze successive, anche negli anni più recenti quando il prezzo delle sigarette è aumentato. Tuttavia, questi dati hanno considerevoli incertezze, dovute alle variazioni nei consumi di sigarette di contrabbando. Inoltre, i dati di vendite legali indicano che esiste una differenza sostanziale tra le stime di consumo di tabacco ricavabili da indagini campionarie e i dati di vendita, dovuta verosimilmente a un fenomeno di sotto-riferire il fumo<sup>12</sup>. Tale fenomeno ha peraltro teso ad aumentare negli anni più recenti.

Il "prezzo reale" (standardizzato per inflazione all'anno 2001) delle sigarette è oscillato negli ultimi tre decenni: nel periodo 1970-1980 il prezzo di un pacchetto di sigarette è sceso da circa 1,80 € a quasi 1,20 €; dal 1980 al 1997 è salito a 2,30 €, ed è rimasto approssimativamente stabile fino al 2001 (Figura 5.1). Dopo ulteriore standardizzazione per prodotto interno lordo pro capite, comunque, ci si accorge che un pacchetto di sigarette nel 1970 costava quasi il doppio rispetto al 2001.

Le tasse rappresentavano nel 2000 il 74,7 per cento del costo delle sigarette, in linea con la media della percentuale di tasse negli altri paesi Europei (75,9 per cento)<sup>13</sup>.

È stato stimato che il fenomeno del contrabbando di sigarette costituisce dal 10 per cento al 30 per cento dell'intera vendita di tabacco in Italia, ma non sono disponibili stime più precise. Le informazioni disponibili suggeriscono che questo fenomeno sia aumentato alla fine degli anni ottanta, mentre sia diminuito negli ultimi anni. Nomisma (una azienda consulente dei produttori di tabacco) ha

---

<sup>12</sup> Gallus S, Colombo P, Scarpino V, Zuccaro P, Apolone G, La Vecchia C (2002). Smoking in Italy, 2002. *Tumori* 88: 453-6.

<sup>13</sup> Zuccaro P, Mortali C, Martucci L, Modigliani G, Pizzi E, Di Pucchio A, Pacifici R (2001). *Rapporto sul Fumo in Italia - 2000*. URL: <http://www.ossfad.iss.it/fumo/>.

suggerito che l'incremento delle vendite legali degli ultimi anni rifletta un calo nella disponibilità di sigarette di contrabbando nello stesso periodo (Nomisma, 1999). Questa riduzione, confermata dalle annuali variazioni nelle vendite in aree più o meno colpite dal contrabbando, sono state attribuite all'intervento militare del 1999 in Kosovo, che ha portato ad una riduzione dell'attività illegale nelle acque del Mar Adriatico, e a più stretti controlli delle coste Italiane. Nuovi decrementi di questo fenomeno sono stati ulteriormente registrati negli ultimi anni<sup>14</sup>.

L'aumento del prezzo delle sigarette può avere un ruolo di controllo della diffusione del fumo, soprattutto per gli adolescenti, oltre che fornire fondi per finanziare interventi anti-tabagismo. Le variazioni di prezzo delle sigarette hanno infatti avuto un apprezzabile impatto sul consumo di tabacco in molti paesi. È stato quindi considerato il ruolo del prezzo delle sigarette nei consumi in Italia nel periodo 1970-2001<sup>15</sup>, utilizzando analisi di regressione multipla<sup>16</sup>. Un incremento dell'1 per cento del prezzo delle sigarette portava a uno 0,30 per cento di diminuzione nella prevalenza di fumatori, e ad un decremento dello 0,43 per cento nel consumo di sigarette (Prospetto 1). Questi risultati mostrano una correlazione inversa molto alta tra le variazioni del prezzo di sigarette, e la prevalenza di fumatori in Italia, e confermano che il prezzo e il reddito pro capite possono spiegare una parte sostanziale del consumo di tabacco. Una associazione simile a quella riscontrata in Italia è stata rilevata in molteplici altri paesi: Gran Bretagna, Finlandia, California e il distretto di Columbia - USA -, Nuova Guinea e Cina<sup>17</sup>. I risultati confermano l'esistenza di un'associazione inversa tra prezzo e consumo di sigarette e prevalenza di fumatori in Italia, e indicano che gli aspetti

---

<sup>14</sup> Pacifici R, Rosa M, Zuccaro P (2000). Consumi di tabacco in Italia e loro impatto epidemiologico. In: *L'Epidemia di Fumo in Italia* (Nardini E, Donner CF); EDI Aipo Scientifica, Pisa, pp.13-22. Zuccaro P, Mortali C, Martucci L, Modigliani G, Pizzi E, Di Pucchio A, Pacifici R (2001). *Rapporto sul Fumo in Italia - 2000*. URL: <http://www.ossfad.iss.it/fumo/>.

<sup>15</sup> Gallus S, Fernandez E, Townsend J, Schiaffino A, La Vecchia C (2003). Price and consumption of tobacco in Italy over the last three decades. *Eur J Cancer Prev* 12: In Press.

<sup>16</sup> Townsend J, Roderick P, Cooper J (1994). Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. *Br Med J* 309: 923-7. Townsend J (1996). Price and consumption of tobacco. *Br Med Bull* 52: 132-42.

<sup>17</sup> Townsend J (2002). *Personal communication*. Pekurinen M (1989). The demand for tobacco products in Finland. *Br J Addict* 84: 1183-92. Keeler TE, Hu TW, Barnett PG, Manning WG (1993). Taxation, regulation, and addiction: a demand function for cigarettes based on time-series evidence. *J Health Econ* 12: 1-18. Hu TW, Ren QF, Keeler TE, Barlett J (1995). The demand for cigarettes in California and behavioural risk factors. *Health Econ* 4: 7-14. Yurekli AA, Zhang P (2000). The impact of clean indoor-air laws and cigarette smuggling on demand for cigarettes: an empirical model. *Health Econ* 9: 159-70. Chapman S, Richardson J (1990). Tobacco excise and declining tobacco consumption: the case of Papua New Guinea. *Am J Public Health* 80: 537-40. Hu TW, Mao Z (2002). Effects of cigarette tax on cigarette consumption and the Chinese economy. *Tob Control* 11: 105-8.

economici possono avere importanti implicazioni di salute pubblica nel controllo del tabagismo.

La mortalità attribuita al tabacco in Italia ha mostrato una diminuzione per tumore del polmone nei maschi a partire dal 1988, ma una moderata e costante ascesa nelle donne, riflettendo pertanto gli andamenti nei consumi. La mortalità globale legata al tabacco è diminuita di circa 90 mila morti per anno nel 1990 a circa 80 mila nel 2000. Poiché smettere di fumare nella mezza età evita buona parte dei rischi e decessi da fumo, gli andamenti recenti e futuri nella patologia e nella mortalità legate al tabacco sono essenzialmente influenzati da quanti smettono di fumare. Per le tendenze di lungo periodo, è importante peraltro ridurre il fumo nei giovani, che oggi è più diffuso nelle classi sociali inferiori. La fascia di età dai 18 ai 25 anni è importante per consolidare l'abitudine al fumo.

Come in Gran Bretagna<sup>18</sup>, il prezzo reale di un pacchetto di sigarette, standardizzato per prodotto interno lordo, è oggi apprezzabilmente inferiore (quasi la metà) rispetto a quello di trent'anni fa. Questo suggerisce che è oggi possibile un apprezzabile incremento della tassazione. Le entrate provenienti da un eventuale incremento di tasse potrebbero essere allocate per il controllo e la prevenzione delle malattie attribuite al fumo, dal momento che oggi in Italia nessuna entrata proveniente dalle sigarette, o da altri prodotti di tabacco, viene spesa per il controllo di tabacco. Al contrario, negli Stati Uniti, una media di circa 3,5 € per persona è stata spesa per la prevenzione e il controllo di tabacco<sup>19</sup>. Curiosamente, alcuni degli ultimi incrementi sono stati allocati per problemi totalmente sconnessi, come per il monitoraggio del morbo della "mucca pazza".

Negli ultimi tre decenni gli uomini Italiani con classi sociali e livelli di istruzione più bassi tendono progressivamente ad essere più frequentemente fumatori, e nell'ultimo decennio questo fenomeno tende ad essere vero anche per le donne<sup>20</sup>. Dal momento che le persone di classe sociale inferiore tendono ad essere maggiormente influenzati dalla fluttuazione dei prezzi<sup>21</sup>, ogni intervento sul prezzo di sigarette sarebbe maggiormente consistente in gruppi socio-economici che mostrano una prevalenza di fumo maggiore in Italia negli ultimi anni. Tale ragionamento può essere esteso anche agli adolescenti e ai giovani, la

---

<sup>18</sup> Guindon GE, Tobin S, Yach D (2002). Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. *Tob Control* 11: 35-43.

<sup>19</sup> Schroeder SA (2002). Conflicting dispatches from the tobacco wars. *N Engl J Med* 2002; 347: 1106-9. Gross CP, Soffer B, Bach PB, Rajkumar R, Forman HP (2002). State expenditures for tobacco-control programs and the tobacco settlement. *N Engl J Med* 2002; 347: 1080-6.

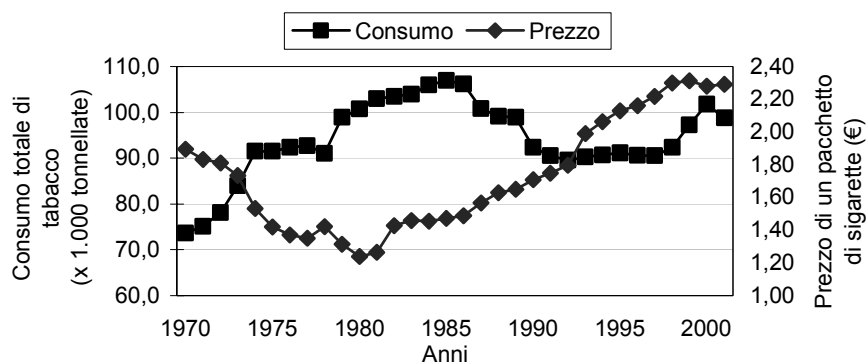
<sup>20</sup> Faggiano F, Versino E, Lemma P (2001). Decennial trends of social differentials in smoking habits in Italy. *Cancer Causes Control* 12: 665-71. Colombo P, Scarpino V, Zuccaro P, Apolone G, Gallus S, La Vecchia C (2002). Smoking in Italian women and men, 2001. *Tumori* 88: 10-2.

<sup>21</sup> Townsend J, Roderick P, Cooper J (1994). Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. *Br Med J* 309: 923-7.

cui prevalenza di fumo è cresciuta negli ultimi anni<sup>22</sup>, e che rimangono un bersaglio chiave di intervento nel lungo periodo nella lotta al fumo.

In conclusione, questi risultati confermano l'esistenza di una inversa relazione tra prezzo e prevalenza di fumatori correnti o consumo di sigarette, e indicano che interventi di tipo economico (come un incremento sostanziale del prezzo) possono avere forti implicazioni di salute pubblica sul controllo di tabacco<sup>23</sup>.

**Grafico 7 - Consumo di tabacco e prezzo reale di un pacchetto di sigarette. Italia - Anni 1970-2001**



Fonte Istat: dati dalle vendite legali ufficiali

**Prospetto 8 - Variazione della prevalenza di fumatori e del consumo di sigarette per adulto. Italia - Anni 1970-2001**

	Prevalenza annuale di fumatori correnti		Consumo annuale di sigarette per adulto	
	Coefficiente (errore standard)	P (test T)	Coefficiente (errore standard)	P (test T)
PERIODO 1970-2001				
Costante	6.53 (0.33)	P<0.001	-6.88 (0.39)	P<0.001
Prezzo reale	-0.30 (0.05)	P<0.001	-0.43 (0.06)	P<0.001
Per capita GDP	-0.31 (0.04)	P<0.001	0.10 (0.04)	P=0.030
R <sup>2</sup> aggiustato		0.97		0.67
F (p)		183.40 (p<0.001)		32.75 (p<0.001)

Fonte: Istat Dati dalle vendite legali ufficiali

<sup>22</sup> Colombo P, Scarpino V, Zuccaro P, Apolone G, Gallus S, La Vecchia C (2002). Smoking in Italian women and men, 2001. *Tumori* 88: 10-2. Pagano R, La Vecchia C, Decarli A (1998). Smoking in Italy, 1995. *Tumori* 84: 456-9.

<sup>23</sup> Prabhat J, Chaloupka FJ (1999). Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. The World Bank, Washington, pp.37-56.

## Conclusioni

- La prevalenza di fumatori in Italia dal 1980 si è molto ridotta tra i maschi arrivando intorno al 30 per cento. Tra le femmine è stato riscontrato un lento aumento ma a partire da prevalenze più basse rispetto alla media europea;
- la maggiore riduzione è a carico delle categorie sociali più avvantaggiate ed istruite;
- tra i giovani sembra che ci sia la tendenza di un aumento della prevalenza di fumo nelle ultime decadi. Soltanto negli ultimi anni questo fenomeno sembra essersi arrestato;
- complessivamente la quota di decessi attribuibili al fumo è in moderata diminuzione;
- politiche sanitarie per questo fenomeno:
  - efficacia degli interventi di riduzione è accertata, mentre per quelli di prevenzione dell'inizio è dubbia
  - smettere di fumare anche nella mezza età evita buona parte dei rischi. gli andamenti nella patologia e mortalità legati al tabacco nei prossimi decenni saranno essenzialmente influenzati da quanti smetteranno importanza del controllo del fumo passivo;
- qualche suggerimento per le politiche:
  - piano nazionale antitabacco
  - tassazione
  - divieto di fumo
  - divieti alle pubblicità occulte delle compagnie di tabacco.

## Bibliografia

- Chapman S, Richardson J (1990). Tobacco excise and declining tobacco consumption: the case of Papua New Guinea. *Am J Public Health* 80: 537-40.
- Colombo P, Scarpino V, Zuccaro P, Apolone G, Gallus S, La Vecchia C (2002). Smoking in Italian women and men, 2001. *Tumori* 88: 10-2.
- English D, Holman D, Milne E, Winter M, Hulse C, Codde G et al. The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia, 1995. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health; 1995.
- Faggiano F, Versino E, Lemma P (2001). Decennial trends of social differentials in smoking habits in Italy. *Cancer Causes Control* 12: 665-71.
- Gallus S, Colombo P, Scarpino V, Zuccaro P, Apolone G, La Vecchia C (2002). Smoking in Italy, 2002. *Tumori* 88: 453-6.
- Gallus S, Fernandez E, Townsend J, Schiaffino A, La Vecchia C (2003). Price and consumption of tobacco in Italy over the last three decades. *Eur J Cancer Prev* 12: In Press.
- Gross CP, Soffer B, Bach PB, Rajkumar R, Forman HP (2002). State expenditures for tobacco-control programs and the tobacco settlement. *N Engl J Med* 2002; 347: 1080-6.
- Guindon GE, Tobin S, Yach D (2002). Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. *Tob Control* 11: 35-43.
- Hu TW, Mao Z (2002). Effects of cigarette tax on cigarette consumption and the Chinese economy. *Tob Control* 11: 105-8.
- Hu TW, Ren QF, Keeler TE, Barlett J (1995). The demand for cigarettes in California and behavioural risk factors. *Health Econ* 4: 7-14.
- Istat. *Annuario Statistico Italiano*. Istat, Roma: vari numeri.
- Keeler TE, Hu TW, Barnett PG, Manning WG (1993). Taxation, regulation, and addiction: a demand function for cigarettes based on time-series evidence. *J Health Econ* 12: 1-18
- La Vecchia C (1986). Smoking in Italy, 1949-1983. *Prev Med* 15: 274-81.
- Nomisma (1999). *La Filiera del Tabacco in Italia: Impatto Socio-Economico e Aspetti di Politica Fiscale*. V Rapporto Nov 1999.
- Pacifici R, Rosa M, Zuccaro P (2000). Consumi di tabacco in Italia e loro impatto epidemiologico. In: *L'Epidemia di Fumo in Italia* (Nardini E, Donner CF); EDI Aipo Scientifica, Pisa, pp.13-22.
- Pagano R, La Vecchia C, Decarli A (1998). Smoking in Italy, 1995. *Tumori* 84: 456-9.
- Pekurinen M (1989). The demand for tobacco products in Finland. *Br J Addict* 84: 1183-92.
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. Mortality from smoking in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339:1268-78



- Prabhat J, Chaloupka FJ (1999). Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. The World Bank, Washington, pp.37-56.
- Schroeder SA (2002). Conflicting dispatches from the tobacco wars. *N Engl J Med* 2002; 347: 1106-9.
- Seccareccia F, Zuccaro PG, Farchi G, Giampaoli S, Vannuzzo D. Studi osservazionali. Fumo e prevenzione delle malattie cardiovascolari in Italia; in *Ital Heart J*, Suppl Vol 1, 2000.
- Single E, Rehm J, Robson L, Van Truong M. The relative risk and etiologic fraction of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *CMAJ* 2000;162:1669-1675.
- Townsend J (1996). Price and consumption of tobacco. *Br Med Bull* 52: 132-42
- Townsend J (2002). *Personal communication*.
- Townsend J, Roderick P, Cooper J (1994). Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. *Br Med J* 309: 923-7.
- Yurekli AA, Zhang P (2000). The impact of clean indoor-air laws and cigarette smuggling on demand for cigarettes: an empirical model. *Health Econ* 9: 159-70.
- Zuccaro P, Mortali C, Martucci L, Modigliani G, Pizzi E, Di Pucchio A, Pacifici R (2001). *Rapporto sul Fumo in Italia - 2000*. URL: <http://www.ossfad.iss.it/fumo/>

# LE VACCINAZIONI IN ETÀ PEDIATRICA

*M. Ciofi degli Atti<sup>1</sup>, S. Salmaso<sup>1</sup>, E. Bologna<sup>2</sup>*

## **Introduzione**

Le vaccinazioni rappresentano uno dei più efficaci strumenti preventivi disponibili, e grazie al loro uso su larga scala è stato possibile eliminare o controllare efficacemente numerose malattie infettive. L'attuale calendario vaccinale vigente in Italia, prevede per tutti i nuovi nati la somministrazione delle vaccinazioni antidifterite, tetano, poliomielite, pertosse, morbillo, rosolia, parotite ed epatite B<sup>3</sup>. Inoltre, per garantire una eguale accessibilità alla prevenzione in tutte le regioni italiane, queste vaccinazioni sono state incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il principale indicatore dell'adeguatezza dell'offerta regionale e nazionale è la copertura vaccinale dei nuovi nati, che viene rilevata routinariamente su base annuale<sup>4</sup>. Tuttavia fino al 1998 i dati routinari erano disponibili solo per alcune Regioni e quindi, allo scopo di colmare questa lacuna, negli anni novanta sono state

---

<sup>1</sup> Istituto superiore di sanità.

<sup>2</sup> Istituto nazionale di statistica.

<sup>3</sup> Ministero della Sanità. Decreto 7 aprile 1999. Nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per l'età evolutiva.

<sup>4</sup> Ministero della Sanità. Divisione Generale Servizi Igiene Pubblica. Revisione schede di rilevazione connesse alla sorveglianza delle attività vaccinali. 17 gennaio 1995, 440.2/26V/409

condotte alcune indagini campionarie di copertura vaccinale che hanno utilizzato una metodica di campionamento standardizzata messa a punto dall'Oms<sup>5</sup>.

Oltre a queste fonti, alcune informazioni sulle vaccinazioni sono state rilevate anche nell'ambito dell'indagine Istat sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000". I dati sono stati rilevati per tutti i bambini fino a 13 anni, sulla base delle risposte fornite dalla madre o da un altro componente adulto della famiglia.

## 1. Materiali e metodi

Con l'indagine sono state raccolte informazioni su alcune vaccinazioni raccomandate, previste per diversi gruppi di età. In particolare, si trattava delle vaccinazioni per morbillo, rosolia, parotite, pertosse ed Hib. L'informazione sullo stato vaccinale è stata raccolta per tutti i bambini e ragazzi (fino a 13 anni), indipendentemente dal numero di dosi e dall'età di somministrazione.

I dati sono stati analizzati calcolando la percentuale di bambini vaccinati a livello nazionale per tipo di vaccino e fascia di età (1-2 anni, 3-5 anni, 6-9 anni, 10-13 anni).

Sul campione totale dei bambini di 1-13 anni è stata calcolata la percentuale di vaccinati, rispetto al tipo di vaccino, all'area geografica di residenza (nord-ovest, nord-est, centro, sud, isole) e alla fonte che ha fornito l'informazione (madre del bambino verso altra fonte).

Inoltre è stata calcolata la percentuale di bambini tra 1 e 13 anni vaccinati per morbillo per area geografica di residenza, titolo di studio e classe sociale della madre.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> The Italian Vaccine Coverage Survey Working Group. Childhood vaccination coverage in Italy: results of a seven-regions survey. Bulletin of the World Health Organization 1994, 72 (6), 885-95. Salmaso S, Rota MC, Ciofi degli Atti M, Tozzi AE, Kreidl P, and the ICONA Study Group. Infant immunization coverage in Italy by cluster survey estimates. WHO Bull, 1999, 77(10): 843-851.

<sup>6</sup> La classe sociale è stata costruita secondo la classificazione di Schizzerotto, che definisce la classe sociale come l'insieme degli individui e delle loro famiglie che in virtù del controllo esercitato su una o più risorse di potere, occupano simili posizioni sul mercato e nella divisione sociale del lavoro e che, perciò, godono di simili chances di vita. Le classi si articolano in una pluralità di strati, definiti secondo l'intensità del controllo che gli individui posseggono sulla risorsa stessa, l'abilità con cui la utilizzano, lo specifico ramo di attività economica in cui la impiegano, il segmento del mercato del lavoro in cui si trovano inseriti (1994). Le sei classi sono così composte: Borghesia (imprenditori, liberi professionisti, dirigenti, direttivi quadri), Classe media impiegatizia (impiegati), Piccola borghesia urbana (lavoratori in proprio, soci di cooperativa e coadiuvanti operanti in piccole imprese industriali, commerciali e di servizio); Piccola borghesia agricola (lavoratori in proprio, soci di cooperativa e coadiuvanti di piccole imprese operanti nei settori dell'agricoltura, caccia, foreste e pesca); Classe operaia urbana (operai, apprendisti, lavoratori a domicilio occupati nelle imprese operanti nei settori dell'industria, del commercio e dei servizi); Classe operaia agricola (operai, apprendisti occupati nelle imprese operanti nei settori dell'agricoltura, caccia, foreste e pesca). Ai fini dell'analisi la piccola borghesia urbana e la piccola borghesia rurale sono state accorpate in un'unica modalità Piccola borghesia; lo stesso dicasi per le modalità classe operaia urbana e classe operai agricola, accorpate nella modalità Classe operaia.

## 2. Risultati

La copertura vaccinale per tipo di vaccino e classe di età è illustrata in Prospetto 1.

**Prospetto 1 - Percentuale di bambini vaccinati per vaccino e classe di età. - Bambini tra 1 e 13 anni. (valori percentuali)**

CLASSE DI ETÀ	Pertosse	Morbillo	Rosolia	Parotite	Hib
1-2 anni	74	66	60	59	46
3-5 anni	74	71	64	64	36
6-9 anni	64	68	58	59	22
10-13 anni	53	63	50	48	18
<b>Totale</b>	<b>63</b>	<b>67</b>	<b>57</b>	<b>56</b>	<b>28</b>

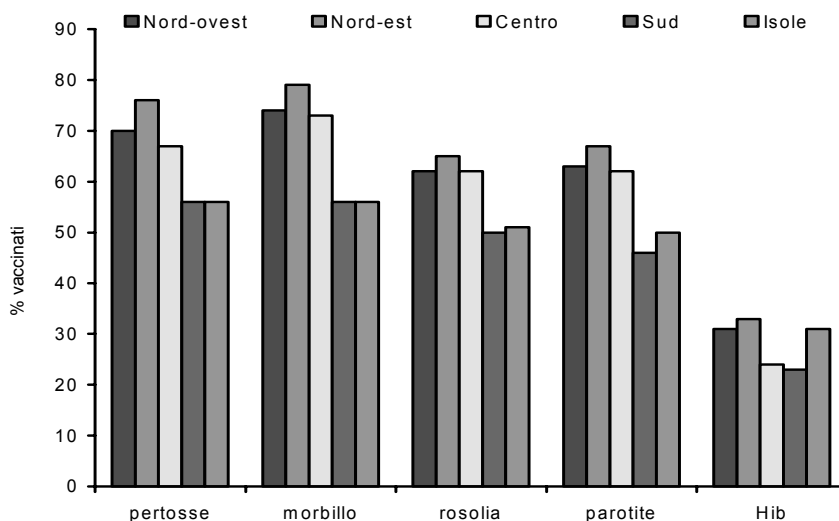
La copertura vaccinale più elevata risulta essere quella contro il morbillo (67 per cento), seguita da pertosse (63 per cento), rosolia, parotite (rispettivamente 56 e 57 per cento), ed Hib (28 per cento). Per tutte le vaccinazioni tranne l'Hib, la percentuale di vaccinati è maggiore nella fascia di età 3-5 anni, e decresce progressivamente tra i bambini più grandi. Per l'Hib, le coperture vaccinali più elevate si registrano invece nei bambini più piccoli, tra 1 e 2 anni di età.

La copertura vaccinale per area geografica è illustrata in Grafico 1; per tutte le vaccinazioni, la percentuale di vaccinati è maggiore nel nord-est, dove varia da un massimo del 79 per cento per il morbillo ad un minimo del 33 per cento per l'Hib.

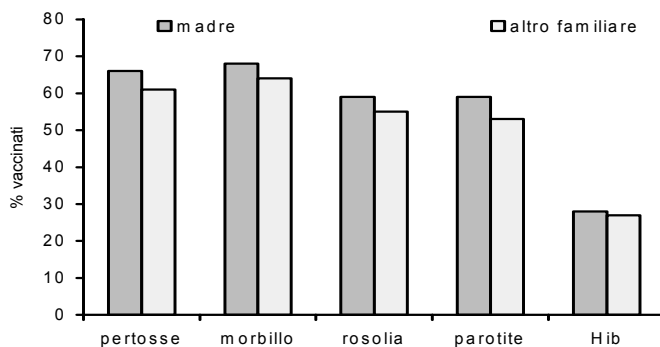
Il nord-ovest e il centro mostrano valori sovrapponibili, mentre la percentuale di vaccinati è minore al sud e nelle isole. Fa eccezione la vaccinazione anti-Hib, per la quale le minori coperture vaccinali vengono osservate al centro e al sud.

Per quanto riguarda la fonte delle informazioni, la copertura vaccinale risulta essere più elevata quando risponde la madre rispetto ad un altro familiare (Grafico 2).

**Grafico 1 - Percentuale di bambini vaccinati per tipo di vaccino ed area geografica. Bambini tra 1 e 13 anni di età.**

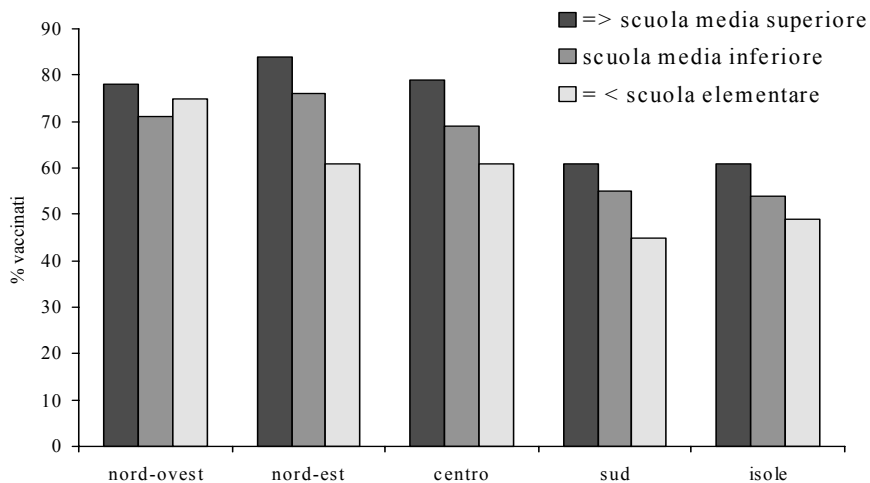


**Grafico 2 - Percentuale di bambini vaccinati per tipo di vaccino e fonte delle informazioni. Bambini tra 1 e 13 anni di età.**



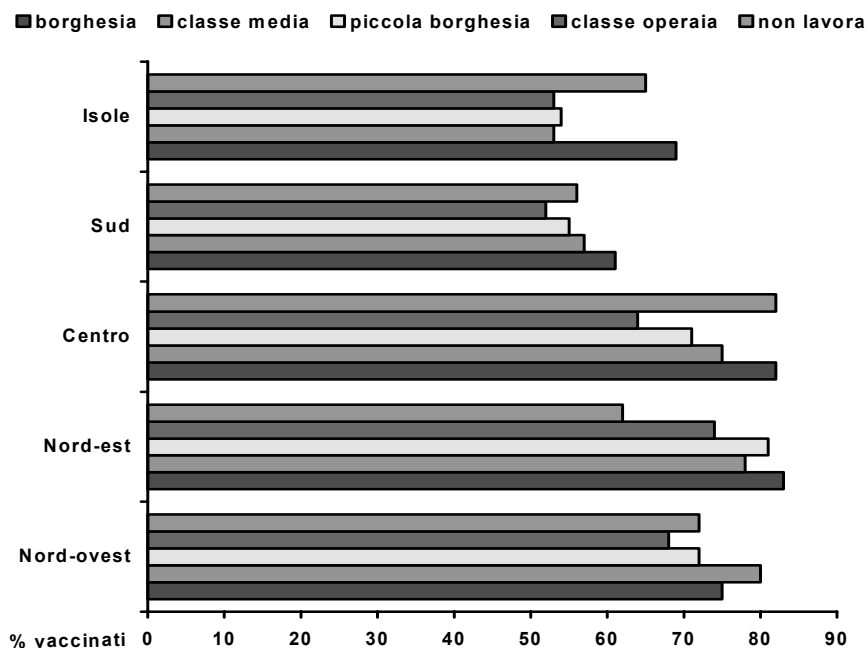
Analizzando i dati della vaccinazione antimorbillo, la percentuale di bambini vaccinati risulta essere direttamente proporzionale al titolo di studio della madre in tutte le aree geografiche tranne il nord-ovest dove il valore più basso di bambini vaccinati, si registra in corrispondenza di un livello medio di istruzione della madre (Grafico 3).

**Grafico 3 - Percentuale di bambini tra 1 e 13 anni di età vaccinati contro il morbillo, per area geografica di residenza e titolo di studio della madre.**



Al contrario, non sembra esserci una chiara associazione tra copertura vaccinale e classe sociale della madre (Grafico 4). Le coperture vaccinali più elevate (> 80 per cento) si osservano nel nord est, per i bambini le cui madri sono classificate come borghesi o piccolo borghesi, ed al centro, tra le madri che non lavorano, o sono classificate come borghesi. Al contrario, le coperture vaccinali più basse (<60 per cento) si osservano per i bambini del sud e delle isole, le cui madri rientrano nella classe operaia o nella piccola borghesia.

**Grafico 4 - Percentuale di bambini vaccinati contro il morbillo, per area geografica e classe sociali della madre. Bambini tra 1 e 13 anni di età.**



## Conclusioni

I risultati delle indagini di copertura vaccinale condotte negli anni novanta mostrano come, pur essendo stati compiuti molti progressi in tema di prevenzione vaccinale, alcune delle vaccinazioni siano ancora scarsamente praticate. In particolare, la percentuale di bambini vaccinati contro il morbillo è insufficiente a controllare la malattia e mostra grandi differenze tra regioni<sup>7</sup>.

In generale, i risultati dell'Indagine Istat sulle condizioni di salute 1999-2000 appaiono coerenti con quanto atteso: la proporzione di vaccinati è maggiore nelle coorti di nascita più recenti e nel nord Italia rispetto al centro-sud. Come documentato da altri studi, anche il livello di istruzione della madre appare correlato alla copertura vaccinale, con una migliore compliance tra le madri più istruite. Tuttavia c'è da tenere presente che le informazioni raccolte, basandosi esclusivamente sulle dichiarazioni fornite dai familiari dei bambini, potrebbero contenere una certa distorsione dovuta all'effetto memoria. È forse questo il motivo per il quale la percentuale di bambini vaccinati è più alta quando sono le madri a

<sup>7</sup> Salmaso S, Rota MC, Ciofi degli Atti M, Tozzi AE, Kreidl P, and the ICONA Study Group. Infant immunization coverage in Italy by cluster survey estimates. WHO Bull, 1999, 77(10): 843-851.

rispondere (presumibilmente le madri, rispetto ad altri familiari, ricordano meglio le vaccinazioni effettuate dai propri figli). La distorsione dovuta al ricordo va comunque considerata nell'interpretare i risultati dell'indagine, e può spiegare alcuni dati difficilmente interpretabili altrimenti, come ad esempio l'esecuzione della vaccinazione anti-Hib, dichiarata anche per i bambini di età superiore ai 10 anni. È difficile ritenere attendibile questo risultato, dato che il vaccino anti-Hib è stato introdotto in Italia nel 1995, e non è indicato nei bambini che hanno più di 5 anni.

Per quanto riguarda le prospettive future, l'indagine, che utilizza quanto riferito dagli intervistati, potrebbe essere utilizzata a complemento di quanto rilevato routinariamente dalle Regioni, per ottenere informazioni sui motivi di mancata vaccinazione dei bambini e sull'attitudine e la conoscenza delle famiglie in tema di prevenzione.



## **Bibliografia**

- Ministero della Sanità. Decreto 7 aprile 1999. Nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per l'età evolutiva.
- Ministero della Sanità. Divisione Generale Servizi Igiene Pubblica. Revisione schede di rilevazione connesse alla sorveglianza delle attività vaccinali. 17 gennaio 1995, 440.2/26V/409
- Salmaso S, Rota MC, Ciofi degli Atti M, Tozzi AE, Kreidl P, and the ICONA Study Group. Infant immunization coverage in Italy by cluster survey estimates. WHO Bull, 1999, 77(10): 843-851.
- The Italian Vaccine Coverage Survey Working Group. Childhood vaccination coverage in Italy: results of a seven-regions survey. Bulletin of the World Health Organization 1994, 72 (6), 885-95.

# LA VALUTAZIONE DELLE POLITICHE SANITARIE

---

*Coordinatore: C. Cislighi* – Agenzia regionale di sanità Toscana

---



## INTRODUZIONE

*C. Cislaghi<sup>1</sup>*

Per programmare la sanità occorrono almeno tre cose: valori chiari di riferimento, un modello organizzativo solido, la conoscenza della realtà su cui si opera. L'assenza di uno dei tre elementi rende il processo programmatorio vacuo (se mancano i valori etico-politici), inconsistente (se mancano le regole organizzative), astratto (se non si fondano i programmi su dati reali).

Non si può quindi pensare che siano possibili decisioni programmatorie solo di stampo ideologico o improntate ad un pragmatismo svuotato di ipotesi sistemiche; è per questo che nell'impostare una rilevazione di dati sulla realtà sanitaria devono entrare tutti e tre gli elementi prima elencati, altrimenti è probabile che l'informazione prodotta risulti poi inutile.

Se fotografo una persona a me cara, non farò di lei né una veduta dall'alto, né tanto meno una veduta dal basso, ma coglierò il valore della sua espressione che sta nel volto e soprattutto negli occhi.

Il momento della decisione ed il momento dell'informazione devono perciò assolutamente integrarsi: il decisore deve comunicare ciò che ha bisogno di sapere; il rilevatore, lo statistico deve fornire gli elementi sui quali deve fondarsi la decisione. È per questo che l'indagine Istat sullo stato di salute e l'utilizzazione dei servizi deve sempre più diventare uno strumento di lavoro del Sistema sanitario, e poiché questo sta sempre più regionalizzandosi, anche l'indagine Istat deve diventare capace di fornire i contrasti informativi tra regioni e tra le aree entro le stesse.

---

<sup>1</sup> Agenzia regionale di sanità - Toscana

Gli approfondimenti di questa sezione hanno innanzitutto riconfermato le conoscenze sui determinanti dei consumi sanitari; oltre ovviamente allo stato di salute i consumi dipendono essenzialmente dall'età, dall'area dove si vive e dallo stato socio-economico; quest'ultimo più come fattore che incide sulla salute che non sui comportamenti relativi all'uso dei servizi. In altre parole i meno abbienti consumano più prestazioni perché sono più malati e non perché, a parità di salute, sono più consumatori. Peraltro i meno abbienti ricevono prestazioni tecnologicamente meno avanzate e probabilmente, come dicono altri studi, anche meno appropriate.

È anche interessante notare che se sono gli individui meno abbienti ad essere individualmente i maggiori consumatori, sono però le regioni più ricche a consumare in media, collettivamente, di più. Ciò significa che i fattori socio economici giocano diversamente sulla domanda e sull'offerta di servizi: alla povertà si associa la malattia, ma alla ricchezza di un'area si associa maggiore offerta di servizi che inducono una maggiore domanda degli stessi.

Queste diversità producono di fatto delle realtà sanitarie differenti che si caratterizzano in modo sorprendente con contiguità geografica. Anche se il Ssn pretende oggi di essere unico e nazionale, nella realtà ci sono almeno quattro grandi clusters con regioni diversamente caratterizzate; è probabile quindi che realtà diverse siano meglio governate con sistemi differenti, però impostati sugli stessi valori fondamentali. I lavori presentati in questa sezione illustrano queste evidenze.

Questa indagine potrà avere quindi, e ancor più nel futuro, un ruolo crescente nello scenario di un Sistema sanitario regionalizzato; ma dovrà essere capace di offrire strumenti realmente validi per le politiche sanitarie regionali e ciò sarà possibile solo se le Regioni stesse arriveranno a considerare questo strumento come loro e perciò lo indirizzeranno sempre più coerentemente con le loro necessità informative e programmatiche e ne faranno un uso intelligente ed adeguato.

# STATO DI SALUTE E LIVELLI DI ASSISTENZA: ALCUNI SPUNTI DI VARIABILITA' TRA LE REGIONI

*C. Galassi<sup>1</sup>, M. Biocca<sup>1</sup>, G. Luppi<sup>1</sup>, E. Borghi<sup>1</sup>, A.Zacchia<sup>1</sup>, G.Frasca<sup>1</sup>, N.Caranci<sup>1</sup>, F. Repetto<sup>1</sup>*

## **Introduzione**

Questo lavoro utilizza l'indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999/2000" per fornire informazioni utili a costruire analisi e confronti regionali su aspetti non sufficientemente descritti dagli attuali sistemi informativi su base nazionale, al fine di arricchire il set di indicatori utilizzabili per il monitoraggio dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) previsti nella recente normativa.

È stato inoltre sviluppato un esempio di utilizzo integrato di informazioni, a supporto della programmazione dei servizi in ambito regionale.

## **1. Stato di salute**

Si è proceduto anzitutto a descrivere eventuali differenze tra regioni in relazione alle condizioni di salute dichiarate dalla popolazione ed alla sua percezione. L'indagine Istat sulle condizioni di salute permette infatti il recupero di informazioni sullo stato di salute non altrimenti disponibili in maniera omogenea a livello nazionale

---

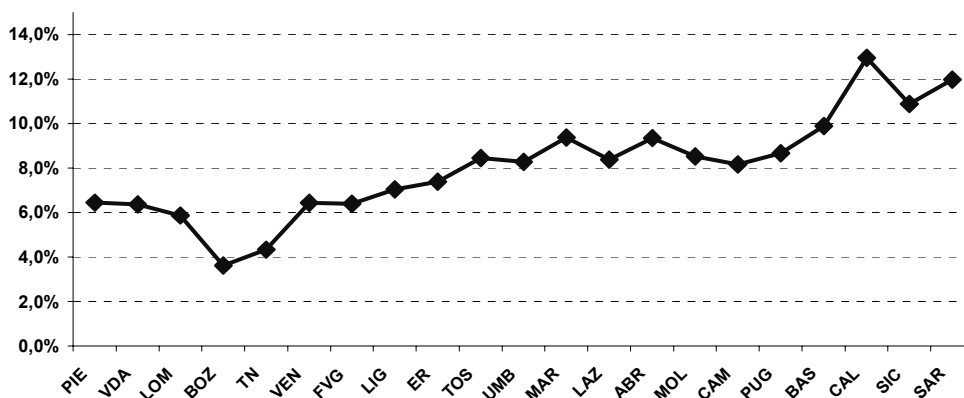
<sup>1</sup> Agenzia regionale di sanità – Emilia Romagna

quali la percezione dello stato di salute, la presenza di malattie croniche autodichiarate, la presenza di disabilità e/o confinamento.

Lo stato di salute, così come il ricorso ai servizi sanitari, sono come prevedibile fortemente correlati all'età. Dal momento che le regioni italiane sono caratterizzate da una notevole eterogeneità nella struttura per età, tutte le elaborazioni che vengono presentate sono state eseguite effettuando la standardizzazione per tale variabile.

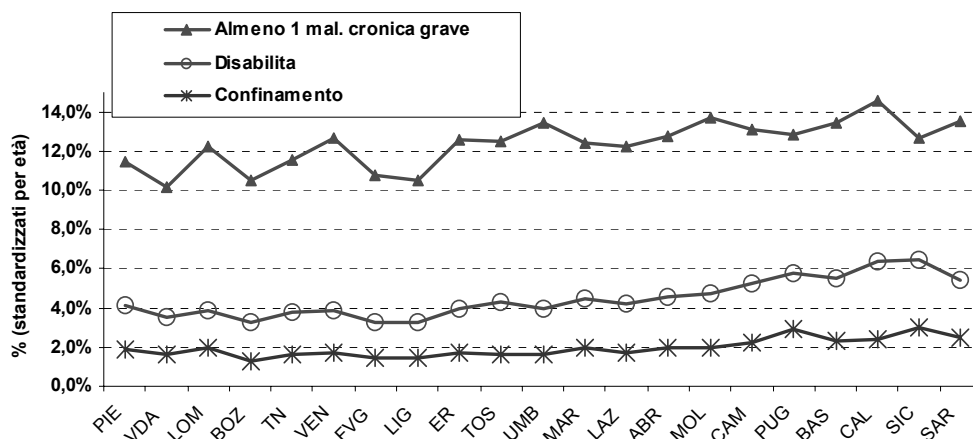
L'analisi evidenzia consistenti differenze nella percezione dello stato di salute (Grafico 1), con percentuali più basse di persone che riferiscono cattive condizioni di salute nelle regioni del Nord Italia (media nazionale: 8 per cento; valori regionali dal 3.6 per cento di Bolzano al 12,9 per cento della Calabria).

**Grafico 1 - Percentuale di persone di 14 anni e più che riferiscono cattive condizioni di salute (male/molto male) nelle regioni italiane (quozienti standardizzati per età).**



Un analogo andamento geografico, ma con differenze tra regioni meno marcate, si osserva analizzando la distribuzione della prevalenza di dichiarazione di almeno una malattia cronica qualificata come grave (media nazionale: 12.5 per cento), la presenza di disabilità (media nazionale: 4.8 per cento) o di confinamento (media nazionale 2.1 per cento) (Grafico 2).

**Grafico 2 - Percentuale di persone che riferiscono la presenza di almeno una malattia cronica grave, di disabilità o di confinamento nelle regioni italiane<sup>(a)</sup> (quozienti standardizzati per età).**



(a) Sono state individuate come *malattie croniche gravi* autodichiarate: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; trombosi, embolia, emorragia cerebrale; bronchite, enfisema, insufficienza respiratoria; cirrosi epatica; tumore maligni (inclusi linfoma/leucemia), Parkinson, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria (cfr ISTAT, Le condizioni di salute della popolazione, Indagine “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari Anni 1999/2000”).

*Disabilità*: Persone che dichiarano il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni (confronta fonte citata).

*Confinamento*: costrizione permanente a letto, su una sedia o nella propria abitazione (cfr fonte citata).

## 2. Analisi dei consumi

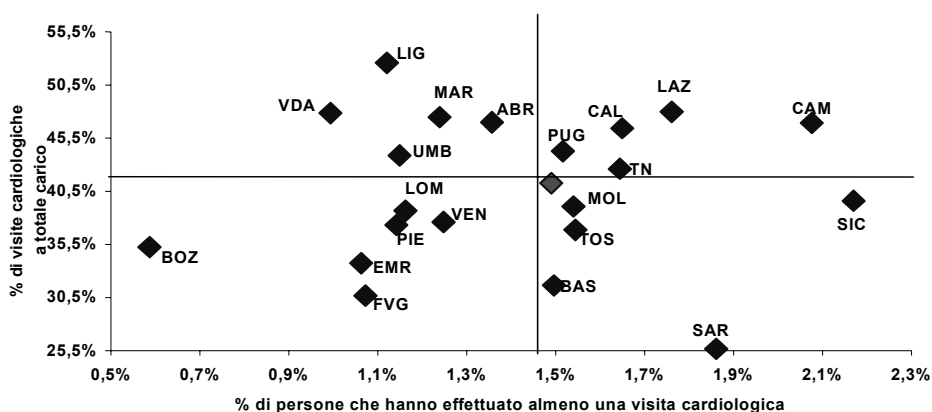
L'analisi dei consumi ha avuto come oggetto il confronto per alcune tipologie di prestazioni previste nei Livelli essenziali di assistenza o escluse, totalmente o in parte, da questi e per le quali non si hanno stime dei tassi di utilizzo da altre fonti, ovvero per le quali i flussi informativi correnti forniscono stime non esaustive. L'indagine rileva ad esempio il ricorso a visite mediche, sia generiche sia specialistiche; alcune regioni hanno attivato flussi informativi correnti relativi alla specialistica ambulatoriale, mentre continua ad essere totalmente ignota, salvo sporadiche indagini ad hoc, l'attività dei Medici di medicina generale.

Il Grafico 3 riporta, a titolo di esempio, la distribuzione regionale della frequenza di ricorso a visite cardiologiche effettuate nelle 4 settimane precedenti l'intervista, e dall'altro alla quota di visite cardiologiche effettuate a totale carico del paziente. Si osserva un'ampia variabilità tra le regioni per entrambi i parametri: la frequenza di ricorso a visite cardiologiche nelle 4 settimane precedenti l'intervista



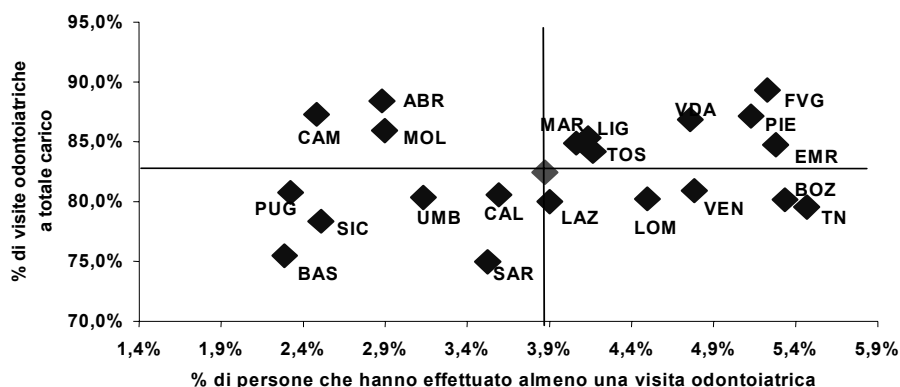
varia dal dallo 0,6 per cento della Provincia di Bolzano al 2,2 per cento della Sicilia (media nazionale: 1,5 per cento), mentre la percentuale di visite cardiologiche effettuate a totale carico varia dal 25,5 per cento della Sardegna al 52,6 per cento della Liguria (media nazionale: 41,2 per cento).

**Grafico 3 - Distribuzione delle regioni in base alla frequenza di ricorso a visite cardiologiche (effettuate nelle 4 settimane precedenti l'intervista) ed alla quota di visite cardiologiche effettuate a totale carico delle persone (dati standardizzati per età).**



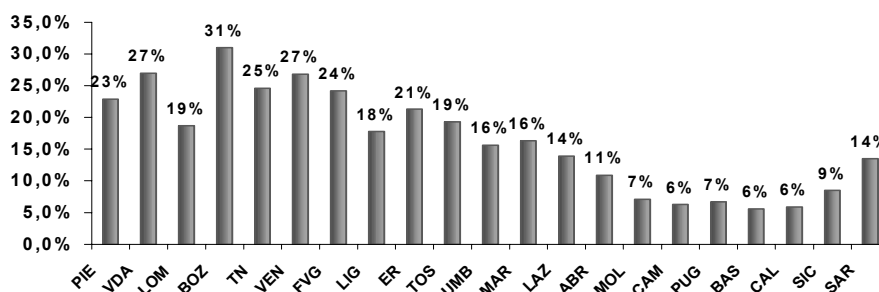
Una analoga variabilità, ma con una diversa distribuzione delle regioni, si osserva per le visite specialistiche odontoiatriche (Grafico 4). La parziale esclusione delle prestazioni odontoiatriche dai Lea è evidenziata dalla elevata quota di prestazioni (in nessuna regione inferiore al 75 per cento) effettuata a totale carico delle persone.

**Grafico 4 - Distribuzione delle regioni in base alla frequenza di ricorso a visite odontoiatriche (effettuate nelle 4 settimane precedenti l'intervista) ed alla quota di visite odontoiatriche effettuate a totale carico delle persone (dati standardizzati per età).**



L'indagine permette inoltre il recupero di informazioni relativamente a consumi sanitari per i quali non sono disponibili dati da altre fonti informative omogenee a livello nazionale, quali ad esempio l'utilizzo di terapie non convenzionali (la cui erogazione non è prevista all'interno dei Lea). La distribuzione territoriale del fenomeno risulta significativamente disomogenea (Grafico 5), con tassi di utilizzo più elevati nelle regioni del Nord - Est, dove in media il 24,7 per cento della popolazione ha fatto ricorso ad almeno un tipo di terapia non convenzionale negli ultimi 3 anni; tale percentuale scende al 16,1 per cento nelle regioni del Centro e solo al 6,4 per cento nelle regioni del Sud.

**Grafico 5 - Ricorso a terapie non convenzionali negli ultimi 3 anni (dati standardizzati per età)**



È inoltre possibile analizzare alcuni determinanti del consumo di terapie non convenzionali: relativamente all'omeopatia (la più diffusa nella popolazione), l'analisi multivariata evidenzia quali principali determinanti dell'utilizzo un elevato titolo di studio, l'età giovanile (soprattutto inferiore a 44 anni), e l'appartenenza al sesso femminile (Prospetto 1).

**Prospetto 1 - Analisi multivariata (regressione logistica) sui determinanti dell'uso di omeopatia, Regione Emilia – Romagna, anni 1999-2000.** (OR=Odds Ratio; IC95per cento= Intervalli di confidenza al 95 per cento)<sup>(a)</sup>

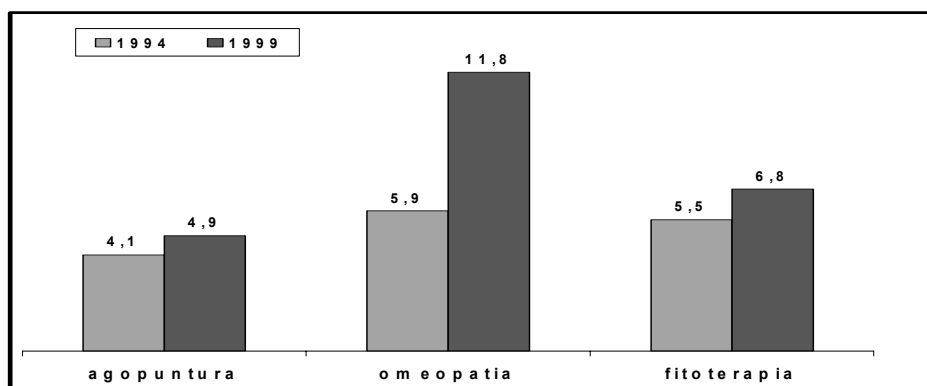
		OR	IC 95per cento	P
<b>Sesso</b>	maschi	1,00		
	femmine	2,07	1,72-2,49	<0,05
<b>Età</b>	>=65 anni	1,00		
	0-44 anni	3,08	2,13-4,45	<0,05
	45-64 anni	2,30	1,63-3,23	<0,05
<b>Scolarità</b>	Nessun titolo	1,00		
	Scuola media inferiore	2,06	1,52-2,81	<0,05
	Scuola media superiore	3,78	2,80-5,12	<0,05
	Laurea	4,09	2,81-5,93	<0,05
<b>Risorse economiche familiari</b>	Ottime	1,00		
	Adeguate	0,87	0,57-1,34	0,54
	Scarse	0,85	0,54-1,35	0,50
	Insufficienti	0,35	0,15-0,86	<0,05

(a) ulteriori covariate incluse nel modello: abitudine al fumo, indice di massa corporea, percezione dello stato di salute e presenza di patologie croniche auto dichiarate, ampiezza del comune di residenza, compilatore del questionario (diretto interessato o proxy).

Si osserva inoltre una tendenza ad minor ricorso all'omeopatia nelle famiglie che hanno riferito una minore disponibilità di risorse economiche.

Infine, è possibile effettuare confronti temporali (Grafico 6), laddove, nel questionario utilizzato nell'indagine, la formulazione della domanda è stata mantenuta identica nelle diverse rilevazioni.

**Grafico 6 - Frequenza di ricorso alle principali terapie non convenzionali (nei 3 anni precedenti l'intervista) in Emilia Romagna negli anni 1994 e 1999 (per 100 persone).**



L'analisi complessiva dei risultati relativi al ricorso ai servizi sanitari ottenuti attraverso l'indagine Istat sulla salute (ricorso a visite mediche, ad accertamenti diagnostici, a prestazioni d'urgenza quali la guardia medica o il Pronto Soccorso) ha evidenziato una eterogeneità tra le diverse regioni, sia quantitativa (volume complessivo della fruizione di servizi) che qualitativa (in termini di mix di servizi)<sup>2</sup>.

### **3. Utilizzo dei dati dell'indagine a supporto della programmazione regionale**

L'indagine dell'Istat sulle condizioni di salute può fornire un importante contributo informativo ai fini della programmazione sanitaria sia a livello nazionale che in ambito regionale.

Quale esempio di utilizzo integrato di informazioni a supporto della programmazione dei servizi in ambito regionale, l'attenzione è stata focalizzata sul problema "anziani". Le informazioni derivanti dall'indagine sono state utilizzate, ad integrazione di quelle già disponibili attraverso i flussi correnti o altre indagini ad hoc, per la predisposizione di una Scheda che ha l'obiettivo di illustrare le condizioni di salute dei Senior in Emilia Romagna e di alcuni degli elementi che le influenzano, ed è rivolta ai cittadini competenti coinvolti nella predisposizione dei Piani per la Salute (2).

A titolo di esempio, in base ai dati dell'indagine Istat sulle condizioni di salute 1999/2000 si è stimato che circa una persona di oltre 65 anni ogni tre aveva effettuato almeno una visita medica generica nel mese precedente la rilevazione, mentre tra le persone di età inferiore ai 65 anni erano stati meno di uno ogni sei. Alla Guardia medica aveva fatto ricorso nell'ultimo mese circa il 2,7 per cento delle persone di età compresa tra i 65 e i 74 anni ed il 4,4 per cento di quelli con più di 75 anni. Tra le persone con meno di 65 anni erano stati l'1,7 per cento.

Alcuni dati sulle prestazioni odontoiatriche (derivanti dal flusso informativo regionale sulle attività specialistiche ambulatoriali) sono stati integrati con i dati ottenuti dall'indagine.

Attraverso i dati della medesima indagine si è stimato che il numero medio di visite odontoiatriche nel 2000 sia stato di circa 106 ogni 100 abitanti. Gli anziani ne avrebbero, tuttavia, usufruito molto meno della media generale: solo 63 visite ogni 100 Senior con oltre 75 anni di età e addirittura 38 visite ogni 100 Senior più giovani (65-74 anni). Come precedentemente rilevato, il Servizio sanitario nazionale (Ssn) fornisce solo una piccola quota di tali prestazioni: nel 2001, in Emilia Romagna, meno del 7 per cento delle persone che hanno avuto visite odontoiatriche hanno utilizzato il Ssn. Analizzando tuttavia i dati per fasce di età, si è osservato che l'11 per cento dei Senior tra i 65 e i 74 anni hanno usufruito di una visita odontoiatrica del Ssn, ed il 7 per cento di quelli con più di 75 anni.

---

<sup>2</sup> Si veda anche il lavoro presente in questo volume "Tipologie di modelli di sanità", S. Forni, C. Cislighi, M.P.Giorio

Accanto al notevole valore informativo dei dati dell'indagine, è opportuno rilevare che dalle analisi effettuate emergono tuttavia alcune criticità, che potrebbero essere ripensate al momento della progettazione delle indagini successive, per rendere le informazioni più accurate e più adeguate alle necessità conoscitive. Alcuni dati desumibili dall'indagine, infatti, risultano a volte incoerenti con quelli disponibili attraverso flussi informativi correnti.

Parte di queste differenze può essere spiegata per quelle situazioni in cui il flusso corrente non è esaustivo rispetto all'evento (es. perché vengono incluse le sole prescrizioni mediche per quanto riguarda i consumi desunti dalla Banca dati farmaceutica, o perché vengono incluse le sole prestazioni offerte dal Ssn per quanto riguarda le rilevazioni delle Attività Specialistiche Ambulatoriali), e di ciò è importante tenere conto nel momento in cui si confrontano i tassi di utilizzo calcolati a partire dalle diverse fonti.

Va inoltre evidenziato che in generale quando si utilizzano informazioni derivanti dal Sistema delle indagini multiscopo Istat sulle famiglie, sistema di cui fa parte anche l'indagine sulle condizioni di salute, per definizione, i risultati fanno riferimento alle sole persone a domicilio. Non sono infatti incluse nel campione le persone sole che al momento dell'intervista sono ricoverate in ospedale e le persone istituzionalizzate, ovvero i residenti in istituti, case di riposo, residenze per anziani ecc. Ciò evidentemente comporta una sottostima sistematica della frequenza del ricorso sanitario per coloro che risiedono stabilmente in strutture residenziali. Questo potrebbe in parte spiegare le discordanze osservate tra i tassi di ospedalizzazione per fasce di età calcolati a partire dall'indagine e quelli derivanti dai flussi correnti delle dimissioni ospedaliere, confronto da cui emerge che i dati dell'indagine sottostimino i ricoveri proprio nelle fasce di età più anziane<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Si veda per gli ulteriori approfondimenti il lavoro presente in questo volume "La valutazione delle politiche sanitarie regionali attraverso gli indicatori dell'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999/2000", G. Accetta et al.

# I DETERMINANTI DEL RICORSO AI SERVIZI: FATTORI INDIVIDUALI E DI CONTESTO

*C. Zocchetti<sup>1</sup>, C. Tasco<sup>1</sup>, S. Forni<sup>2</sup>*

## **Introduzione**

Questa relazione discute, soprattutto in termini esemplificativi, i risultati che emergono dalla Indagine Istat sulle “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” svolta negli anni 1999-2000 per quanto riguarda i determinanti di maggior rilievo del ricorso ai servizi sanitari cercando di distinguere quelli riferibili a fattori individuali (età, sesso, abitudini di vita, stato socio-economico) rispetto a quelli che possono caratterizzare invece ciò che può essere definito come il contesto del sistema sanitario.

Come noto, il questionario di raccolta dei dati conteneva notizie su diversi tipi di servizi sanitari usufruiti dal campione dei rispondenti (servizi ospedalieri, ambulatoriali, farmaceutici), notizie analizzabili singolarmente (la risposta ad ogni quesito individuale) ma non in maniera complessiva (il ricorso ai servizi).

## **Risultati**

L’Istat, attraverso la recente pubblicazione del volume “La cura e il ricorso ai servizi sanitari” ha già proposto e discusso ampiamente l’andamento del ricorso ai singoli servizi sanitari in funzione di alcune variabili presenti nel questionario, pertanto non è necessario riproporre quanto è già disponibile. Si è cercato invece di fare un passo avanti nella analisi in due direzioni.

---

<sup>1</sup> Osservatorio epidemiologico – Regione Lombardia

<sup>2</sup> Agenzia regionale di sanità – Regione Toscana

Da una parte, costruendo un indicatore globale dell'uso dei servizi sanitari, da mettere in relazione con le differenti variabili esplicative (i determinanti) raccolte con il questionario.

Dall'altra, predisponendo modelli di analisi multivariata per capire le relazioni tra queste variabili ed il ricorso ai servizi.

Ai fini della presente analisi, si è ritenuto di individuare nel valore economico delle prestazioni erogate un denominatore comune per aggregare le prestazioni stesse, e ad ogni prestazione usufruita è stato attribuito quindi un valore economico standard. Sommando i prodotti parziali tra il valore standard ed il numero di prestazioni erogate, per ogni tipologia di prestazione rilevata dal questionario, è stato costruito un indice economico complessivo di ricorso ai servizi sanitari per ogni soggetto indagato. Tale indice, in un approfondimento e dettaglio di analisi, è stato poi separato nelle sue componenti principali (servizi ospedalieri, ambulatoriali, farmaceutici), anche se in questa relazione l'interesse si concentra solo sull'indice complessivo.

L'indicatore economico di ricorso ai servizi sanitari (complessivo e specifico per tipologia di servizio) è stato successivamente messo in relazione con diverse variabili individuali (come: età, sesso, stato socio-economico, stato di salute, presenza di malattie croniche, abitudini di vita, obesità) e con alcune variabili di contesto (quali: area di residenza del rispondente, dominio territoriale definito dalla dimensione demografica del comune, zona altimetrica, livello di industrializzazione, indicatori di deprivazione), facendo uso di modelli di regressione logistica univariati e multivariati, al fine di valutare quali possono risultare i determinanti di maggiore rilievo del ricorso ai servizi sanitari.

Macroscopicamente parlando, il valore economico dell'indicatore di ricorso ai servizi sanitari di cui sopra è risultato composto percentualmente dai servizi indicati nel Prospetto 1. Mettendo a confronto questi valori con quelli riportati in altre fonti di valutazione del ricorso ai servizi (come la spesa per livelli di assistenza, i criteri di ripartizione del fondo sanitario in quota capitaria, ...) si osserva innanzitutto che i dati raccolti con l'indagine multiscopo presentano una probabile sovrastima del ricorso ai servizi ospedalieri (ricoveri) ed ambulatoriali (visite ed esami) ed una sottostima della prevenzione, delle attività territoriali, e del consumo farmaceutico.

**Prospetto 1 - Composizione percentuale dell'indicatore economico di ricorso ai servizi sanitari**

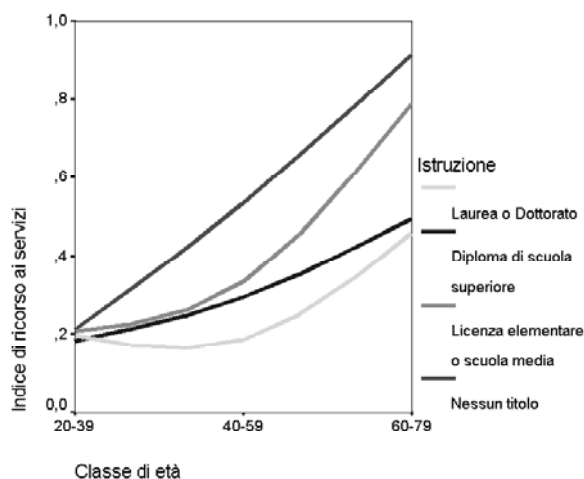
PRESTAZIONE	Maschi	Femmine	Totale
Ricoveri Ordinari	70,0	62,5	66,1
Pronto soccorso	0,7	0,5	0,6
Farmaci	9,0	12,2	10,6
Riabilitazione	2,0	2,3	10,6
Assistenza domiciliare integrata	0,9	1,3	1,1
Psichiatria	0,1	0,2	0,2
Visite	9,6	11,6	10,6
Accertamenti	7,7	9,4	8,6
Consultorio	0,1	0,3	0,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tra le variabili individuali singolarmente considerate risulta evidente l'aumento dell'indice economico complessivo di ricorso ai servizi sanitari al crescere dell'età: questo andamento si verifica per qualunque tipo di prestazione esaminata e trova corrispondenza in tutti i flussi informativi disponibili (al di fuori della multiscopo). L'andamento per sesso invece evidenzia nel complesso una certa similitudine di comportamento tra maschi e femmine, ed in alcune prestazioni (farmaceutica, ad esempio) una prevalenza di consumo superiore tra le femmine. Questo andamento dell'indice per sesso merita attenzione perché pone interessanti problemi di metodo e di interpretazione: infatti, secondo i dati disponibili presso alcune regioni (grazie all'esistenza di flussi informativi ad hoc) sarebbero invece i maschi a presentare i maggiori indici economici di ricorso ai servizi.

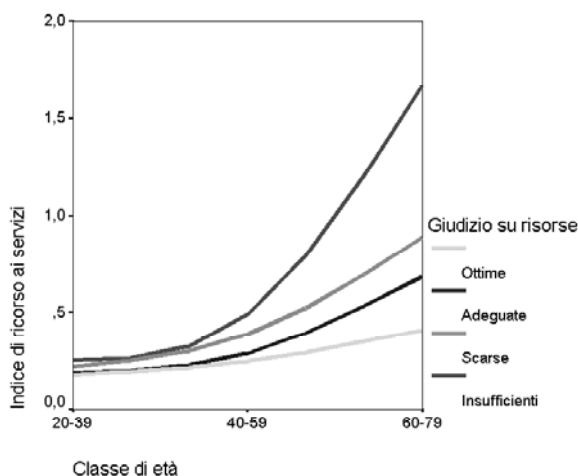
I dati dell'indagine multiscopo segnalano poi una evidente relazione tra l'indice di ricorso ai servizi e lo stato socio-economico (letto attraverso diverse variabili, soggettive ed oggettive), dove risulta un interessante aumento del ricorso ai servizi nelle classi socio-economiche di livello inferiore. Esempi molto evidenti riguardano l'istruzione (Figura 1), con un chiaro aumento del ricorso ai servizi da parte delle classi meno istruite; la condizione professionale, con i disoccupati che fanno un uso maggiore dei servizi rispetto agli occupati; lo stato socio-economico autopercepito (Figura 2), ed anche in questo caso si vede come al peggiorare delle condizioni economiche aumenta il ricorso ai servizi sanitari.



**Figura 1 - Relazione tra livello di istruzione e indice di ricorso ai servizi**



**Figura 2 - Relazione tra stato socio economico autopercepito e indice di ricorso ai servizi**



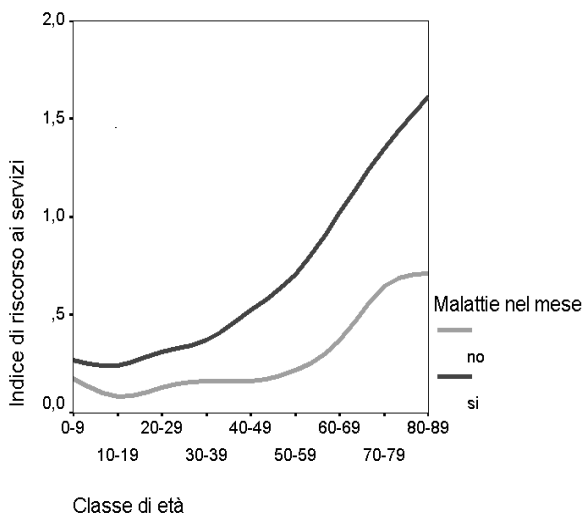
Lo stile e le abitudini di vita svolgono un ruolo rilevante nell'aumentare l'uso dei servizi sanitari (è il caso, ad esempio, dell'obesità e delle abitudini al fumo): sono considerazioni non nuove e che, per brevità, omettiamo di trattare in dettaglio in quanto altre relazioni hanno già ampiamente affrontato l'argomento.

A livello individuale, però (e lo si vedrà ancora meglio nei modelli multivariati), il determinante di maggior rilievo del ricorso ai servizi sanitari sembra essere lo stato di salute, sia inteso come stato di salute autopercepito che come presenza oggettiva di problemi sanitari (cronicità, invalidità, specifiche malattie).

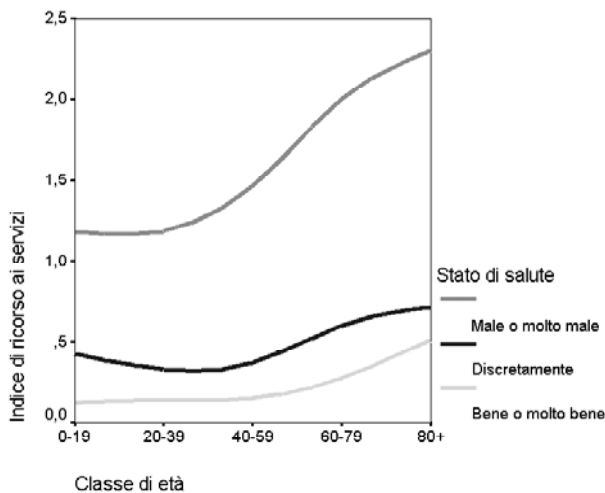
Tutte le variabili esaminate indicano che, al peggiorare dello stato di salute si associa, come atteso del resto, un rilevante aumento del ricorso ai servizi sanitari.

Gli esempi che riportiamo riguardano lo stato di salute autopercepito (Figura 3), con un evidente maggior ricorso ai servizi di coloro che stanno male o molto male; e lo stato di salute oggettivo letto attraverso, ad esempio, le malattie riscontrate nell'ultimo mese (Figura 4), dove si osserva che chi ha avuto almeno una malattia ricorre di più rispetto a chi non ne ha avute.

**Figura 3 - Relazione tra stato di salute autopercepito e indice di ricorso ai servizi**

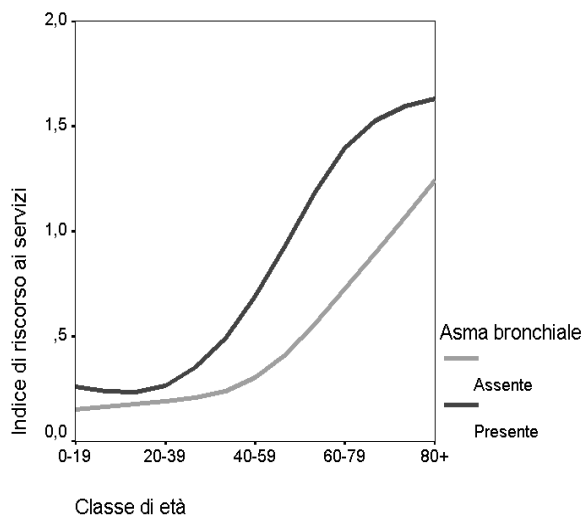


**Figura 4 - Relazione tra presenza di malattie nell'ultimo mese e indice di ricorso ai servizi**

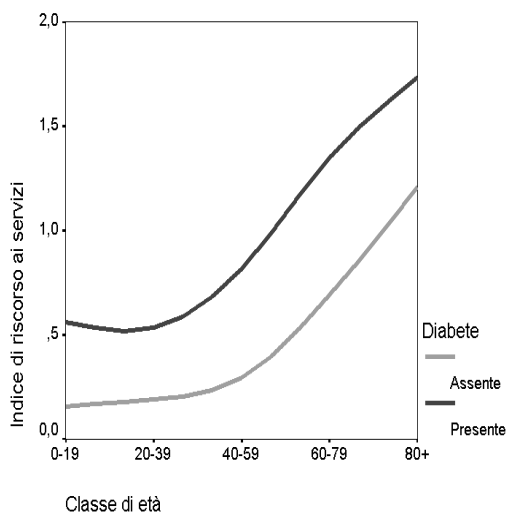


Considerando in dettaglio alcune patologie specifiche si osserva un ricorso ai servizi decisamente più elevato per i soggetti che hanno una patologia di rilievo rispetto a quelli che non ce l'hanno: è il caso, ad esempio, dell'asma bronchiale (Figura 5), del diabete (Figura 6), o dei tumori maligni (Figura 7); mentre quando la patologia è meno rilevante, la differenza nel ricorso ai servizi tra chi ha quella patologia e chi non ce l'ha è assai minore, come nel caso di cefalea ed emicrania (Figura 8), oppure di emorroidi.

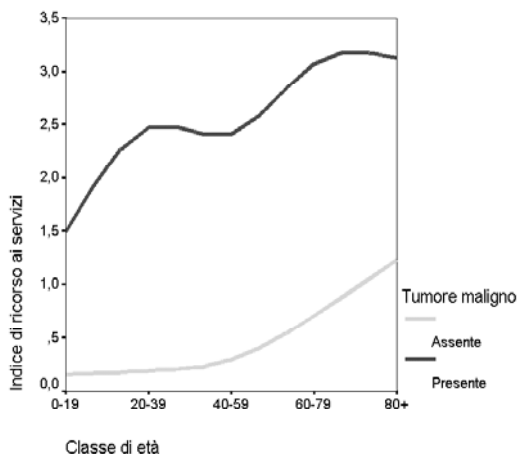
**Figura 5 - Relazione tra presenza di asma bronchiale e indice di ricorso ai servizi**



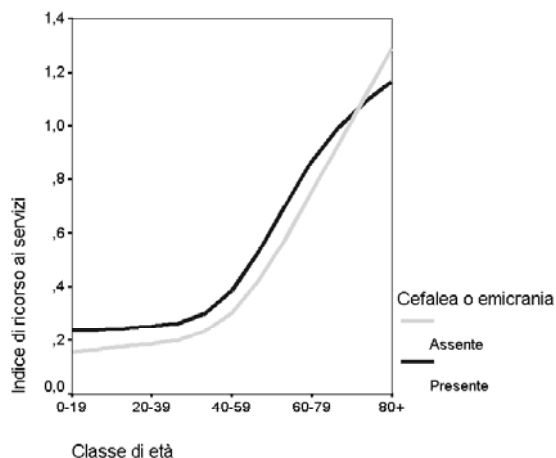
**Figura 6 - Relazione tra presenza di diabete e indice di ricorso ai servizi**



**Figura 7 - Relazione tra presenza di tumore maligno e indice di ricorso ai servizi**

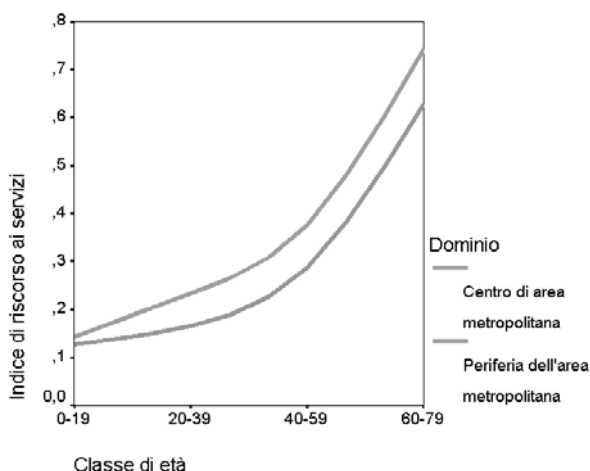


**Figura 8 - Relazione tra presenza di cefalea o emicrania e indice di ricorso ai servizi**

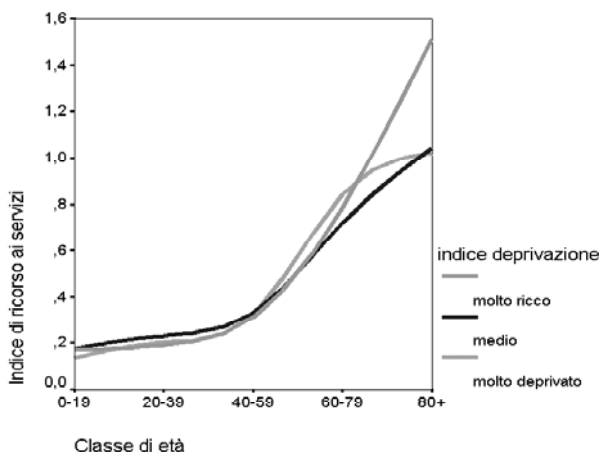


Fin qui ciò che si è descritto è l'andamento dei determinanti di livello individuale. Il passaggio successivo è l'esame dei determinanti che abbiamo chiamato di contesto. In generale, meno forti sono le relazioni tra l'indice di ricorso ai servizi e le variabili di contesto: a fronte di una eterogeneità tra regioni che sembra abbastanza evidente, con le regioni del sud che tendenzialmente ricorrono di più ai servizi, non corrisponde una altrettanto chiara relazione (ad esempio) con il dominio territoriale (per questa variabile si evidenzia solo un effetto importante delle aree metropolitane: Figura 9). Il ricorso ai servizi non sembra invece modificato significativamente dalla zona altimetrica del comune di residenza dei rispondenti, dalla condizione di deprivazione del comune (Figura 10), dalla natura urbano/rurale sempre del comune oppure dalla elevata presenza di disoccupazione.

**Figura 9 - Relazione tra tipologia di dominio territoriale e indice di ricorso ai servizi**



**Figura 10 - Relazione tra indice di deprivazione comunale e indice di ricorso ai servizi**



Tutte le analisi fin qui presentate riguardano l'indicatore complessivo, globale, di ricorso ai servizi, ma sono in buona sostanza delle analisi univariate con il solo controllo della variabile età (come si osserva anche dai grafici). L'evidente correlazione esistente tra alcuni dei determinanti esaminati (sia individuali che di contesto) ha suggerito lo studio di relazioni multivariate tra le stesse variabili e l'indice economico di ricorso ai servizi.

Da queste analisi è emerso come, tra le variabili di livello individuale, lo stato di salute (oggettiva e/o autopercepita) sia il determinante fondamentale del ricorso ai servizi, in particolare nella direzione di una maggiore spesa mano a mano che lo stato di salute peggiora, ma non sia il determinante unico: ad esso si aggiungono (sempre

nella direzione di un maggiore ricorso) un ulteriore importante effetto del sesso (le femmine) e della età (al crescere dell'età), degli stili di vita poco salubri (fumatori, obesi), nonché un lieve effetto dello stato socio-economico (maggiore ricorso nelle classi più povere).

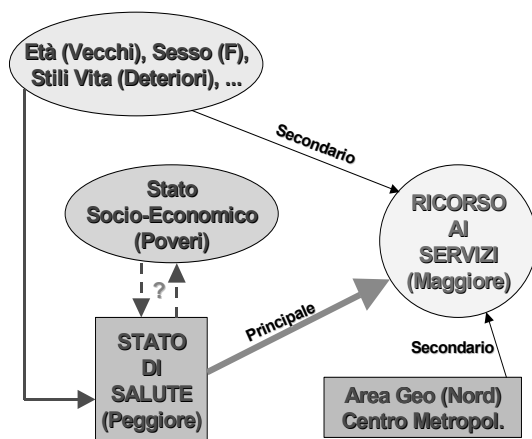
Per le variabili di contesto le analisi multivariate (con la presenza anche di sesso, età, e stato di salute) evidenziano una inversione di ruolo della ripartizione geografica rispetto alle analisi univariate (con il nord che ricorre maggiormente ai servizi) ed una conferma di un maggior consumo di prestazioni nelle aree metropolitane, mentre rimangono irrilevanti (ad esempio) i contributi dell'altitudine, della deprivazione, e della quota di disoccupazione del comune.

Le relazioni studiate manifestano forti ed evidenti fenomeni di interazione tra variabili che modificano in maniera a volte molto rilevante il significato degli andamenti riscontrati. Non vi è ora lo spazio per affrontare in maniera adeguata il problema, ad esempio attraverso analisi di sensibilità, ma la valutazione metodologica di tali interazioni merita un approfondimento ad hoc. Per dare l'idea del problema si possono fare almeno due considerazioni:

- da una parte, la forma delle relazioni cambia a seconda delle variabili presenti nei modelli, ed in particolare cambia il ruolo (ed il relativo significato) delle variabili: per esempio il ruolo dei poveri e dei ricchi in alcuni modelli si scambia
- dall'altra, sono emersi cluster, più o meno importanti e/o numerosi, di comportamenti atipici: ad esempio, soggetti molto poveri che non fanno ricorso ai servizi e, viceversa, soggetti molto ricchi che fanno maggiore ricorso.

Si tratta solo di due esempi che sono però sufficienti ad indicare quanto sia importante, ma anche problematica, la valutazione delle interazioni. Ad essi si può aggiungere anche una terza tipologia di esempi, la quale ha a che fare invece con il modo con cui cambiano i modelli e le relazioni tra variabili quando tali modelli vengono applicati a gruppi particolari di soggetti: si prenda il caso dei soli soggetti che stanno molto bene di salute o di quelli che stanno molto male.

Figura 11 - Proposta di un modello interpretativo complessivo



In un tentativo di proporre un modello complessivo, dal quale partire per ulteriori approfondimenti, le analisi condotte hanno evidenziato (Figura 11), come alcune variabili individuali (età, sesso, stili ed abitudini di vita, stato socio-economico, ...) siano innanzitutto all'origine di un peggioramento dello stato di salute, peggioramento che porta poi ad un maggior ricorso ai servizi, anche se alcune di queste variabili (sesso, età, stili di vita) mantengono pure un effetto diretto sul ricorso ai servizi stessi. A tali variabili si deve aggiungere, nel modello, un effetto non rilevantissimo di qualche variabile di contesto.

La forte relazione tra elevato ricorso ai servizi e stato di salute deteriore sarebbe anche indicatore di una certa equità di accesso ai servizi stessi, accesso che risulterebbe quindi determinato più dalle condizioni di salute che non da altri fattori (ed in particolare dai fattori socio-economici o da quelli di contesto). Questa conclusione merita un approfondimento perché sembra di un certo rilievo. Come osservazione di dettaglio, sarebbe stato importante riuscire ad identificare le relazioni esistenti tra le variabili che descrivono lo stato socio-economico e quelle che descrivono invece lo stato di salute (soggettivi e/o oggettivi), ed in particolare comprendere quale delle due tipologie di variabili gioca il ruolo di causa e quale il ruolo di effetto, ma la specularità delle relazioni statistiche individuate non ha permesso di rispondere al quesito. È per questo che nel grafico di Figura 11 è stato inserito un punto di domanda in corrispondenza di queste due tipologie di variabili.

Per dare una idea quantitativa delle relazioni che esistono tra le variabili esaminate e comprese nel modello complessivo rappresentato in Figura 11, il Prospetto 2 propone (sotto forma di Odds Ratio -OR- e relativi intervalli di confidenza al 95 per cento) una stima degli effetti associati ad alcune categorie di variabili. Si riscontrano degli OR particolarmente elevati in corrispondenza delle variabili che descrivono lo stato di salute (sia percepita che oggettiva) e l'anzianità, mentre molto più bassi (per quanto statisticamente significativi) risultano gli OR associati ad altre

variabili sia individuali (sesso, abitudini di vita) che di contesto (area geografica, dominio territoriale).

**2 - Valore degli Odds Ratio per alcune classi di variabili nel modello complessivo**

Variabile	Classe	Odds Ratio	IC95%*	Riferimento
Sesso	Femmine	1,3	1,3-1,4	Maschi
Età	20-39	1,1	1,0-1,2	0-19
	80+	1,9	1,7-2,1	
Salute percepita	Molto male	8,3	7,3-9,4	Molto bene
	Bene	1,4	1,3-1,5	
Fumo	Si	1,0	1,0-1,1	No
	Ex	1,3	1,2-1,3	
Obesità	Obeso	1,2	1,1-1,2	Normale
Area	Centro			Nord
	Sud-Isole	0,9	0,8-0,9	
		0,8	0,7-0,8	
Dominio	Centro Metropolitano	1,2	1,1-1,2	< 2000 ab

Ciò premesso, si ritiene necessario concludere questo intervento con qualche parola di precauzione. Pur lasciando ad altri il compito di descrivere nel merito pregi e difetti complessivi della indagine sullo stato di salute della popolazione, è opportuno ricordare che i risultati descritti devono essere valutati con la prudenza che la complessità delle elaborazioni condotte sempre suggerisce in casi analoghi. Si mette l'accento soprattutto sulle problematiche metodologiche relative alla costruzione dell'indicatore economico di ricorso ai servizi sanitari ed alla sua interpretazione, sulla necessità di riclassificare le variabili ai fini di semplificazione dell'analisi statistica, sulla piccola numerosità di alcuni gruppi di soggetti, sulla necessità di valutare gli effetti di interazione e di evidenziare alcuni cluster di casi, problematiche che unite ad alcune caratteristiche proprie dell'intera indagine multiscopo meriterebbero un approfondimento di discussione (anche attraverso, ad esempio, una analisi di sensibilità) che si rimanda ad altra occasione.





# L'EQUITÀ NELL'ACCESSO AI SERVIZI

*P. Michelozzi<sup>1</sup>, G. Accetta<sup>1</sup>, C. A. Perucci<sup>1</sup>*

## **Introduzione**

L'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" per gli anni 1999 e 2000 costituisce una fonte di dati importante per analizzare diversi aspetti delle disuguaglianze di accesso ai servizi e fornisce informazioni anche sul consumo di quelle prestazioni per le quali non sono disponibili altre fonti di dati.

Nell'analisi delle disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi l'aspetto più complesso riguarda la definizione di indicatori di condizioni sociali ed economiche validi. In queste analisi sono state utilizzate tre variabili misurate a livello familiare: il titolo di studio del capofamiglia, l'indice di deprivazione (un indicatore sintetico), e l'autovalutazione della condizione economica della famiglia (ricchezza percepita). In particolare è da evidenziare che quest'ultima variabile può essere un indicatore distorto del livello economico vero essendo fortemente influenzata dal contesto sociale, per esempio, dove sono maggiori le disuguaglianze economiche maggiore può essere la percezione di disporre di risorse economiche inadeguate. Tuttavia le tre variabili (titolo di studio, indice di deprivazione e ricchezza percepita) anche se molto correlate, sono probabilmente in grado di cogliere aspetti diversi del fenomeno disuguaglianze sociali.

L'indice di deprivazione è stato calcolato utilizzando le seguenti variabili: titolo di studio familiare, status occupazionale familiare, numero di bagni presenti

---

<sup>1</sup> Dipartimento di epidemiologia Asl RM/E – Regione Lazio

nell'abitazione, tipologia familiare e indice di densità abitativa<sup>2</sup>. Per assegnare alla famiglia il titolo di studio è stato utilizzato il titolo di studio del capofamiglia di sesso maschile o il titolo di studio dell'unico genitore nel caso di famiglie monogenitoriali. Lo stesso criterio è stato utilizzato per definire lo status occupazionale della famiglia. Le cinque variabili sono state standardizzate e sommate per ottenere l'indice di deprivazione (un alto valore dell'indice è indicatore di scarse risorse e di una forte condizione di disagio). Le famiglie sono state infine classificate in tre livelli di deprivazione (basso, medio e alto) utilizzando i terzili dell'indice di deprivazione.

## Risultati

Nei risultati vengono riportati gli odds ratio stimati, utilizzando modelli di regressione logistica, corretti per età (classi di età 0-14; 15-44; 45-64; 65-74; 75+), separatamente per sesso e per ripartizione geografica (nord, centro e sud). Nei grafici vengono riportati gli odds ratio confrontando le due classi estreme (alto vs basso indice di deprivazione, basso vs alto titolo di studio<sup>3</sup>, basso vs alto livello di ricchezza percepita<sup>4</sup>).

Le tre variabili sono risultate molto associate a condizioni di disabilità (riduzione dell'autonomia, insufficienza mentale, invalidità motoria) (Grafici 1, 2 e 3). Per esempio, la frequenza di insufficienza mentale è circa quattro volte maggiore tra gli uomini con alto indice di deprivazione (nord: OR=4.76, 95,0 per cento IC 3.16-7.16; centro: OR=4.59, 95,0 per cento IC 2.45-8.62; sud: OR=4.55, 95,0 per cento IC 3.16-6.57) e tre volte maggiore tra le donne con alto indice di deprivazione (nord: OR=2.66, 95,0 per cento IC 1.74-4.06; centro: OR=3.55, 95,0 per cento IC 1.94-6.49; sud: OR=3.01, 95,0 per cento IC 2.11-4.30).

L'indice di deprivazione, il titolo di studio e la ricchezza percepita sono risultate associate anche alla presenza di patologie croniche (diabete, ipertensione, bronchite cronica) (Grafici 4, 5 e 6). Gli uomini con un alto livello di deprivazione presentano, ad esempio, una frequenza di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) più alta rispetto agli uomini con basso livello di deprivazione (nord: OR=1.60, 95,0 per cento IC 1.37-1.85; centro: OR=1.61, 95,0 per cento IC 1.32-1.95; sud: OR=1.48, 95,0 per cento IC 1.28-1.71). Valori analoghi si osservano per le donne (nord: OR=1.20, 95,0 per cento IC 1.01-1.41; centro: OR=1.10, 95,0 per cento IC 0.87-1.39; sud: OR=1.49, 95,0 per cento IC 1.26-1.75).

Anche lo stato di salute autopercepito (dicotomizzato in "male o molto male" e "discretamente, bene o molto bene") ha evidenziato un forte legame con l'indice di deprivazione, con il titolo di studio e con la ricchezza percepita (Grafico 7).

Per la condizione "male o molto male" l'odds ratio (alto vs basso indice di deprivazione) varia da 1.57 (95,0 per cento IC 1.38-1.80) per le donne delle regioni

---

<sup>2</sup> Densità abitativa = numero di componenti della famiglia / numero di stanze.

<sup>3</sup> Il basso titolo di studio equivale alla licenza elementare o a nessun titolo di studio. L'alto titolo di studio, invece, corrisponde ad una istruzione universitaria.

<sup>4</sup> L'alto livello di ricchezza percepita corrisponde ad aver giudicato ottime le risorse economiche della famiglia. Un livello basso vuol dire aver giudicato insufficienti le risorse economiche della famiglia.

del nord a 2.23 (95,0 per cento IC 1.83-2.71) per gli uomini residenti nelle regioni del centro.

I risultati dell'analisi del consumo di accertamenti diagnostici totali effettuati nelle ultime quattro settimane (Grafico 8) mostrano risultati contrastanti per i diversi indicatori utilizzati: l'alto indice di deprivazione ed il basso titolo di studio risultano associati ad una minore frequenza di accertamenti diagnostici effettuati dalle donne, mentre un risultato opposto si osserva se si utilizza la ricchezza percepita (più alta frequenza nelle donne con basso livello di ricchezza).

Analizzando separatamente il consumo di accertamenti diagnostici come la risonanza magnetica e l'ecografia (Grafico 9) si osserva un minor utilizzo nelle donne con basso titolo di studio (risonanza magnetica: OR=0.74, 95,0 per cento IC 0.36-1.53; ecografia: OR=0.59, 95,0 per cento IC 0.47-0.74) e alto livello di deprivazione (risonanza magnetica: OR=0.62, 95,0 per cento IC 0.43-0.89; ecografia OR=0.69, 95,0 per cento IC 0.61-0.79).

Il confronto tra la frequenza di ricoveri ospedalieri dal lato dell'offerta (SDO) e dal lato del paziente-consumatore (Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari") nella regione Lazio sembra evidenziare nel secondo caso una sottostima del fenomeno soprattutto a carico della popolazione oltre i 75 anni di età (dati non riportati). Per analizzare le disuguaglianze di ricoveri ospedalieri si è deciso quindi di analizzare separatamente i gruppi di età 0-74 (Grafico 10) e 75+.

La frequenza di ricoveri ordinari è risultata inversamente associata al titolo di studio sia per gli uomini sia per le donne con effetti più marcati nelle regioni del centro (uomini: OR=2.72, 95,0 per cento IC 1.73-4.27 per il nord; OR=2.88, 95,0 per cento IC 1.54-5.38 per il centro; OR=1.76, 95,0 per cento IC 1.27-2.43 per il sud; donne: OR=1.12, 95,0 per cento IC 0.81-1.56 per il nord; OR=2.24, 95,0 per cento IC 1.23-4.06 per il centro; OR=1.70, 95,0 per cento IC 1.23-2.34 per il sud). Analoghi risultati si osservano per la ricchezza autopercipita (più alta frequenza di ricovero nelle famiglie con scarse risorse).

Nell'esperienza del Lazio, sono state evidenziate inoltre differenze di ospedalizzazione per livello socio-economico ancora più marcate per alcuni interventi con alta probabilità di inappropriatazza (malattie minori della pelle, appendicectomia e tonsillectomia). Dai dati di questa indagine, per esempio, la frequenza di ricovero per lombosciatalgia risulta fino a tre volte maggiore (OR=3.13, 95,0 per cento IC 1.42-6.88) tra le donne con bassi livelli di ricchezza percepita (Grafico 11).

Il ricorso al pronto soccorso (Grafico 12) è risultato associato al basso livello di ricchezza percepita in particolare tra gli uomini (OR=2.17, 95,0 per cento IC 1.33-3.54 per il nord; OR=1.84, 95,0 per cento IC 1.10-3.10 per il centro; OR=2.58, 95,0 per cento IC 1.62-4.13 per il sud).

I dati dell'indagine confermano un maggiore utilizzo del Pap Test e della Mammografia (Grafico 13) da parte delle donne con un alto titolo di studio (OR=0.57, 95,0 per cento IC 0.49-0.66 per il Pap-test; OR=0.64, 95,0 per cento IC 0.56-0.74 per la mammografia) o basso livello di deprivazione; è da osservare che in particolare per la mammografia il differenziale economico ha un chiaro gradiente geografico con differenze più marcate tra le donne del centro-sud (OR=0.85, 95,0 per cento IC 1.14-0.63 per il nord; OR=0.63, 95,0 per cento IC 0.92-0.44 per il centro; OR=0.60, 95,0

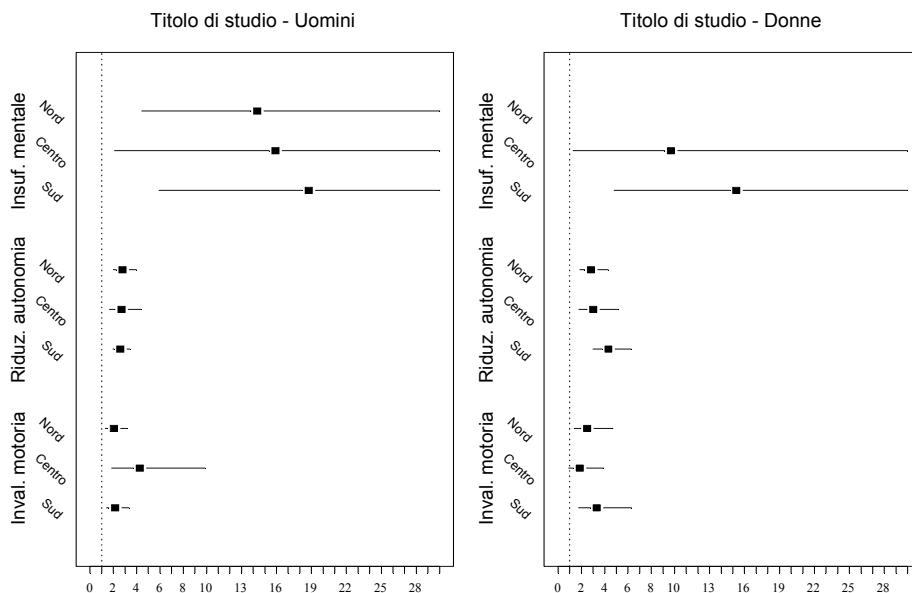
per cento IC 0.75-0.48 per il sud). Anche i controlli per l'osteoporosi hanno un tasso di utilizzo più elevato tra le donne del sud con alti livelli di ricchezza percepita (OR=0.81, 95,0 per cento IC 0.68-0.96).

Il consumo totale di farmaci negli ultimi due giorni (Grafico 14) risulta inversamente associato al livello di deprivazione solo tra gli uomini (OR=0.87, 95,0 per cento IC 0.82-0.93) mentre non si osservano differenze tra le donne (OR=0.99, 95,0 per cento IC 0.95-1.05). E' da rilevare tuttavia che differenze marcate si riscontrano analizzando il consumo di particolari categorie di farmaci; i gruppi più deprivati hanno un consumo significativamente più basso di farmaci indicati nella cura di patologie minori e di frequente consumo inappropriato come vitamine (uomini: OR=0.66, 95,0 per cento IC 0.58-0.74; donne: OR=0.76, 95,0 per cento IC 0.69-0.84), gocce nasali (uomini: OR=0.71, 95,0 per cento IC 0.62-0.81; donne: OR=0.82, 95,0 per cento IC 0.73-0.93), lassativi (uomini: OR=0.78, 95,0 per cento IC 0.66-0.99; donne: OR=0.90, 95,0 per cento IC 0.82-0.98). I gruppi sociali più deprivati hanno invece un maggior consumo di sonniferi (uomini: OR=1.07, 95,0 per cento IC 0.88-1.30; donne: OR=1.18, 95,0 per cento IC 1.04-1.36) e tranquillanti (uomini: OR=1.40, 95,0 per cento IC 1.24-1.59; donne: OR=1.20, 95,0 per cento IC 1.10-1.31).

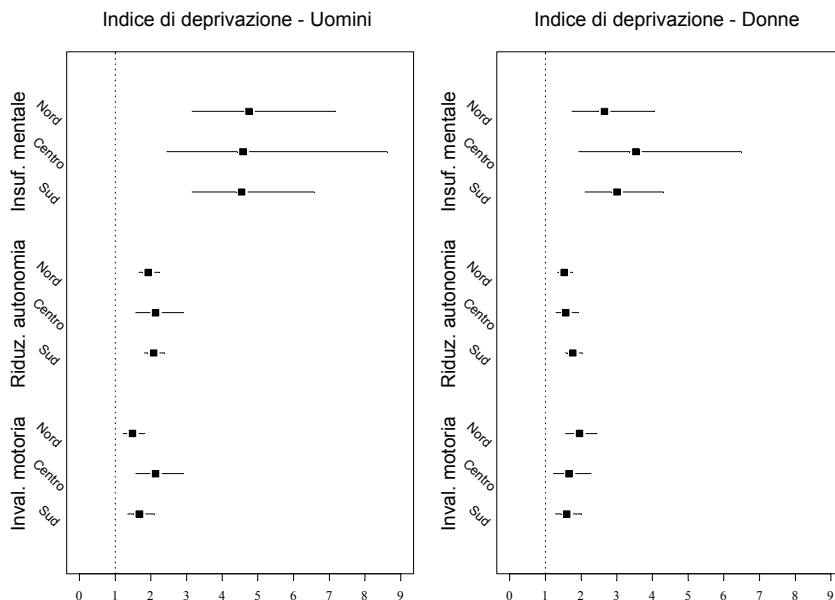
## **Conclusioni**

In conclusione i risultati di questa analisi evidenziano disuguaglianze del consumo delle prestazioni sanitarie associate al titolo di studio del capofamiglia e all'indice di deprivazione della famiglia. Risultati non sempre concordi si sono osservati utilizzando l'indicatore "ricchezza percepita". L'analisi per ripartizione geografica ha evidenziato disuguaglianze a volte più marcate per gli uomini e le donne del centro-sud. Successivi approfondimenti, per esempio analisi in ambito regionale, potranno chiarire meglio il fenomeno e aiutare l'interpretazione di questi risultati.

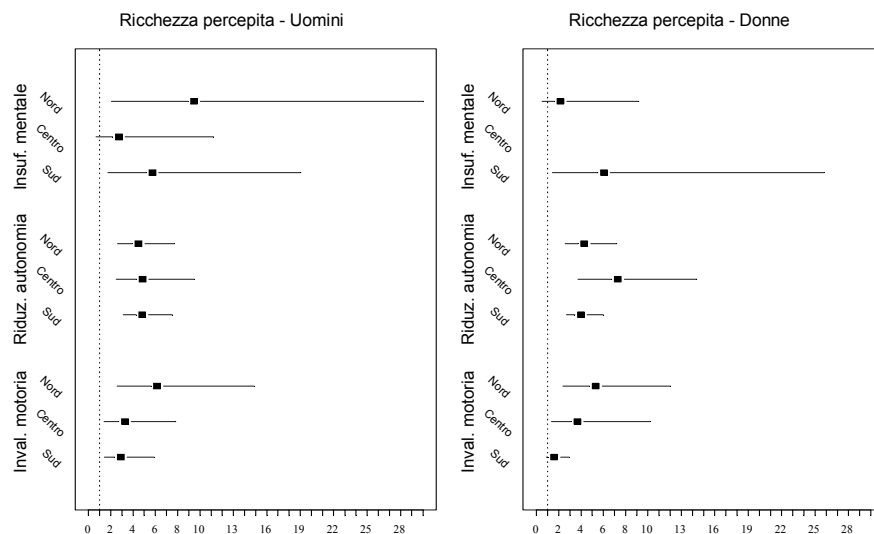
**Grafico 1 - Disabilità per titolo di studio. Odds ratio (basso vs alto titolo di studio) con intervallo di confidenza al 95% per ripartizione geografica e sesso.**



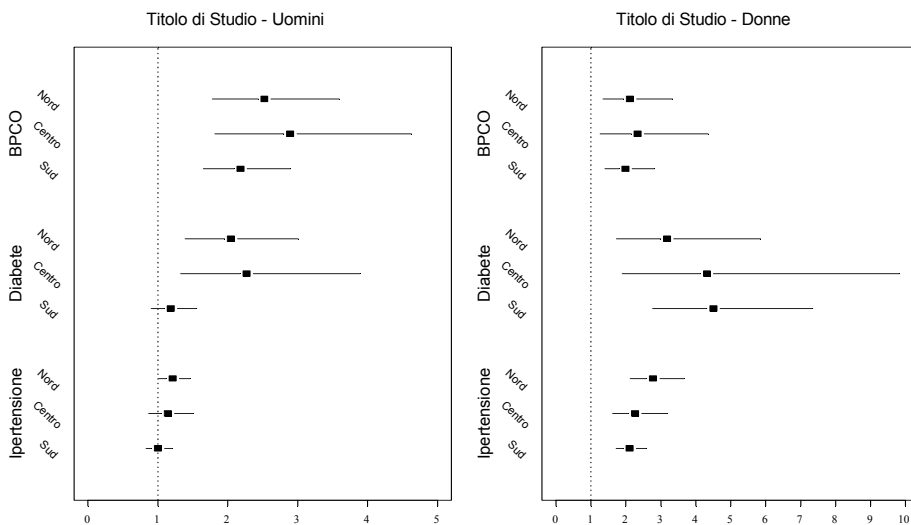
**Grafico 2 - Disabilità per indice di deprivazione. Odds ratio (alto vs basso indice di deprivazione) con intervallo di confidenza al 95% per ripartizione geografica e sesso.**



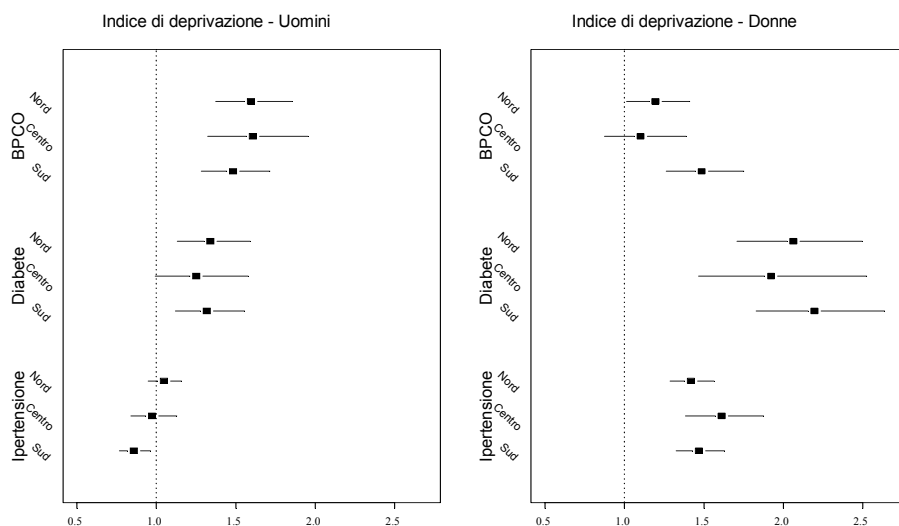
**Grafico 3 - Disabilità per livello di ricchezza percepita. Odds ratio (basso vs alto livello di ricchezza percepita) con intervallo di confidenza al 95% per ripartizione geografica e sesso.**



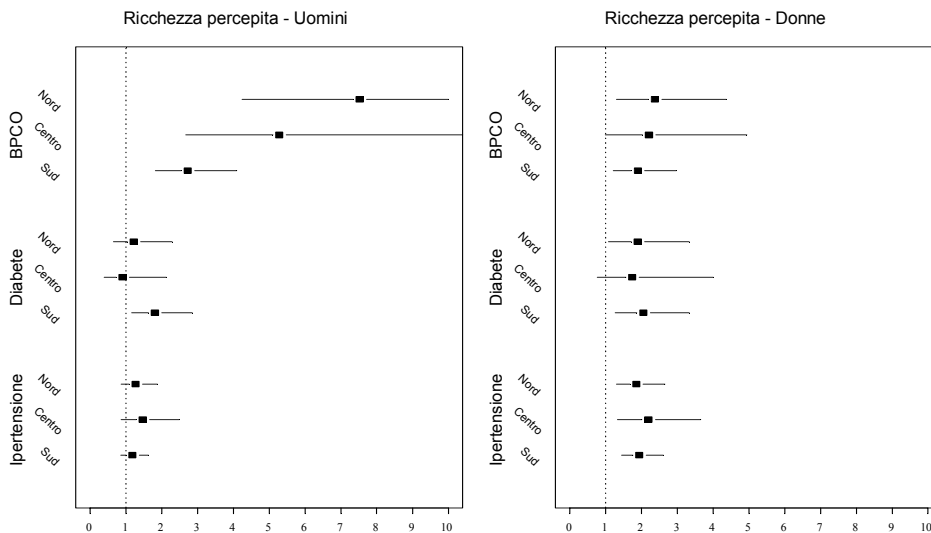
**Grafico 4 - Presenza di patologie croniche per titolo di studio. Odds ratio (basso vs alto titolo di studio) con intervallo di confidenza al 95% per ripartizione geografica e sesso.**



**Grafico 5 - Presenza di patologie croniche per indice di deprivazione. Odds ratio (alto vs basso indice di deprivazione) con intervallo di confidenza al 95% per ripartizione geografica e sesso.**

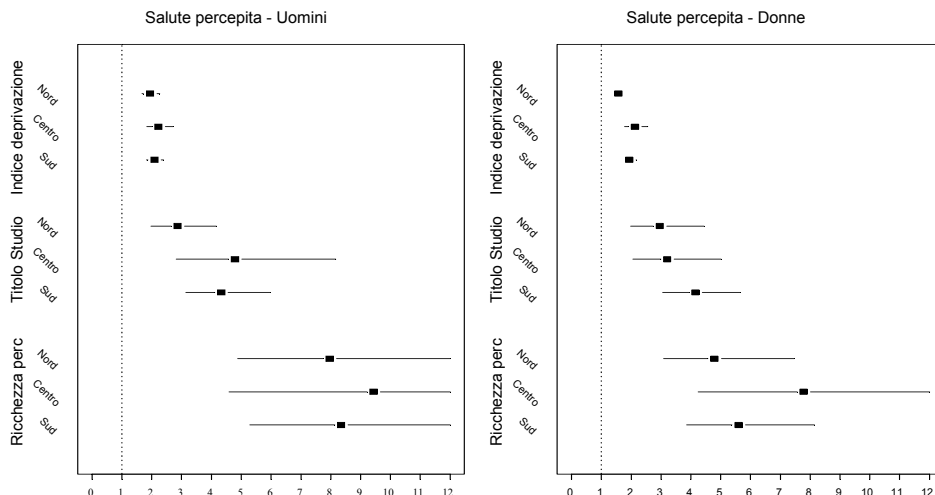


**Grafico 6 - Presenza di patologie croniche per livello di ricchezza percepita. Odds ratio (basso vs alto livello di ricchezza percepita) con intervallo di confidenza al 95% per ripartizione geografica e sesso.**

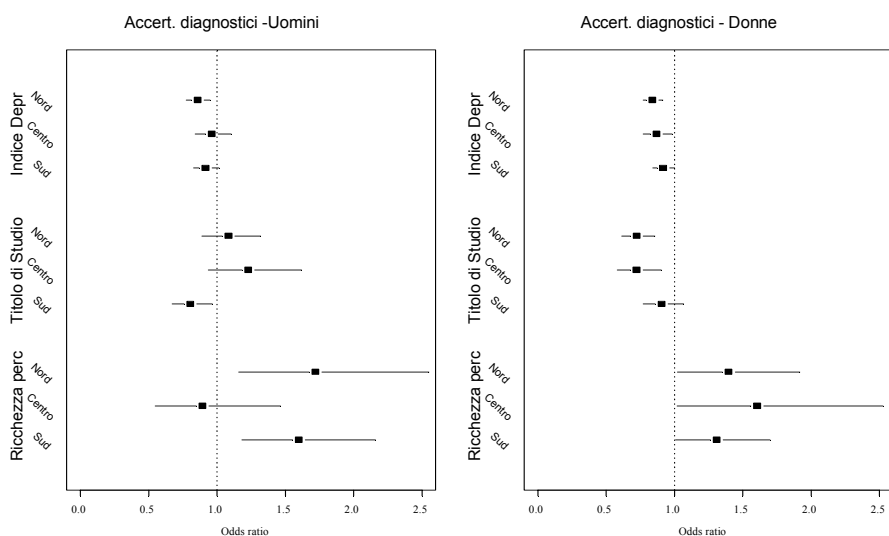




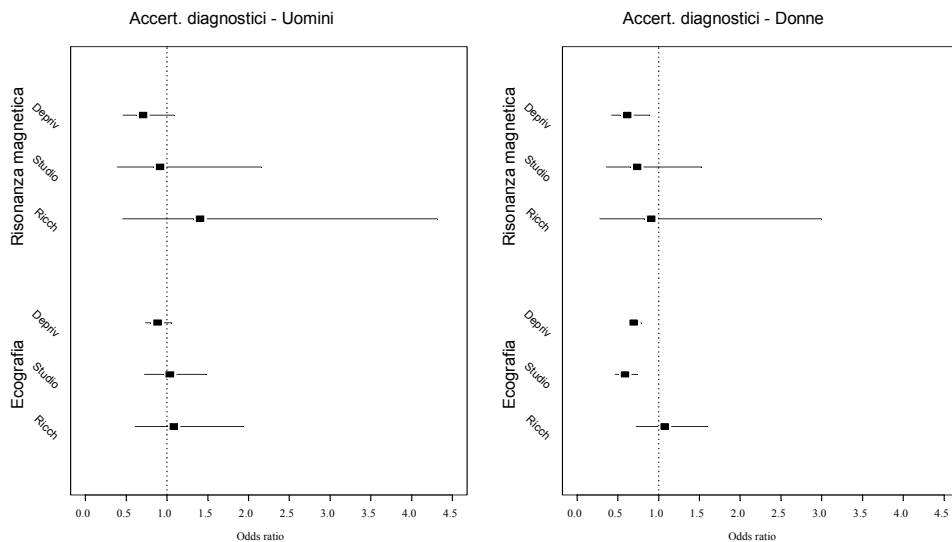
**Grafico 7 - Stato di salute percepito per indice di deprivazione, titolo di studio e ricchezza percepita. Odds ratio con intervallo di confidenza al 95% per ripartizione geografica e sesso. La variabile salute percepita assume valore pari ad uno se l'intervistato definisce "male o molto male" il proprio stato di salute.**



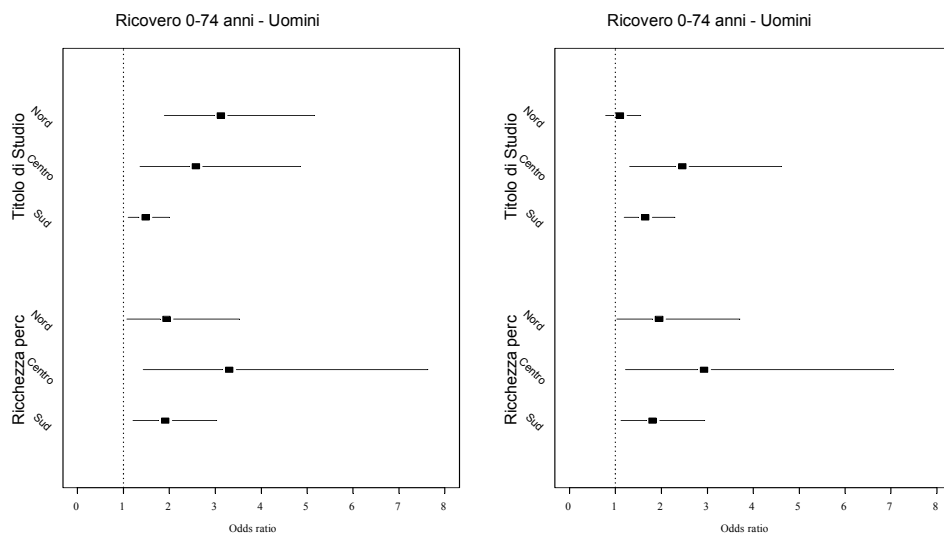
**Grafico 8 - Ricorso ad accertamenti diagnostici nelle ultime quattro settimane per indice di deprivazione, titolo di studio e ricchezza percepita. Odds ratio (alto vs basso indice di deprivazione, basso vs alto titolo di studio, basso vs alto livello di ricchezza percepita) e intervalli di confidenza al 95% per sesso e ripartizione geografica.**



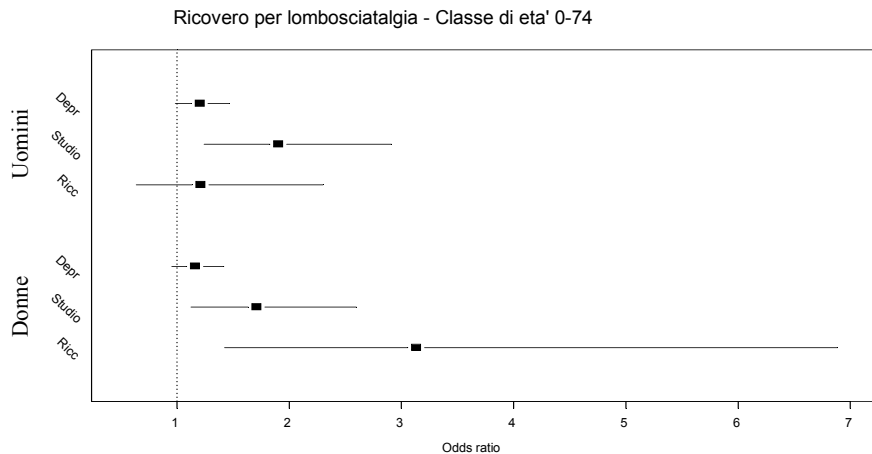
**Grafico 9 - Ricorso alla risonanza magnetica e all'ecografia nelle ultime quattro settimane per indice di deprivazione, titolo di studio e ricchezza percepita. Odds ratio (alto vs basso indice di deprivazione, basso vs alto titolo di studio, basso vs alto livello di ricchezza percepita) e intervalli di confidenza al 95% per sesso.**



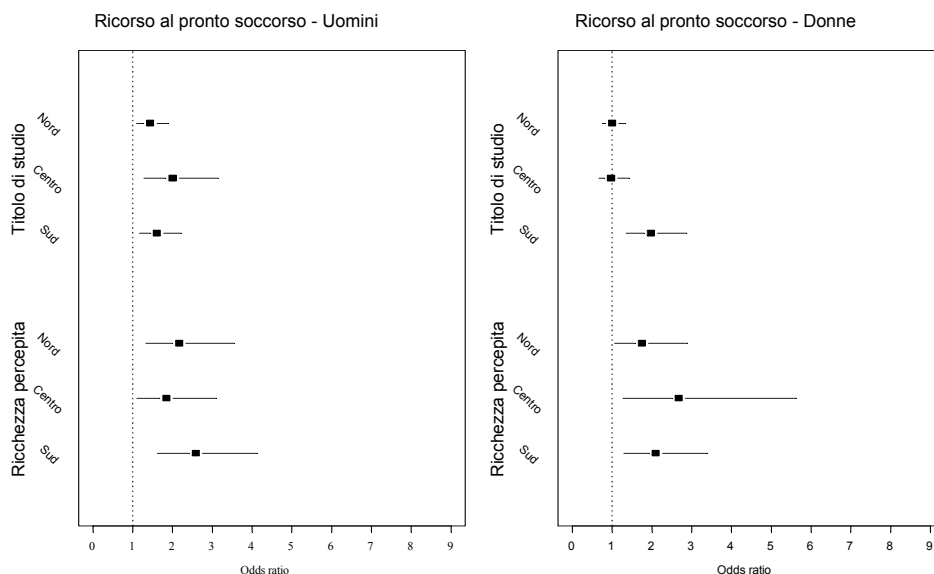
**Grafico 10 - Ricoveri ospedalieri nella classe di età 0-74 anni per titolo di studio e ricchezza percepita. Odds ratio (basso vs alto titolo di studio, basso vs alto livello di ricchezza percepita) e intervalli di confidenza al 95% per sesso e ripartizione geografica.**



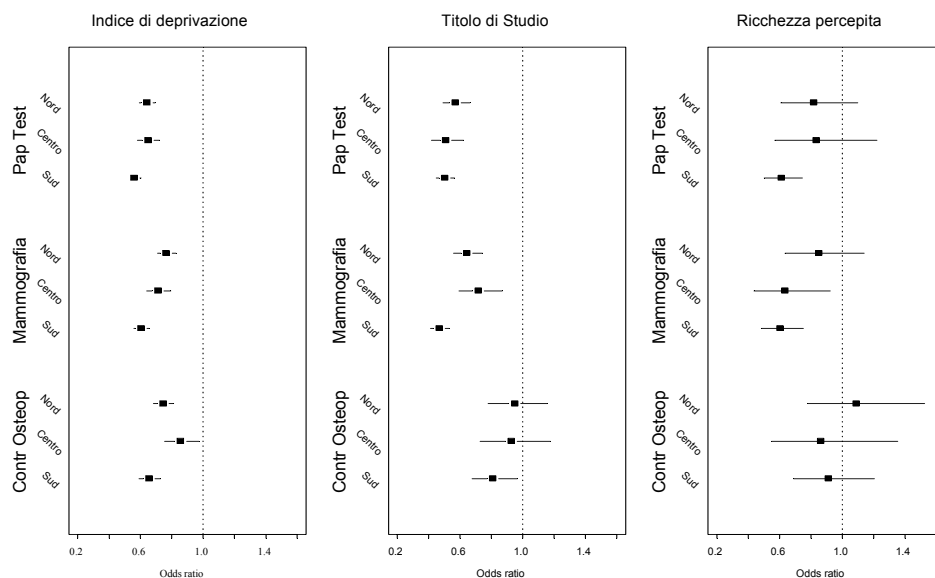
**Grafico 11 - Ricoveri ospedalieri per lombosciatalgia nella classe di età 0-74 anni per indice di deprivazione, titolo di studio e ricchezza percepita. Odds ratio (alto vs basso indice di deprivazione, basso vs alto titolo di studio, basso vs alto livello di ricchezza percepita) e intervalli di confidenza al 95% per sesso.**



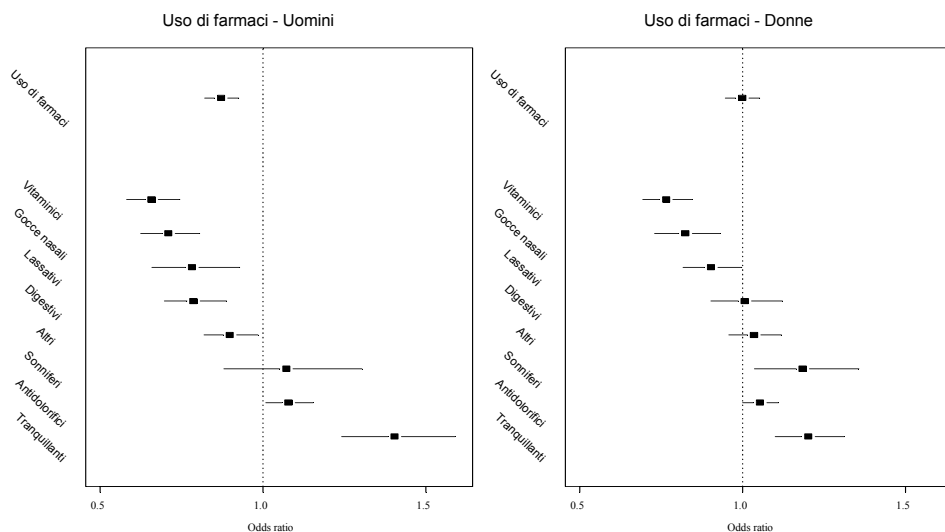
**Grafico 12 - Ricorso al pronto soccorso per titolo di studio e ricchezza percepita. Odds ratio (basso vs alto titolo di studio, basso vs alto livello di ricchezza percepita) e intervalli di confidenza al 95% per sesso e ripartizione geografica.**



**Grafico 13 - Utilizzo del Pap Test, della Mammografia e controllo per l'osteoporosi per indice di deprivazione, titolo di studio e ricchezza percepita. Odds ratio (alto vs basso indice di deprivazione, basso vs alto titolo di studio, basso vs alto livello di ricchezza percepita) e intervalli di confidenza al 95% per ripartizione geografica.**



**Grafico 14 - Consumo di farmaci, totale e per particolari categorie, per indice di deprivazione. Odds ratio (alto vs basso indice di deprivazione) e intervalli di confidenza al 95%.**





# CONSUMI SANITARI A PAGAMENTO: IL PROFILO DELLA DOMANDA

*A. Solipaca*<sup>1</sup>

## 1. Introduzione

La domanda sanitaria nel nostro Paese è rivolta prevalentemente al settore pubblico, come dimostra la spesa sanitaria complessiva che per circa i tre quarti è di competenza pubblica. Tuttavia, pur in presenza di un servizio pubblico una quota non trascurabile di cittadini si rivolge alle strutture private, sostenendo una spesa che rappresenta circa un quarto dell'intera spesa sanitaria. Considerando inoltre che la maggior parte delle persone contribuisce tramite il prelievo fiscale al finanziamento del Ssn, è lecito domandarsi se la domanda rivolta al servizio privato è l'espressione delle preferenze individuali, oppure segno di una insoddisfazione per la qualità e/o per la quantità di assistenza fornita all'interno del servizio pubblico. Sembra consapevole di questi aspetti il legislatore che con il decreto legislativo 229/99 ha tentato di recuperare una parte della domanda che si rivolge al settore privato, cercando di migliorare l'accessibilità e la qualità dell'assistenza e di soddisfare i bisogni dei cittadini non coperti dal Ssn<sup>2</sup>. Il decreto legislativo ha infatti introdotto la possibilità per il personale medico di svolgere attività privata nelle strutture pubbliche (intramoenia) e ha previsto la nascita dei fondi integrativi, ai quali è stato attribuito il compito di integrare i livelli garantiti dal Ssn.

Uno dei motivi per i quali un cittadino può scegliere di rivolgersi ad una struttura privata può essere dovuto all'esigenza percepita dalle persone di nuovi bisogni sanitari che non trovano immediata soddisfazione nell'offerta pubblica. Si

---

<sup>1</sup> Direzione Centrale per le Indagini sulle Istituzioni Sociali - Istat

<sup>2</sup> Baroncini P., Solipaca A. (2001), Determinanti socio-economiche di alcuni consumi sanitari: distribuzione della domanda tra settore pubblico e privato; *Economia & Lavoro* XXXV n.1.

tratta o di bisogni che il Ssn non ritiene di soddisfare in quanto non essenziali per il perseguimento degli obiettivi di salute, o di bisogni dettati dal progresso scientifico che non sono ancora stati recepiti come tali dal sistema.

Un'altra motivazione per la scelta della struttura a cui rivolgersi è legata alle preferenze, cioè dettata da un processo decisionale individuale incentrato sulla qualità percepita dall'utente. In generale, la qualità è un concetto che si compone di molte dimensioni, legate all'efficacia e all'appropriatezza dei trattamenti sanitari, all'accessibilità delle strutture, alla soddisfazione per i rapporti con il personale e al trattamento alberghiero se trattasi di ospedali. Gli ultimi tre aspetti sono probabilmente quelli decisivi per la scelta, data la ben nota asimmetria informativa tra medico e paziente<sup>3</sup> che rende di difficile valutazione l'efficacia e l'appropriatezza del trattamento ricevuto.

## **2. Caratteristiche socio-demografiche della domanda privata**

Data la consistente domanda che i cittadini rivolgono al settore privato e l'impossibilità di comprendere fino in fondo la motivazione che li spinge verso questa scelta, l'attenzione si sposta sulle caratteristiche socio-demografiche del consumatore, con l'obiettivo di cogliere alcune interessanti indicazioni sui fattori che predispongono al consumo *out of pocket*.

L'indagine Istat sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" permette di analizzare il profilo della domanda di assistenza rivolta al settore privato, in particolare per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche rileva il tipo di assistenza ricevuta e la natura (pubblica, privata in regime di convenzione con il Ssn e privata) della struttura utilizzata nell'ultima prestazione.

Facendo riferimento, quindi, all'ultimo accertamento diagnostico effettuato dall'intervistato si può osservare che quasi l'11,0 per cento degli accertamenti diagnostici sono erogati nelle strutture private nelle quali i cittadini pagano per intero la prestazione. Le prestazioni che più frequentemente sono domandate ai privati sono i Pap-test, le mammografie e le ecografie, mediamente il 26,5 per cento dei primi due accertamenti sono pagati per intero dai cittadini, tale percentuale sale al 34,8 per cento nel caso delle ecografie. Infatti, la quota di accertamenti più richiesti al settore pubblico sono le analisi di laboratorio di routine come gli esami del sangue e delle urine, per queste tipologie la percentuale di domanda è vicina al 94,0 per cento. Per quanto riguarda l'ultima visita specialistica effettuata dall'intervistato, i dati evidenziano che la quota maggiore di domanda è rivolta alle strutture private, sono infatti circa il 53,0 per cento le visite a pagamento intero. All'interno delle branche specialistiche emerge il cospicuo ricorso a strutture esterne al Ssn per le visite odontoiatriche, l'85,0 per cento di esse sono, infatti, pagate per intero dal cittadino. Un'altra specialità richiesta alle strutture private è quella della ginecologia domandata

---

<sup>3</sup> Feldstein M.S. (1970), The rising price of physician services; Review of economics statistics, vol.52.  
Mapelli V. (1994) (a cura di), La domanda di servizi sanitari, una indagine campionaria, ed. F. Angeli, Milano

nel 60,0 per cento dei casi a pagamento intero. Le visite specialistiche più richieste nel settore pubblico sono quelle appartenenti alla geriatria che nell'84,0 per cento dei casi vengono effettuate a carico del Ssn.

Questa prima analisi conferma un dato già noto, cioè il fatto che il settore privato è quello preferito quando si tratta di assistenza finalizzata alla prevenzione femminile e alla gravidanza.

Sembra quindi che la quota maggiore di domanda privata venga rivolta a quella assistenza per la quale è molto importante il rapporto di fiducia tra il medico e il paziente. L'altra quota importante di domanda rivolta al privato è quella relativa all'assistenza odontoiatrica dove per tradizione l'offerta pubblica è più carente.

Passando ad analizzare il profilo della domanda privata, sono state prese in considerazione le persone di età superiore ai 25 anni per le quali si è rilevata la struttura utilizzata per l'ultimo accertamento diagnostico e le seguenti caratteristiche socio-demografico: sesso, classe di età, ripartizione di residenza, titolo di studio, stato di salute percepito, condizioni economiche dichiarate e possesso di assicurazione privata.

Sulla scorta di quanto osservato sulla tipologie di accertamenti eseguiti è stato scelto di togliere dall'analisi il Pap test e le mammografie, in quanto fortemente caratterizzati da differenze di genere che avrebbero condizionato lo studio.

I dati evidenziano (confrontare Prospetto 1) delle differenze di genere non trascurabile rispetto all'utilizzo delle strutture private, sono infatti l'11,0 per cento gli accertamenti che le donne domandano a pagamento intero, tale percentuale è sensibilmente inferiore per i maschi che utilizzano nell'8,0 per cento dei casi strutture private. Tali differenze sono solo in parte spiegabili con il fatto che le donne eseguono in gravidanza molte ecografie per le quali probabilmente utilizzano la struttura privata dove opera il loro ginecologo di fiducia. Togliendo infatti dall'analisi anche le ecografie la percentuale di utilizzo delle strutture private scende all'8,5 per cento per le donne e al 7,5 per cento per gli uomini.

Per quanto riguarda la classe di età delle persone che si sono sottoposte all'accertamento diagnostico è assai evidente come siano i più giovani ad utilizzare il settore privato, la quota di utilizzo va dall'11,0 per cento al 14,0 per cento nella classe compresa tra i 25 e i 64 anni, mentre scende al 5,0 per cento circa nelle classi di età superiori ai 65 anni.

Anche rispetto al titolo di studio si riscontrano sensibili differenze, soprattutto per quanto riguarda i titoli di studio più bassi che utilizzano solo nell'8,0 per cento dei casi le strutture private contro una quota superiore al 13,0 per cento di coloro che hanno titoli di studio superiori.

Le persone con condizioni di salute percepita migliori sono quelle che utilizzano in percentuale maggiore le strutture private, essi infatti pagano per intero il 16,0 per cento degli accertamenti diagnostici contro il 7,5 per cento di coloro che sono in cattive condizioni di salute.



**Prospetto 1 - Accertamenti diagnostici per sesso, classe di età, titolo di studio, ripartizione territoriale, salute percepita e tipo di struttura utilizzata (composizione percentuale)**

	TIPO DI STRUTTURA		TOTALE
	Pubblica o privata accreditata	Privata a pagamento intero	
SESSO			
Maschi	92,0	8,0	100,0
Femmine	89,3	10,7	100,0
CLASSI DI EtA'			
25-44	86,5	13,5	100,0
45-64	89,3	10,7	100,0
65-74	95,3	4,7	100,0
75 e oltre	94,6	5,4	100,0
TITOLO DI STUDIO			
Licenza media, elementare nessun titolo	92,1	7,9	100,0
Diploma superiore	86,1	13,9	100,0
Laurea, dottorato	86,9	13,1	100,0
RIPARTIZIONE TERRITORIALE			
Nord-ovest	92,9	7,1	100,0
Nord-est	93,2	6,8	100,0
Centro	89,4	10,6	100,0
Mezzogiorno	87,7	12,3	100,0
STATO DI SALUTE PERCEPITO			
Cattivo	92,5	7,5	100,0
Discreto	90,3	9,7	100,0
Molto bene	84,1	15,9	100,0

Fonte: Istat, La cura e il ricorso ai servizi sanitari – Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anni 1999-2000

L'utilizzo delle strutture private per prestazioni diagnostiche a pagamento intero è assai più frequente nelle regioni Centro-meridionali dove le percentuali oscillano tra l'11,0 per cento e il 12,0 per cento, invece nelle regioni del Nord le percentuali variano di poco intorno al 7,0 per cento.

Coloro che si dichiarano in condizioni economiche ottime o adeguate (confrontare Prospetto 2) utilizzano nel 10,0 per cento dei casi le strutture private, tale percentuale scende all'8,0 per cento, tra coloro che si dichiarano in condizioni economiche scarse o insufficienti.

Significativa è la differenza tra coloro che posseggono almeno un'assicurazione privata e quelli che non ne posseggono alcuna, i primi infatti utilizzano nel 14,0 per cento dei casi una struttura a pagamento intero mentre i secondi pagano per intero solo nel 9,0 per cento dei casi.

**Prospetto 2 - Accertamenti diagnostici per condizione economica dichiarata, possesso di un'assicurazione e tipo di struttura utilizzata (composizione percentuale)**

	TIPO DI STRUTTURA		TOTALE
	Pubblica o privata accreditata	Privata a pagamento intero	
CONDIZIONE ECONOMICA DICHIARATA			
Scarsa o insufficiente	91,7	8,3	100,0
Ottime o adeguate	90	10	100,0
ASSICURAZIONE PRIVATA			
Nessuna assicurazione privata	91,3	8,7	100,0
Almeno un'assicurazione privata	85,6	14,4	100,0

Fonte: Istat, La cura e il ricorso ai servizi sanitari – Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anni 1999-2000

Per quanto riguarda le visite specialistiche l'analisi ha preso in considerazione la struttura utilizzata per l'ultima visita effettuata dall'intervistato di età superiore a 25 anni. Sono state tolte dall'analisi le visite ginecologiche e quelle odontoiatriche in quanto le prime fortemente caratterizzate dalle differenze di genere già osservate per gli accertamenti diagnostici e le seconde dalla limitata offerta pubblica.

Le donne fanno ricorso in percentuale maggiore, rispetto a quella degli uomini, alle visite a pagamento intero, sono infatti il 39,0 per cento le consultazioni medico-specialistiche che vengono domandate al settore privato dalle donne, tale quota è invece pari al 37,0 per cento tra gli uomini (confrontare Prospetto 3).

Gli intervistati che maggiormente domandano privatamente le visite specialistiche sono tra coloro che rientrano nella classe di età che va dai 25 ai 44 anni, i quali nel 43,0 per cento dei casi pagano per intero la prestazione, seguono le persone tra i 44 e i 64 anni. Sono invece il 32,0 per cento quelli che utilizzano le strutture private tra le persone con età compresa tra i 65 e i 74 anni.

Sensibilmente maggiore è la quota di prestazioni specialistiche a pagamento richieste dalle persone che hanno un titolo di studio alto, i dati evidenziano infatti per questa categoria una percentuale pari al 47,0 per cento contro una percentuale del 35,0 per cento per coloro che hanno un titolo di studio basso.

Le persone con condizioni di salute molto buone mostrano una quota di domanda privata superiore a quella di coloro che si dichiarano in condizioni di salute non soddisfacenti. La percentuale di visite specialistiche a pagamento intero è infatti per i primi pari al 42,0 per cento mentre per i secondi tale quota è attestata al 37,0 per cento.

L'utilizzo delle strutture private a pagamento intero è molto più alto nelle regioni Centro-meridionali dove le percentuali oscillano tra il 42,0 per cento e il 39,0 per cento, tali percentuali si collocano tra il 37,0 per cento e il 31,0 per cento nelle regioni del Nord.

**Prospetto 3 - Visite specialistiche per sesso, classe di età, titolo di studio, ripartizione territoriale, salute percepita e tipo di struttura utilizzata (composizione percentuale)**

	TIPO DI STRUTTURA		
	Pubblica o privata accreditata	Privata a pagamento intero	TOTALE
SESSO			
Maschi	63,4	36,6	100,0
Femmine	60,9	39,1	100,0
CLASSI DI ETA'			100,0
25-44	57,3	42,7	100,0
45-64	61	39	100,0
65-74	68,4	31,6	100,0
75 e oltre	65	35	100,0
TITOLO DI STUDIO			100,0
Licenza media, elementare nessun titolo	64,7	35,3	100,0
Diploma superiore	55,4	44,6	100,0
Laurea, dottorato	53,2	46,8	100,0
RIPARTIZIONE TERRITORIALE			100,0
Nord-ovest	62,8	37,2	100,0
Nord-est	68,9	31,1	100,0
Centro	60,9	39,1	100,0
Mezzogiorno	57,7	42,3	100,0
STATO DI SALUTE PERCEPITO			100,0
Cattivo	63,2	36,8	100,0
Discreto	61,9	38,1	100,0
Molto bene	57,6	42,4	100,0

Fonte: Istat , La cura e il ricorso ai servizi sanitari – Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anni 1999-2000

Le situazione economica favorisce la scelta della struttura per le visite specialistiche, sono infatti coloro che si dichiarano in condizioni economiche ottime o adeguate ad utilizzare maggiormente le strutture private a pagamento, in particolare la percentuale si attesta a circa il 40,0 per cento (confrontare Prospetto 4). Tale quota è del 34,0 per cento tra gli intervistati che dichiarano scarse o insoddisfacenti le loro risorse economiche.

Ancora più marcata è la differenza rispetto al consumo privato di visite specialistiche tra coloro che posseggono almeno un'assicurazione privata e coloro che non ne posseggono nessuna. Infatti, i primi domandano privatamente il 48,0 per cento delle visite, mentre i secondi solo il 36,0 per cento.

**Prospetto 4 - Visite specialistiche per condizione economica dichiarata, possesso di un'assicurazione e tipo di struttura utilizzata (composizione percentuale)**

	TIPO DI STRUTTURA		TOTALE
	Pubblica o privata accreditata	Privata a pagamento intero	
CONDIZIONE ECONOMICA DICHIARATA			
Scarsa o insufficiente	65,9	34,1	100,0
Ottime o adeguate	60,3	39,7	100,0
ASSICURAZIONE PRIVATA			
Nessuna assicurazione privata	63,6	36,4	100,0
Almeno un'assicurazione privata	52,5	47,5	100,0

Fonte: Istat, La cura e il ricorso ai servizi sanitari – Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anni 1999-2000

### 3. Modello multilevel

Al fine di analizzare simultaneamente gli effetti delle caratteristiche socio-demografiche dell'utente e dell'offerta regionale di strutture ambulatoriali sulla scelta del settore privato, si è utilizzato un modello statistico appartenente alla classe dei modelli lineari generalizzati. Si tratta di un modello lineare di tipo logistico, in grado di evidenziare gli effetti delle variabili socio-demografiche sulla probabilità che un individuo scelga di domandare privatamente, anziché rivolgersi al Ssn, l'esame diagnostico o la visita medica di cui ha bisogno. I parametri del modello, e in particolare le odds ratio, permettono di analizzare la propensione all'utilizzo di strutture private a pagamento intero piuttosto che strutture pubbliche. Le odds ratio esprimono infatti il rapporto tra la probabilità di domandare privatamente una prestazione sanitaria (accertamento diagnostico o visita specialistica) e la probabilità di rivolgersi, invece, ad una struttura operante nel settore pubblico.

I dati utilizzati fanno riferimento, quindi, sia a caratteristiche legate all'individuo (sesso, classe di età, titolo di studio, condizione di salute percepita, condizione economica dichiarata, possesso di una assicurazione privata) sia alla struttura dell'offerta regionale (numero di ambulatori e laboratori presenti nelle Asl). Ciò rende necessario tenere conto nel modello statistico dell'esistenza di una struttura clusterizzata<sup>4</sup>. È infatti verosimile che individui appartenenti alla stessa regione siano più simili, rispetto all'utilizzo di strutture private per una prestazione sanitaria, di altri residenti in regioni diverse. Verrebbe quindi a cadere l'ipotesi di indipendenza tra le osservazioni<sup>5</sup>. Pertanto si è scelto di utilizzare un modello di tipo multilevel che prevede una struttura dell'errore con una componente di primo livello (variabilità individuale) e una componente di secondo livello (variabilità regionale). I modelli multilevel permettono, infatti, la scomposizione della variabilità totale nella

<sup>4</sup> Snijders T, Bosker R (1999), *Multilevel Analysis*; London, Sage Publications, cap. 3 pag 13-35, cap. 5 pag 67-83, cap. 9 pag 120-139, cap. 14 pag 207-229.

<sup>5</sup> Hox J. (1998), *Multilevel Modelling: When and Why*; Balderjahn I., Mathar R. & Schader M. (Eds); *Classification, data analysis, and data highways*; New York, Springer Verlag; pag 147-154.

componente legata alla variabilità tra gli individui e nella componente legata alla variabilità tra le Regioni. Il rapporto tra la variabilità regionale e quella totale (correlazione intraclasse  $\rho$ ) ci consente, inoltre, di calcolare il peso della variabilità tra i *cluster*.

La variabile risposta che si è scelto di analizzare è di tipo dicotomico, in termini formali:  $Y_{i,j} = 1$  se l'individuo  $i$ -esimo residente nella regione  $j$ -esima utilizza

una struttura privata;  $Y_{i,j} = 0$  se utilizza una struttura pubblica o privata accreditata.

La specificazione del modello si esprime formalmente come segue:

$$P(Y_{i,j} = 1) = \text{logistic}(\gamma_0 + \sum_h \gamma_h X_{h,i,j} + U_{0,j})$$

$$VAR(Y_{i,j}) = VAR(U_{0,j}) + VAR(\epsilon_{i,j})$$

$$COVAR(Y_{i,j}, Y_{i',j}) = VAR(U_{0,j})$$

dove:

$X_{h,i,j}$ :  $h$ -ma variabile esplicativa relativa all'individuo  $i$ -esimo della regione  $j$ -esima;

$U_{0,j}$ : errore relativo alla  $j$ -esima regione;

$\epsilon_{i,j}$ : errore relativo alla  $i$ -esima unità e  $j$ -esima regione.

I risultati (confrontare Prospetti 5 e 6) che emergono dall'analisi del modello logistico confermano quanto già osservato in precedenza con le statistiche univariate. I valori delle odds ratio evidenziano che il possesso di un titolo di studio medio-alto, buone condizioni economiche e il possesso di un'assicurazione privata siano fattori predisponenti al consumo sanitario privato.

L'offerta agisce in maniera apparentemente controintuitiva, infatti all'aumentare dell'offerta pubblica aumenta l'utilizzo di strutture private sia per gli accertamenti sia per le visite specialistiche. Questo risultato coglie, probabilmente, una correlazione spuria cioè una relazione che riflette in realtà un altro fenomeno legato alle differenze tra Nord e Centro-Sud rispetto alle preferenze tra pubblico e privato. Infatti come abbiamo già osservato in precedenza, è nelle regioni del Centro-Sud, dove peraltro è più alta è l'offerta procapite di strutture pubbliche, che si fa maggiore utilizzo di consumi sanitari a pagamento intero.

All'interno delle due categorie di consumi considerati si osservano poi alcune differenze all'interno dei profili per età: sono, infatti, le persone nella classe compresa tra 25 e 64 anni di età che hanno una più alta predisposizione al consumo sanitario *out of pocket* per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, mentre per le visite specialistiche i maggiori utilizzatori di strutture private sono le persone tra i 25 e i 44 anni.

### Prospetto 5 - Modello logistico multilevel - Accertamenti diagnostici

		EFFETTI FISSI			
		$\beta$	Std Error	p-value	Odds ratio
<b>Intercetta</b>		-3,39052	0,02909	0	
<b>Variabili individuali</b>					
SESSO	Femmina	0			1
	Maschio	-0,22847	0,00565	0	0,79575
CLASSE DI ETA'	75 e oltre	0			1
	65-74	-0,05056	0,01411	0,00034	0,9507
	45-64	0,48451	0,01198	0	1,62338
	25-44	0,69441	0,01517	0	2,00253
TITOLO DI STUDIO	Basso	0			1
	Medio-alto	0,14137	0,01755	0	1,15185
CONDIZIONE DI SALUTE	Buone	0			1
	Cattive	-0,1712	0,01174	0	0,84265
CONDIZIONI ECONOMICHE	Insufficienti	0			1
	Adeguate	0,08857	0,00817	0	1,09261
ASSICURAZIONE PRIVATA	No	0			1
	Sì	0,44714	0,00784	0	1,56383
<b>Variabile di contesto</b>					
OFFERTA DI STRUTTURE TERRITORIALI		0,03941	0,00083	0	1,0402
		EFFETTI RANDOM			
		$\sigma^2_u$	Std Error	p-value	
<b>Intercetta</b>			0,33827	0,00658	0
$\rho$			0,034		

Fonte: elaborazione su dati Istat , La cura e il ricorso ai servizi sanitari – Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anni 1999-2000

## Prospetto 6 - Modello logistico multilevel - Visite specialistiche

		EFFETTI FISSI			
		$\beta$	Std Error	p-value	Odds ratio
<b>Intercetta</b>		-0,9366	0,0162	0,00000	
<b>Variabili individuali</b>					
SESSO	Femmina	0,00000			1,00000
	Maschio	-0,14985	0,00536	0,00000	0,86084
Classe di età	75 e oltre	0,00000			1,00000
	65-74	-0,41296	0,00644	0,00000	0,66169
	45-64	-0,04186	0,00614	0,00000	0,95900
	25-44	0,18475	0,00896	0,00000	1,20292
Titolo di studio	Basso	0,00000			1,00000
	Medio-alto	0,12706	0,00437	0,00000	1,13549
Condizione di salute	Buone	0,00000			1,00000
	Cattive	-0,12801	0,00689	0,00000	0,87984
Condizioni economiche	Insufficienti	0,00000			1,00000
	Adeguate	0,29059	0,00777	0,00000	1,33722
Assicurazione privata	No	0,00000			1,00000
	Sì	0,42902	0,00673	0,00000	1,53575
<b>Variabile di contesto</b>					
Offerta di strutture territoriali		0,01533	0,00043	0,00000	1,01545
<b>EFFETTI RANDOM</b>					
			$\sigma^2_u$	Std Error	p-value
<b>Intercetta</b>			0,24530	0,00345	0,00000
$\rho$			0,01800		

Fonte: elaborazione su dati Istat , La cura e il ricorso ai servizi sanitari – Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anni 1999-2000

## Conclusioni

I risultati delle analisi evidenziano che sono le categorie sociali più agiate a far un uso maggiore di strutture sanitarie private nelle quali pagano per intero la prestazione ricevuta. Le motivazioni per le quali queste categorie scelgono il settore privato non sono investigabili in maniera specifica con questa indagine, ma sicuramente il ruolo decisivo lo svolge la qualità percepita che si manifesta nelle scelte individuali, frutto queste ultime di un processo complesso che porta l'utente a valutare le molteplici dimensioni della qualità.

Una delle dimensioni della qualità è costituita dall'accessibilità, misurata tramite il numero di giorni mediamente necessari per ottenere una prestazione sanitaria in una struttura pubblica. I dati rilevati dall'indagine permettono di focalizzare questo aspetto e ci consentono di evidenziare il fatto che tra coloro che si sono rivolti ad una struttura pubblica sono i giovani, le persone con titolo di studio medio-alto e quelle in buone condizioni economiche ad avere un rischio relativo più basso di attendere a lungo per una prestazione sanitaria<sup>6</sup>. Ciò starebbe a significare che queste categorie si rivolgono al servizio pubblico solo se questo è accessibile in tempi brevi, altrimenti si rivolgono al settore privato, come dimostrano i risultati del presente lavoro.

In conclusione, gli elementi raccolti farebbero supporre che il servizio privato opererebbe in maniera sostitutiva rispetto al servizio pubblico, laddove quest'ultimo non consenta un facile accesso alle prestazioni sanitarie.

---

<sup>6</sup> Solipaca A. (2003), Gli utenti e l'accessibilità ai servizi sanitari; Politiche sanitarie n.4



## Bibliografia

- Baroncini P., Solipaca A. (2001), Determinanti socio-economiche di alcuni consumi sanitari: distribuzione della domanda tra settore pubblico e privato; *Economia & Lavoro XXXV n.1*.
- Feldstein M.S. (1970), *The rising price of physician services*; Review of economics statistics, vol.52.
- Hox J. (1998), Multilevel Modelling: When and Why; Balderjahn I., Mathar R.& Schader M. (Eds); *Classification, data analysis, and data highways*; New York, Springer Verlag; pag 147-154.
- Istat (2002), Contabilità Nazionale – Tomo 1 – Conti economici nazionali – Anni 1970 – 2000; Annuario, n.6 - 2002
- Istat (2002), La cura e il ricorso ai servizi sanitari – Anni 1999-2000; Collana Informazioni
- Istat (2002), Rapporto annuale – La situazione del Paese nel 2001, cap.5 paragrafo 5.2
- Mapelli V. (1994) (a cura di), La domanda di servizi sanitari, una indagine campionaria, ed. F. Angeli, Milano
- Snijders T, Bosker R (1999), *Multilevel Analysis*; London, Sage Publications, cap. 3 pag 13-35, cap. 5 pag 67-83, cap. 9 pag 120-139, cap. 14 pag 207-229.
- Solipaca A. (2003), Gli utenti e l'accessibilità ai servizi sanitari; *Politiche sanitarie n.4*

# TIPOLOGIE DI MODELLI DI SANITÀ

*S. Forni<sup>1</sup>, C. Cislighi<sup>1</sup>, M. P. Giorio<sup>2</sup>*

## **Introduzione**

In questo periodo di riforme federaliste è di attualità la situazione del Sistema sanitario nazionale e le sue differenze all'interno delle regioni. Ma il Sistema sanitario nazionale, nei suoi 25 anni di storia unificata, ha prodotto realtà omogenee o ha lasciato, o creato, situazioni differenti? E queste oggi possono meglio essere affrontate con un sistema unico nazionale o con dei sistemi diversificati regionali che pur rispettino una identità di valori e di principi?

Questo lavoro si pone come obiettivo una definizione dello stato attuale del ricorso ai diversi servizi nelle regioni italiane, analizzando alcune questioni fondamentali: riconoscere le differenze nella quantità del ricorso ai servizi sanitari; valutare come il mix delle prestazioni si differenzi tra le regioni, evidenziando eventuali associazioni tra i singoli tipi di consumo; identificare gruppi di regioni con pattern di utilizzo dei singoli servizi simili. In altre parole, oggi nella realtà “pre-federale”, esiste un Sistema sanitario nazionale o molti Sistemi sanitari regionale diversificati?

## **1. Dati e metodi**

I dati utilizzati sono quelli dell'Indagine sulle “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” realizzata dall'Istat negli anni 1999-2000. Tale rilevazione fornisce

---

<sup>1</sup>Agenzia regionale di sanità, Regione Toscana

<sup>2</sup>Assessorato alla sanità, Regione Veneto

informazioni individuali sul ricorso a diversi servizi in un periodo precedente l'intervista che va dai due giorni ai tre anni. La disponibilità delle medesime informazioni per tutte le regioni consente di connotare i modelli di utilizzo e di erogazione dei servizi nelle varie realtà territoriali e di effettuare interessanti confronti. Di seguito verranno esaminati sia indicatori grezzi che standardizzati con il metodo diretto sulla popolazione italiana, in modo da correggere per età gli indicatori stessi e di effettuare confronti corretti tra le regioni. Ove possibile, sulla base delle indicazioni metodologiche fornite dall'Istat, verranno riportati gli intervalli di confidenza al 95,0 per cento degli indicatori, necessari per utilizzare tali indicatori come stime campionarie riferite all'intera popolazione italiana.

Al fine di effettuare analisi di fenomeni complessi nella loro globalità e di aggiustare per fattori confondenti si rende necessaria la costruzione di indicatori che sintetizzino informazioni diverse relative ad un medesimo fenomeno: gli indicatori sintetici utilizzati di seguito riguardano la cronicità ed il ricorso ai servizi. Inoltre per evidenziare differenze nella fruibilità dei servizi da parte di tutti i cittadini e nei diversi livelli di accesso è stato calcolato un indice di concentrazione del ricorso ai servizi. Infine tramite un'analisi dei *clusters* si sono connotati gruppi di regioni con modelli simili di ricorso ai servizi sanitari.

### 1.1 Indicatore di cronicità

Per ogni individuo è stato rilevato sia lo stato di salute autopercepito, su una scala a cinque livelli, da molto bene a molto male, sia la presenza attuale di varie patologie croniche o invalidità. Tramite un modello di regressione logistica sono stati calcolati gli odds ratios ( $or_j$ ) della categoria di sentirsi male o molto male in funzione della presenza di una particolare patologia cronica o invalidità (Prospetto 1). Questi valori (meno l'unità) sono stati utilizzati come misura del peso che le singole patologie hanno nella salute di ogni individuo. Quindi gli odds ratios sono stati interpretati non con il loro significato classico, ma come misura relativa di carico imputabile alle varie patologie croniche. Una possibile critica è che in presenza di più patologie si è sommato assumendo l'indipendenza tra le patologie, mentre è quasi certo che non sia così (l'interazione può essere sia maggiore sia minore dell'unità): non è detto infatti che il "peso" di due patologie concomitanti sia uguale alla somma dei loro pesi. L'indicatore a livello individuale è stato calcolato sommando, per ogni patologia cronica sofferta, i pesi stimati e poi relativizzandolo, cioè rapportando il valore stimato al massimo osservato tra tutti gli individui e moltiplicato per 100. Quindi dato  $p_{ij}$  pari a 1 quando l'individuo  $i$ -esimo dichiara di soffrire della patologia  $j$ -esima e 0 altrimenti, e  $\omega_j = or_j - 1$ , l'indicatore di cronicità è

$$ICr_i = (\sum_j p_{ij} \times \omega_j) / \text{Max}_i \{ \sum_j p_{ij} \times \omega_j \} \times 100.$$

**Prospetto 1 - Odds ratio di sentirsi male o molto male stimati tramite il modello di regressione logistica**

Patologia Cronica / Invalidità	Odds		Odds Ratio
	Ratio	Patologia Cronica / Invalidità	
Diabete	2.23	Ernia addominale	1.21
Allergia	1.09	Ulcera gastrica o duodenale	1.33
Cataratta	1.12	Calcolosi del fegato o delle vie biliari	1.09
Iipertensione	1.19	Cirrosi epatica	3.36
Infarto del miocardio	2.04	Epatite cronica (esclusa epatite A)	1.88
Angina pectoris	1.83	Calcolosi renale	1.35
Altre malattie del cuore	2.15	Iipertrofia della prostata	1.09
Trombosi. embolia. emorragia cerebrale	3.63	Tumore maligno (esclui linfome e leucemia)	5.41
Vene varicose	1.02	Cefalea o emicrania ricorrente	1.36
Emorroidi	1.11	Parkinsonismo. alzheimer. epilessia. perdita della	4.18
Bronchite cronica. enfisema. insufficienza	1.43	Altri disturbi nervosi	3.16
Asma bronchiale	1.92	Altra malattia cronica	2.89
Malattie della pelle (a)	1.00	Cecità	3.08
Malattie della triotide	1.40	Sordomutismo	1.55
Artrosi. artrite	1.61	Sordità	1.19
Lombosciatalgia	1.32	Invalidità da insufficienza mentale	6.55
Osteoporosi	1.81	Invalidità motoria	5.76

(a) L'OR stimato è inferiore ad uno e sottintende un, seppur minimo, ruolo protettivo delle malattie della pelle. Nel presente lavoro tale OR è stato posto pari ad uno e cioè il peso relativo di tale patologia è stato annullato.

### *1.2 Indicatore di ricorso ai servizi*

L'indicatore di ricorso ai servizi è costruito sintetizzando diverse informazioni per ciascun individuo circa l'utilizzo dei servizi sanitari in periodi precedenti l'intervista. Come misure dell'importanza relativa dei diversi servizi si è scelto di utilizzare un peso proporzionale alla stima del valore economico della singola prestazione. Tale stima per le visite e gli accertamenti è basata sui valori riportati nel tariffario toscano delle prestazioni sanitarie, per i ricoveri si basa sui dati di attività (SDO – Schede di dimissione ospedaliera) in Toscana nel 2000, mentre per i farmaci sul valore stimato dai dati della spesa farmaceutica in Toscana. Tale scelta è stata dettata dall'impossibilità di disporre di indicatori precisi sul valore delle prestazioni realmente usufruite dal singolo utente.

Nell'indagine il ricorso ai diversi servizi avviene utilizzando periodi di riferimento differenti (es. per i ricoveri si fa riferimento ai tre mesi precedenti l'intervista, per le visite invece al mese - Prospetto 2); questo ha reso necessario rapportare il valore stimato per i vari servizi ad un denominatore temporale comune pari

all'anno. L'indicatore così calcolato assume significato se utilizzato in modo relativo per comparare il livello di ricorso ai servizi di diversi gruppi di individui o in diverse zone di residenza. Infatti in tal caso eventuali distorsioni introdotte con il sistema di pesatura non assumono eccessiva rilevanza in quanto costanti tra i diversi sistemi a confronto.

### Prospetto 2 - Prestazioni incluse nel calcolo dell'indicatore di ricorso ai servizi

Servizi		Periodo di riferimento	Prestazione unitaria	Peso
Ricovero ordinario	Medico	Tre mesi	Giornate di degenza	15
	Intervento chirurgico durante		Intervento chirurgico	10
Visite	Generiche	Un mese	Numero di visite	0.5
	Specialistiche			1
Accertamenti diagnostici	Analisi del sangue	Un mese	Numero di accertamenti	0.5
	Analisi delle urine			0.15
	Ecografia			2.5
	Tac			10
	RMN			15
	Altre radiografie			1.5
	Elettrocardiogramma			2.5
	Pap Test			0.5
	Mammografia			2
	Gastroscopia			3
	Coloscopia			5
	Tubercolina			0.5
	Altro			2.5
Riabilitazione	Tre mesi	Numero di accessi	1	
Pronto Soccorso				
Assistenza Domiciliare				
Consultorio familiare				
Assistenza Psichiatrica				
Farmaci	Da banco	Un anno (a)	Numero di giorni di utilizzo di farmaci da banco o altri.	0.025
	Altri farmaci			0.075

(a) La stima del numero di giorni in cui sono stati utilizzati farmaci nell'ultimo anno è derivata dalla frequenza di ricorso a vari tipi di farmaci (mai=0; qualche volta l'anno=6; qualche volta al mese=24 qualche volta a settimana=104; tutti i giorni=365; non so=0)

Anche questo indicatore è stato relativizzato rapportandolo al massimo e moltiplicandolo per 100. Quindi dati  $f_{ij}$  frequenza del ricorso alla prestazione unitaria j-esima da parte dell'individuo i-esimo,  $\omega_j$  peso della prestazione unitaria j-esima e  $t_j$  mesi in cui è stata rilevato il ricorso alla prestazione j-esima, l'indicatore di ricorso ai servizi sanitari è dato da

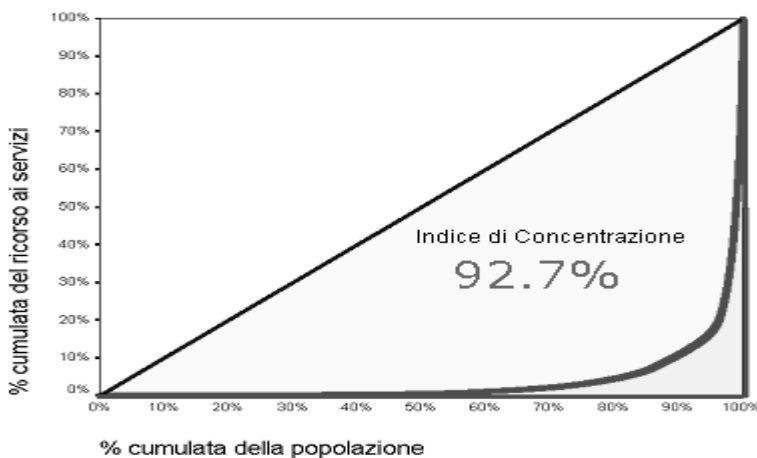
$$IRs_i = (\sum_j f_{ij} \times \omega_j \times 12 / t_j) / \text{Max}_i \{ \sum_j f_{ij} \times \omega_j \times 12 / t_j \} \times 100.$$

### 1.3 Concentrazione del ricorso ai servizi sanitari

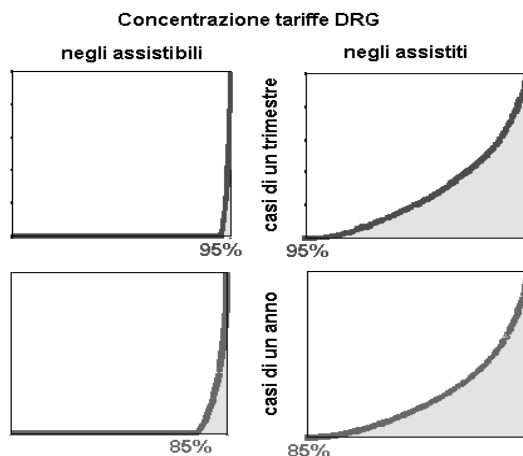
Si dice che il ricorso è tanto più concentrato quanto più la quota di servizi sanitari è utilizzata da un minor numero di individui. Per ogni regione italiana è stato calcolato un indice di concentrazione. La rappresentazione della concentrazione è data dalla curva di Lorenz (Grafico 1 A): in un diagramma cartesiano il cui asse delle ascisse indica la cumulata percentuale del numero di persone ordinate per l'indice di ricorso ai servizi e il cui asse delle ordinate indica la cumulata percentuale dell'indice del ricorso ai servizi, la curva di Lorenz, è la spezzata che mette in relazione la percentuale cumulata di popolazione con il rispettivo ricorso ai servizi; la bisettrice del diagramma è la curva nell'ipotesi di equidistribuzione. L'indice di concentrazione di Gini è dato dal rapporto tra le aree comprese tra la curva di Lorenz e la bisettrice e l'area sotto la bisettrice. Tale indice varia da 0 in caso di equidistribuzione del ricorso ad 1 nel caso di massima concentrazione.

Si osservi che per poter confrontare le concentrazioni regionali il numero di persone è stato ponderato per il ricorso medio dell'età dell'intera popolazione; ne risulta quindi una concentrazione corretta per il ricorso atteso e quindi probabilmente inferiore a quella che risulterebbe se non si assumesse questa correzione.

**Grafico 1 - Curva di concentrazione di Lorenz - A - Ricorso ai servizi**



## Curva di concentrazione di Lorenz - B - Tariffe DRG, residenti in Toscana 2001



L'interpretazione di tale indice necessita però di alcuni commenti di carattere metodologico: come già evidenziato dall'indagine sono disponibili le informazioni circa il ricorso ai servizi riferito a periodi temporali differenti (Prospetto 2), quindi per ogni individuo è disponibile una stima dei servizi utilizzati in periodi temporali non omogenei e per la maggior parte dei casi inferiori all'anno. La concentrazione così stimata è maggiore di quella calcolabile su base annuale. Questo è evidente dal grafico 1 B, che riporta le concentrazioni delle tariffe Drg (Diagnosis Related Groups) dei ricoveri ospedalieri dei residenti in Toscana nel 2001 (fonte SDO) calcolate su base trimestrale e su base annuale: nel primo caso la concentrazione è maggiore in quanto la quota di popolazione che non fa ricoveri nel trimestre è superiore a quella calcolata sull'anno, mentre l'andamento della curva tra gli assistiti resta la stessa nei due casi.

In conclusione l'indice così calcolato riporta non tanto la concentrazione media e globale del ricorso annuale ai servizi, ma solo la concentrazione delle risposte affermative risultate nell'Indagine Istat sulle condizioni di salute circa l'utilizzo dei servizi in periodi temporali differenti e precedenti l'intervista. Pur tuttavia questa concentrazione consente ugualmente interessanti riflessioni se utilizzato per un confronto tra le regioni.

### *1.4 Analisi dei cluster*

L'obiettivo di questa analisi è quello di individuare gruppi di regioni italiane quanto più omogenei possibili in funzione dei caratteri considerati, cioè delle misure di utilizzo dei singoli servizi sanitari. Le unità statistiche sono le singole regioni italiane e,

per motivi legati alla stabilità delle stime, le regioni più piccole sono state accorpate ad altre limitrofe: Val D'Aosta al Piemonte; Umbria alla Toscana; Molise all'Abruzzo; Basilicata alla Calabria. Le variabili considerate nell'analisi sono relative ai livelli di utilizzo di vari servizi sanitari separatamente per maschi e femmine (Prospetto 3) e forniscono un quadro quanto più completo possibile del ricorso ai servizi sanitari dei residenti nella regione.

### Prospetto 3 - Variabili considerate nell'analisi dei cluster

Indicatori	
Ricovero ordinario	Tasso di ospedalizzazione trimestrale
	Percentuale di ricoveri con intervento chirurgico nei tre mesi precedenti l'intervista
Pronto Soccorso	Numero di accessi in Pronto soccorso per 1.000 abitanti nei tre mesi precedenti l'intervista
Visite (totali e a pagamento)	Numero di viste generiche per 1.000 abitanti nel mese precedente l'intervista
	Numero di viste pediatriche per 1.000 abitanti nel mese precedente l'intervista
	Numero di viste cardiologiche per 1.000 abitanti nel mese precedente l'intervista
	Numero di viste odontoiatriche per 1.000 abitanti (solo a pagamento) nel mese precedente l'intervista
Accertamenti diagnostici (totali e a pagamento)	Numero di analisi del sangue o delle urine per 1.000 abitanti nel mese precedente l'intervista
	Numero di accertamenti di alta specialistica (Ecografia, Tac, Risonanza Magnetica Nucleare) per 1.000 abitanti nel mese precedente l'intervista
	Numero di accertamenti radiografici per 1.000 abitanti nel mese precedente l'intervista
	Numero di elettrocardiogrammi per 1.000 abitanti nel mese precedente l'intervista
	Numero di Pap Test o Mammografie per 1.000 donne nel mese precedente l'intervista
Farmaci	Percentuale di persone che dichiarano di aver utilizzato farmaci nei due giorni precedenti l'intervista
Vaccinazione antinfluenzale	Percentuale di persone che dichiarano essersi vaccinati contro l'influenza nell'anno precedente l'intervista
Agopuntura	Percentuale di persone che dichiarano di essere ricorsi all'agopuntura nell'anno precedente l'intervista
Omeopatia	Percentuale di persone che dichiarano di essere ricorsi all'omeopatia nell'anno precedente l'intervista

Per evitare che caratteri misurati su scale differenti e/o con differente variabilità abbiano peso diverso nel determinare i gruppi si è scelto di standardizzare le variabili considerate nel modello. Su tali variabili standardizzate è stata effettuata un'analisi di raggruppamento gerarchica con metodo agglomerativo di Ward con distanza euclidea



quadratica<sup>3</sup>: tale analisi consente di configurare completamente la struttura dei gruppi (da  $n$  gruppi di una unità a un solo gruppo di  $n$  unità) e di stabilire a posteriori il numero di gruppi più soddisfacente mediante l'osservazione del dendrogramma (Grafico 6). Il metodo adottato, considerato in letteratura particolarmente efficace nel campo socio-economico, combina i *cluster* in modo tale che ad ogni passaggio agglomerativo i due *cluster* che si fondono sono quelli con il più piccolo incremento nella somma totale della devianza all'interno del *cluster* stesso.

Si osservi che questo tipo di analisi ha obiettivi di tipo eminentemente descrittivi: vuole cioè evidenziare le strutture presenti nella matrice dei dati e non può essere assunta come valutazione probabilistica di effettive differenze tra i gruppi.

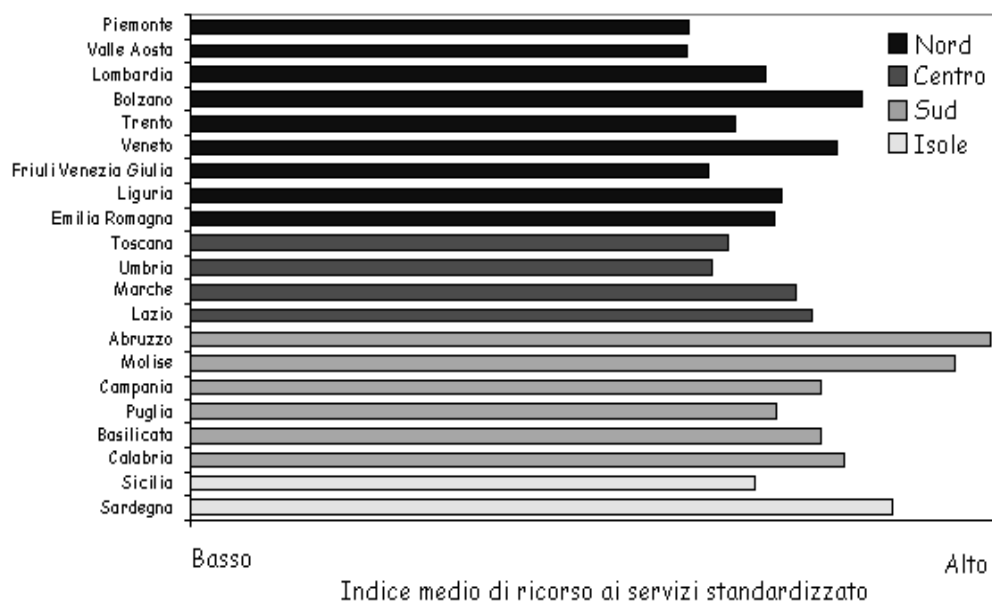
## 2. Risultati

Il ricorso medio ai servizi mostra un andamento differenziato tra le regioni senza una decisa tendenza Nord-Sud, seppur più elevato in alcune regioni meridionali e nelle Isole e minimo in alcune del Nord Ovest (Grafico 2). La percentuale di persone che ha dichiarato di non aver fatto ricorso ad alcun tipo di servizio (Grafico 3) è elevata in alcune delle regioni centro meridionali (Marche, Sicilia, Puglia, Campania e Basilicata) dove elevato è anche il ricorso medio ai servizi ed è minima in Veneto, Toscana ed Emilia Romagna. Sembra quindi che il livello medio di ricorso ai servizi sia più elevato dove la quota di consumatori è minore, ovvero in alcune regioni una minor quota di persone utilizza una maggiore quantità di servizi rispetto ad altre.

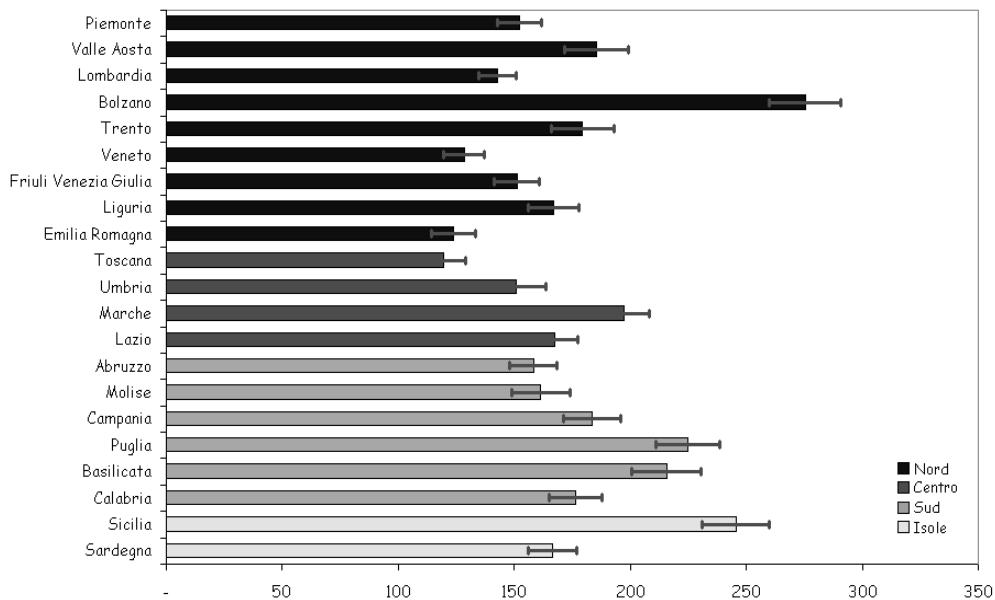
---

<sup>3</sup> Fabbris L., *Analisi esplorativa dei dati multidimensionali*, Cleup Editore, 1994, Padova; Marchetti G. M., *Introduzione all'analisi statistica dei dati multivariati*, Dipartimento di Statistica, Università di Firenze, Novembre 1997

**Grafico 2 - Indice di ricorso ai servizi medio per regione**

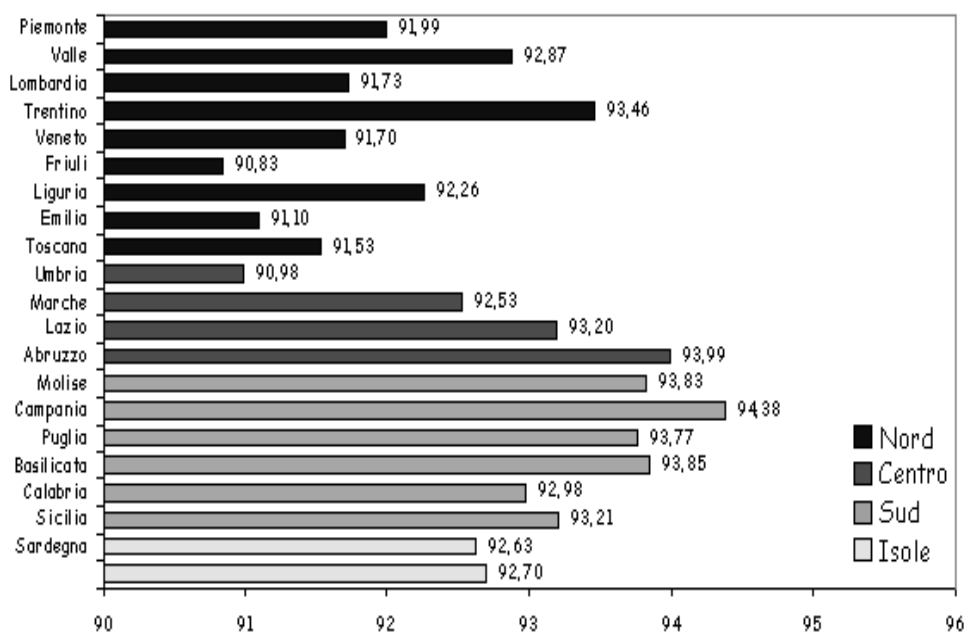


**Grafico 3 - Percentuale di persone con Indice di ricorso ai servizi nullo per regione (IC al 95%)**



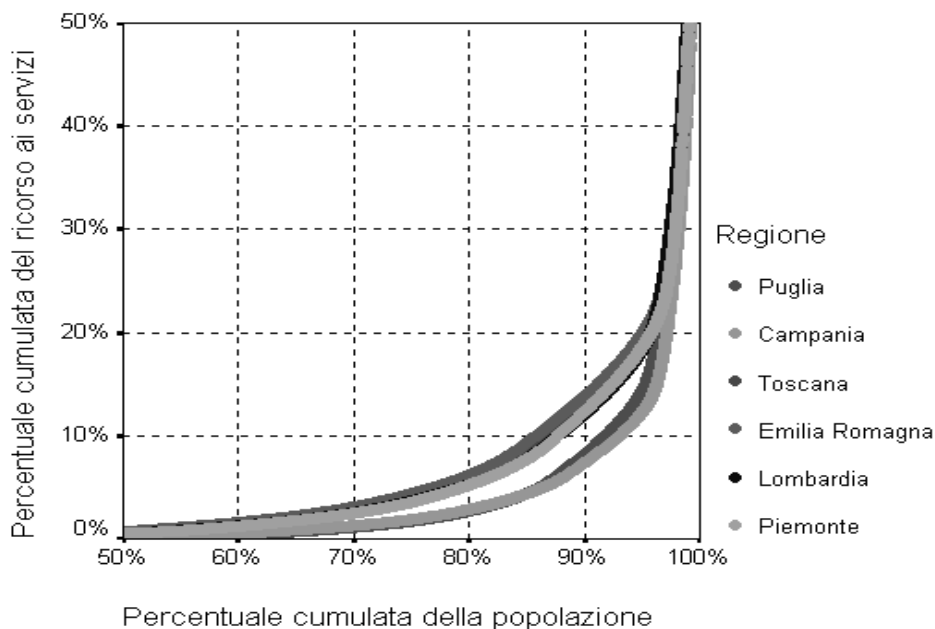
Questa ipotesi è confermata dall'andamento dell'indice di concentrazione del ricorso ai servizi (Grafici 4 e 5): la concentrazione del ricorso, seppur non molto differente da regione a regione, è comunque massima nelle regioni meridionali (94.4 per cento in Campania, 93.8 per cento in Puglia) e decresce nelle regioni dove è inferiore il livello medio di ricorso (90.8 per cento in Friuli Venezia Giulia, 91.1 per cento in Emilia Romagna).

**Grafico 4 - Indice di concentrazione del ricorso ai servizi per regione**



Osservando le singole componenti del ricorso ai servizi risultano interessanti differenze nel mix dei servizi erogati dalle regioni: a fronte di un'ospedalizzazione più elevata nelle regioni meridionali si osservano nelle stesse una bassa prevalenza di utilizzatori di farmaci, uno scarso ricorso a visite odontoiatriche (sia a pagamento che non) ed un elevato numero di visite cardiologiche per abitante. Nel Centro-Nord invece alla bassa ospedalizzazione corrisponde l'elevato ricorso ai farmaci, pronto soccorso, visite odontoiatriche.

**Grafico 5 - Curva di Lorenz dell'indice di ricorso ai servizi sanitari di alcune regioni**



Il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale è massimo nell'Italia nord-orientale e nel Sud (16.5 per cento delle persone vaccinate nell'anno precedente all'intervista in Friuli Venezia Giulia, 14.8 per cento in Puglia), mentre raggiunge il minimo nelle regioni nord occidentali, (12.3 per cento in Liguria). Da tale analisi risultano associazioni tra l'andamento dei livelli di utilizzo di diversi servizi nelle regioni. Tra le associazioni più forti vi è quella negativa tra il ricorso ai farmaci e l'ospedalizzazione, e quella positiva del ricorso a visite mediche ed accertamenti diagnostici.

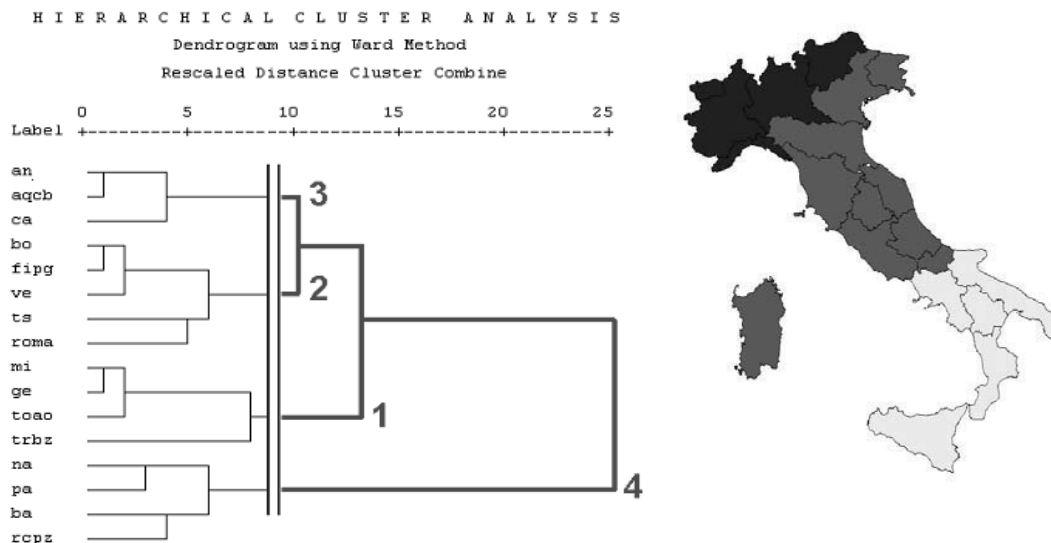
**Prospetto 4 - Livelli medi di ricorso ai servizi sanitari, standardizzati sulla popolazione italiana per età e sesso**

	Ricorso a farmaci		Ricoveri		Ricorso a pronto soccorso		Ricorso a riabilitazione		Visite mediche		Accertamenti diagnostici	
	per 1000 residenti	punteggio z	per 1000 residenti	punteggio z	per 1000 residenti	punteggio z	per 1000 residenti	punteggio z	per 1000 residenti	punteggio z	per 1000 residenti	punteggio z
Piemonte	347	0,44	143	-1,46	268	0,25	668	-0,90	473	0,03	173	-1,51
Valle Aosta	301	-1,02	148	-1,28	211	-0,73	1084	0,71	401	-1,35	180	-1,26
Lombardia	359	0,84	190	0,13	267	0,24	927	0,10	466	-0,10	210	-0,21
Bolzano	246	-2,75	159	-0,92	316	1,09	554	-1,34	361	-2,14	169	-1,67
Trento	339	0,19	150	-1,20	294	0,71	704	-0,76	501	0,58	223	0,26
Veneto	372	1,25	194	0,26	336	1,44	1188	1,11	494	0,43	248	1,13
Friuli Venezia Giulia	359	0,81	179	-0,24	297	0,76	1158	0,99	488	0,32	217	0,03
Liguria	355	0,70	183	-0,10	261	0,14	810	-0,35	446	-0,49	181	-1,22
Emilia Romagna	375	1,34	162	-0,81	305	0,90	944	0,17	577	2,05	250	1,20
Toscana	357	0,75	152	-1,16	283	0,52	977	0,29	504	0,63	246	1,06
Umbria	359	0,81	158	-0,94	330	1,33	705	-0,76	481	0,19	227	0,39
Marche	330	-0,09	198	0,41	290	0,63	1498	2,31	470	-0,02	221	0,20
Lazio	337	0,12	183	-0,09	249	-0,07	1226	1,26	503	0,61	233	0,62
Abruzzo	331	-0,07	246	2,01	256	0,04	846	-0,21	471	0,00	217	0,03
Molise	334	0,04	205	0,64	209	-0,76	873	-0,11	470	-0,03	199	-0,58
Campania	316	-0,53	174	-0,41	155	-1,71	560	-1,32	394	-1,50	268	1,87
Puglia	289	-1,39	222	1,19	134	-2,06	766	-0,52	409	-1,20	194	-0,78
Basilicata	295	-1,21	228	1,39	141	-1,94	726	-0,68	489	0,33	213	-0,11
Calabria	336	0,11	224	1,28	250	-0,06	696	-0,79	565	1,82	225	0,32
Sicilia	306	-0,86	195	0,29	233	-0,35	689	-0,82	439	-0,63	252	1,29
Sardegna	349	0,51	216	1,01	232	-0,36	1313	1,59	496	0,47	186	-1,06

L'analisi fin qui svolta evidenzia come nelle regioni italiane si siano sviluppate attitudini di consumo sanitario in parte differenti. L'analisi dei *cluster* riportata di seguito consente di raggruppare le regioni che presentano un pattern di utilizzo di servizi sanitari simile e di evidenziare le principali differenze tra i vari gruppi. Dall'analisi risultano evidenti 4 gruppi di regioni (grafico 6) che comprendono:

- 1) Piemonte, Val D'Aosta, Liguria, Lombardia, Trentino Alto Adige
- 2) Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio
- 3) Marche, Abruzzo, Molise, Sardegna
- 4) Calabria, Basilicata, Puglia, Sicilia, Campania

**Grafico 6 - Risultati dell'analisi dei cluster**



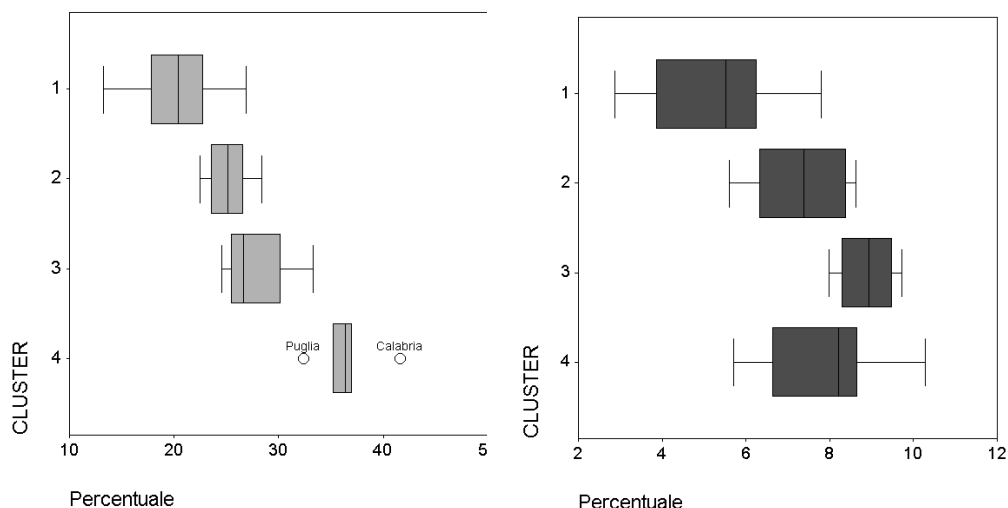
L'ultimo gruppo è quello che si stacca maggiormente dal resto delle regioni; lo segue il primo, mentre il secondo ed il terzo sono tra di loro meno distinti. All'interno dei gruppi la differenza più rilevante è quella del Trentino Alto Adige nel primo.

È sorprendente come tali *cluster* risultino caratterizzati dalla contiguità geografica delle regioni che li compongono, contiguità che, si osservi, non era per nulla elemento vincolante dell'analisi. I gruppi si caratterizzano anche per livelli simili di condizioni economiche (stimata dalla percentuale che giudica negativamente il livello economico familiare), e di salute (misurata dalla percentuale di persone che dichiarano di stare male o molto male), che a parte l'ultimo *cluster*, ha un andamento simile a quello delle condizioni economiche.

**Grafico 7 - Box plot per cluster della percentuale di persone che giudica negativamente la propria situazione economica (A) e che si sente male o molto male (B)**

**A- % con risorse economiche insufficienti**

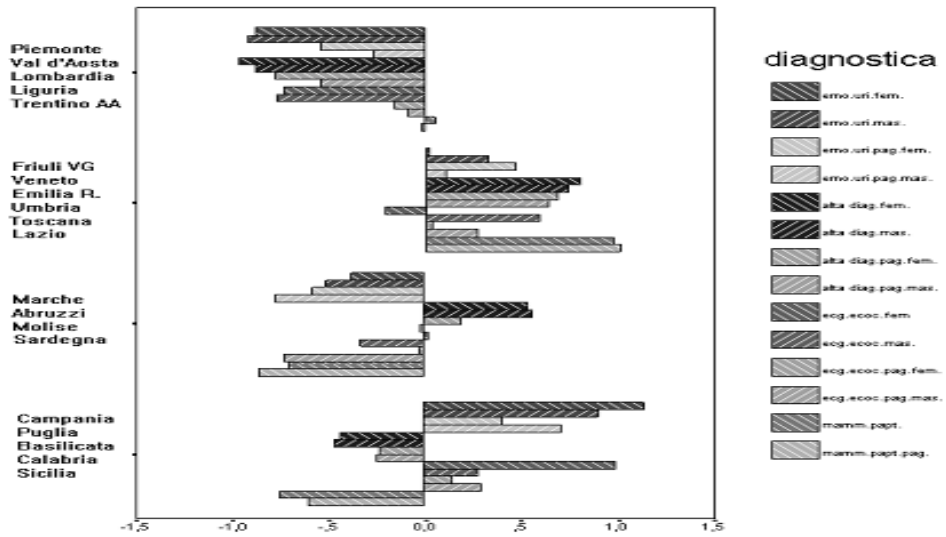
**B- % che si sente male o molto male**



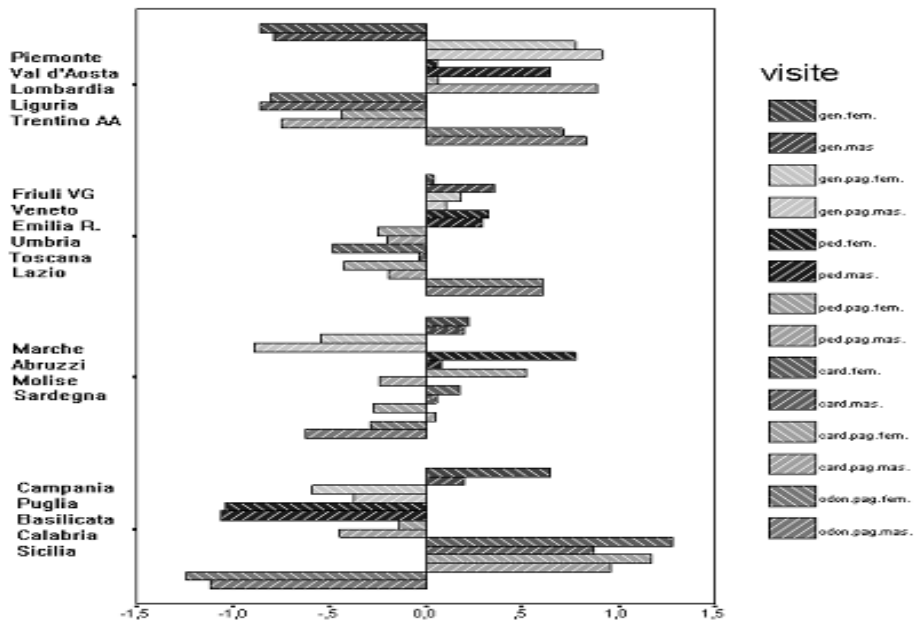
Osservando l'andamento del ricorso ai servizi sanitari nei *clusters* individuati è possibile osservare la composizione delle prestazioni erogate ed evidenziare le principali differenze tra le regioni italiane (Grafico 8). Il primo *cluster*, composto dalle regioni del Nord-Ovest ed il Trentino Alto Adige, si caratterizza per basso ricorso a tutti i tipi di diagnostica, andamento opposto a quello evidenziato nel secondo *cluster* (composto dalle regioni del Nord-Est e parte del Centro) dove il ricorso agli accertamenti è tra i più elevati. Questi *clusters* sono invece simili in termini di visite mediche ed ospedalizzazione, mentre il secondo mostra un maggior ricorso alle vaccinazioni antinfluenzali. I primi due *cluster*, comprendenti Nord e parte dell'Italia centrale, superano i restanti due, composti da Sud e Isole e da Nord-Est e Centro, nel ricorso a visite generiche ed odontoiatriche a pagamento, a mammografie e pap-test ed a terapie non convenzionali, mentre un andamento opposto ha il ricorso a visite cardiologiche a pagamento e non, massimo nel Centro -Sud del paese. Il ricorso a farmaci è in media nel primo e terzo *cluster*, mentre vede contrapposto il secondo ed il quarto *cluster*, con una maggior quota di consumatori di farmaci nel Nord-Est e parte dell'Italia centrale rispetto al resto del Centro e Sud del paese. Infine il quarto *cluster*, composto dalle regioni meridionale e dalla Sicilia, mostra livelli di ricorso ad accertamenti diagnostici di base (analisi del sangue ed urine) e ad ecografie più elevati rispetto al primo e terzo *cluster*, mentre il ricorso ad esami di alta diagnostica ed a visite pediatriche è sotto la media.

Grafico 8 - Punteggi medi standardizzati assunti per cluster e tipo di servizio sanitari

A- Diagnostica

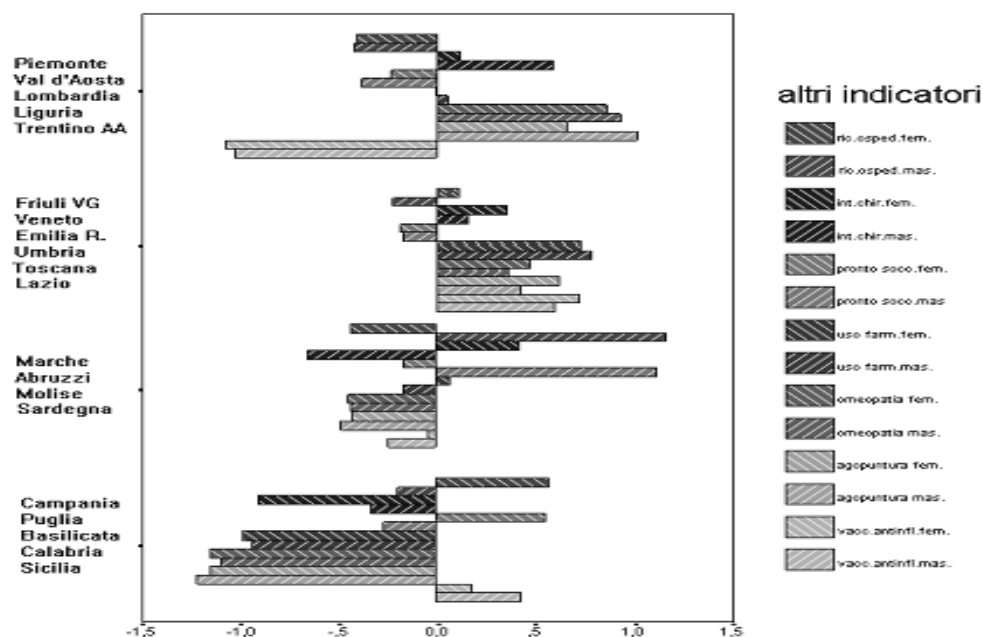


B- Visite





#### D- Schema riassuntivo



<i>Clusters</i>	<i>Ospedate</i>	<i>Visite mediche</i>	<i>Diagnostica</i>	<i>Altro</i>
Piemonte Val d'Aosta Lombardia Liguria Trentino AA	<i>Meno ricoveri</i> <i>Meno PS</i> <i>Più int. chir.</i>	<i>Meno gener. grat.</i> <i>Più gener. pagam</i> <i>Meno cardiol.</i> <i>Più ped. e odont.</i>	<i>Di meno tutti gli esami diagnostici</i>	<i>Più med. altern.</i> <i>Meno vaccin.infl.</i>
Friuli VG Veneto Emilia R. Toscana Umbria Lazio	<i>Ricoveri in media</i> <i>Meno PS</i> <i>Più int. chir.</i>	<i>Meno pediat. Pag.</i> <i>Meno cardiol.</i> <i>Poco più il resto</i>	<i>Di più tutti gli esami diagnostici</i>	<i>Più med. altern.</i> <i>Più vaccin.infl</i> <i>Più farmaci</i>
Marche Abruzzi Molise Sardegna	<i>Tutto contraddittorio nei due sessi</i>	<i>Meno tutte le visite a pagamento</i>	<i>Più l'alta diagn.</i> <i>Meno il resto</i>	<i>Meno med. altern.</i>
Campania Puglia Basilicata Calabria Sicilia	<i>Meno int. chir.</i> <i>Più ricov. e PS nei maschi e meno nelle femm.</i>	<i>Più gener. grat.</i> <i>Più cardiol.</i> <i>Meno il resto.</i>	<i>Meno alta diagnostica e prev. femm.</i> <i>Più il resto.</i>	<i>Molto meno med. altern.</i> <i>Più vaccin.infl.</i> <i>Meno farmaci</i>

## **Conclusioni**

L'erogazione dell'assistenza si differenzia tra le regioni oltre che quantitativamente anche per concentrazione e per tipologia. Le regioni vicine geograficamente sembrano avere modelli di erogazione dei servizi simili. A determinare le differenze nell'uso dei servizi giocano un ruolo, oltre che i differenti modelli organizzativi, l'esistenza di diverse realtà economiche, storiche e culturali, nonché ovviamente il diverso stato di salute della popolazione e quindi i loro bisogni.

L'Indagine Istat sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000" consente di descrivere il ricorso a diversi servizi, di connotarne i determinanti e di compararne il livello tra le varie regioni italiane.

Dal punto di vista metodologico queste conclusioni possono suggerire l'adozione di modelli multi livello, componendo l'effetto area, in tutte le analisi delle associazioni tra variabili anche all'interno dell'intera nazione. Infatti alcune associazioni potrebbero essere spurie e dipendere dalla regionalizzazione dei fenomeni stessi.

Analisi di questo tipo diventeranno sempre più interessanti proprio nell'ottica del probabile sviluppo di Sistemi sanitari regionali sempre più diversificati. Le analisi delle dinamiche del Ssn non dovrebbero ignorare la sua articolazione nei diversi sotto sistemi e dovrebbero invece evidenziare se i cambiamenti osservati portino ad aumentare o a ridurre la forbice tra le aree in termini di qualità; c'è infatti il rischio di giudicare magari del tutto positivo un miglioramento che però aumenta eccessivamente la non equità geografica, o non positivo un cambiamento che, destinato a ridurre la non equità, non abbia potuto contestualmente migliorare il livello qualitativo medio.

È indispensabile monitorare in tal senso l'avvio e la realizzazione del progetto federalista che, nell'ipotesi ottimista, dovrebbe riuscire a dare migliori risposte locali, aumentando così l'omogeneità e l'equità dei sotto sistemi regionali. Le ipotesi pessimistiche, invece, paventano l'opposto e le analisi quantitative dovrebbero quindi avere il ruolo di dare risposte non ideologiche all'impatto delle politiche federaliste nel sistema salute in Italia.



# LA VALUTAZIONE DELLE POLITICHE SANITARIE REGIONALI ATTRAVERSO GLI INDICATORI DELL'INDAGINE "CONDIZIONI DI SALUTE E RICORSO AI SERVIZI SANITARI"

*G. Accetta<sup>1</sup>, M. Biocca<sup>2</sup>, E. Borghi<sup>2</sup>, N. Caranci<sup>2</sup>, C. Cislaghi<sup>3</sup>, S. Forni<sup>3</sup>, G. Frasca<sup>2</sup>, C. Galassi<sup>2</sup>, M. P. Giorio<sup>4</sup>, G. Luppi<sup>2</sup>, P. Michelozzi<sup>1</sup>, C. A. Perucci<sup>1</sup>, F. Repetto<sup>2</sup>, A. Solipaca<sup>5</sup>, C. Tasco<sup>6</sup>, A. Zacchia Rondinini<sup>2</sup>, C. Zocchetti<sup>6</sup>*

## **Premessa**

La disponibilità di informazioni, dati e indicatori nel Servizio sanitario è una delle condizioni per poter effettuare valutazioni e confronti tra le diverse realtà e identificare le tendenze temporali; una buona qualità e l'omogeneità del dato rappresentano una caratteristica fondamentale per tali confronti.

Molti dati sono disponibili in forma corrente da fonte amministrativa grazie alle diverse rilevazioni e indagini condotte nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e regionale. In questo patrimonio informativo ricordiamo principalmente le rilevazioni su:

- Schede di dimissione ospedaliera (Sdo)
- Attività specialistica ambulatoriale
- Prestazioni farmaceutiche
- Materno infantile (Certificati di assistenza al parto, Aborti spontanei, Interruzioni volontarie di gravidanza) ed altre, ancora in corso di costruzione presso le singole regioni. Queste componenti dei flussi informativi sanitari si

---

<sup>1</sup>Dipartimento di epidemiologia Asl Rm/E – Regione Lazio

<sup>2</sup>Agenzia regionale di sanità, Regione Emilia Romagna

<sup>3</sup>Agenzia regionale di sanità, Regione Toscana

<sup>4</sup>Assessorato alla sanità, Regione Veneto

<sup>5</sup>Direzione centrale per le indagini sulle istituzioni sociali – ISTAT

<sup>6</sup>Osservatorio epidemiologico – Regione Lombardia

limitano spesso ad indagare la sola attività del servizio pubblico dal punto di vista dell'offerta e dell'erogazione delle prestazioni.

L'Indagine campionaria dell'Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000"<sup>7</sup> permette di migliorare le conoscenze in alcuni settori e sondarne di nuovi. In particolare, pare utile evidenziare i punti di forza, gli aspetti critici e le prospettive che nascono da questa attività sia in relazione ai contenuti informativi che ad aspetti metodologici.<sup>8</sup>

## **1. I punti di forza dell'indagine**

L'Indagine Istat sulle condizioni di salute è ricca di informazioni utili alle politiche a livello locale e nazionale. In particolare, tra i punti di forza si possono indicare:

- Disponibilità di informazioni non altrimenti reperibili in modo sistematico a livello nazionale, alcune delle quali di particolare rilevanza per le politiche e per la possibilità di garantire il confronto tra regioni, anche per una lettura di carattere valutativo, in quanto fonte omogenea per le informazioni su domanda ed offerta di servizi sanitari. Le diverse aree territoriali italiane sono infatti differenziate per modalità di accesso ai servizi, per condizioni socio-economiche di base e per stili di vita che possono influenzare la fruizione;
- Disponibilità di informazioni utili per la valutazione di obiettivi per la programmazione sanitaria (ad esempio Lea – Livelli essenziali di assistenza);
- Integrazione delle informazioni dei flussi di dati già disponibili attraverso informazioni aggiuntive.
- Possibilità di monitorare fenomeni con forti risvolti sociali grazie anche ad un doppio livello di lettura individuale e familiare fornito dall'indagine.

### *1.1. Disponibilità di informazioni non altrimenti reperibili a livello nazionale Salute percepita*

La salute percepita è rilevata mediante un quesito generale, condiviso e confrontabile a livello internazionale (Oms). Le modalità di risposta sono graduate in una scala verbale a 5 valori che vanno da "Molto bene" a "Molto male" (Grafico 1 e Grafico 2). È inoltre somministrato il questionario SF12<sup>9</sup> composto da una batteria di dodici domande relative ad aspetti specifici dello stato di salute (limitazioni, dolore fisico, vitalità, stato emotivo, ecc.). Tale strumento consente di cogliere il carattere

---

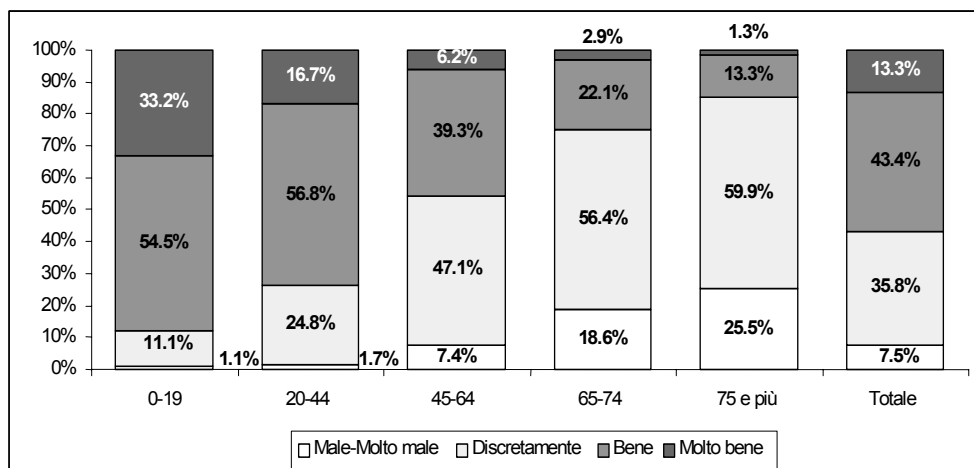
<sup>7</sup> L'indagine sulle Condizioni di salute è stata progettata dall'Istat in collaborazione con il Ministero della salute, l'Istituto superiore di sanità, il Cisis e le Regioni.

<sup>8</sup> Le possibilità di utilizzo dei dati a livello territoriale che sono qui presentate si riferiscono, a titolo esemplificativo, alla regione Emilia-Romagna.

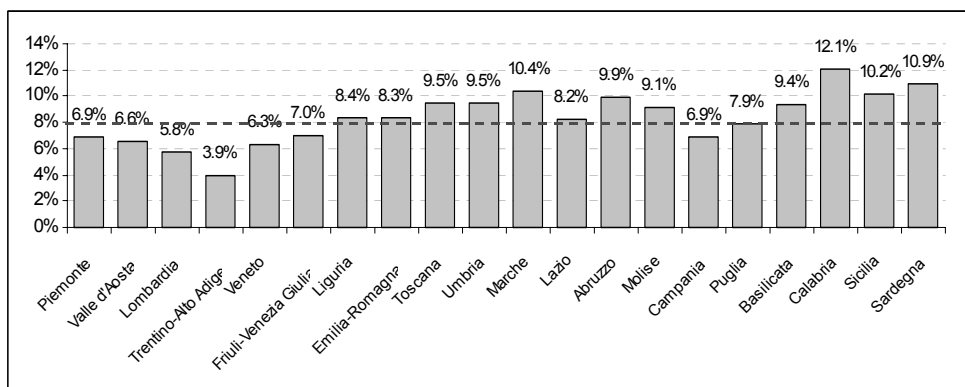
<sup>9</sup> Confrontare Istat "Le condizioni di salute della popolazione", Cap. 1 – Collana Informazioni n. 12/2002

multidimensionale dello stato di salute e di rappresentarlo sinteticamente mediante due indici, di Stato Fisico (PCS) e di Stato Psicologico (MCS).

**Grafico 1 - Persone secondo lo stato di salute dichiarato per classi di età - Regione Emilia-Romagna - Anni 1999-2000 (composizione percentuale)**



**Grafico 2 - Persone che hanno dichiarato di stare male/molto male per regione, confronto con il dato Italia - Anni 1999-2000**

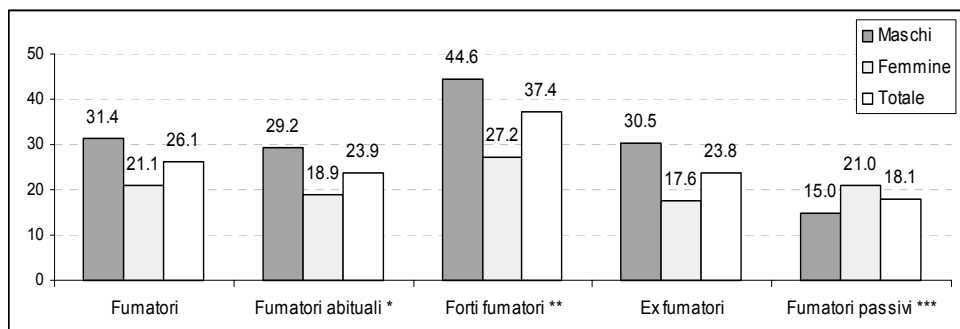


*Esposizione a fattori di rischio, stili di vita: sovrappeso e obesità, inattività fisica, tabagismo*

Il questionario dell'indagine Istat sulla salute rileva molte informazioni utili per individuare i soggetti potenzialmente a rischio per patologie legate a stili di vita scorretti. Le informazioni relative ad altezza e peso consentono di monitorare obesità e sovrappeso nella popolazione. Inoltre è possibile ricavare indicazioni sull'abitudine

al fumo (numero di fumatori, ex-fumatori, potenziali fumatori passivi in famiglia, età di inizio al fumo, numero sigarette fumate, ecc.) e sull'attività fisica. In particolare è possibile misurare la quota di persone inattive, vale a dire che non praticano attività fisica regolare (di tipo intensivo, moderato o leggero) e neppure svolgono lavori, anche in ambiente domestico, con un rilevante impegno fisico (Grafico 3 e Grafico 4).

**Grafico 3 - Persone per abitudine al fumo e sesso. Regione Emilia-Romagna - Anni 1999-2000**

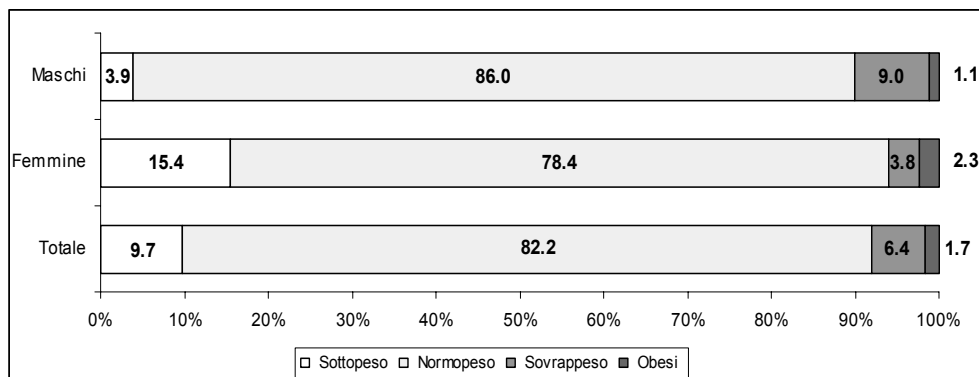


\* Persona che fuma regolarmente tutti i giorni. Per 100 persone di 14 anni e più.

\*\* Persona che fuma 20 e più sigarette al giorno - Per 100 fumatori abituali.

\*\*\* Per fumatore passivo "potenziale" in famiglia si intende una persona non fumatrice che convive con almeno un fumatore. Per 100 persone.

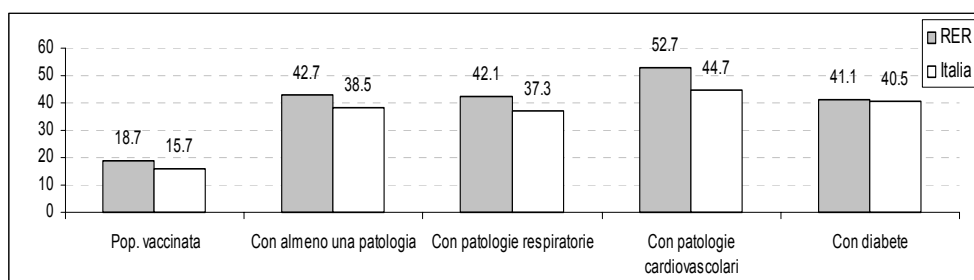
**Grafico 4 - Persone di 18 anni e più secondo l'indice di massa corporea e sesso Regione Emilia-Romagna - Anni 1999-2000 (per 100 persone dello stesso sesso)**



*Prevenzione: vaccinazioni non obbligatorie nei bambini, vaccinazioni antinfluenzali negli anziani, prevenzione femminile*

L'indagine consente di monitorare, a livello regionale, il livello di copertura di alcune vaccinazioni non obbligatorie (pertosse, rosolia, morbillo, ecc..) per valutare lo scostamento dagli obiettivi prefissati dal Piano Sanitario Nazionale ed individuare le differenze territoriali nella diffusione di questa misura di prevenzione. Analogamente si può stimare il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale (Grafico 5) in particolare per le fasce di popolazione a rischio (soggetti anziani, persone affette da specifiche patologie croniche).

**Grafico 5 - Persone di 18 anni e più e persone a rischio che nei dodici mesi precedenti l'intervista hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale. Confronto Italia e Regione Emilia-Romagna - Anni 1999-2000**



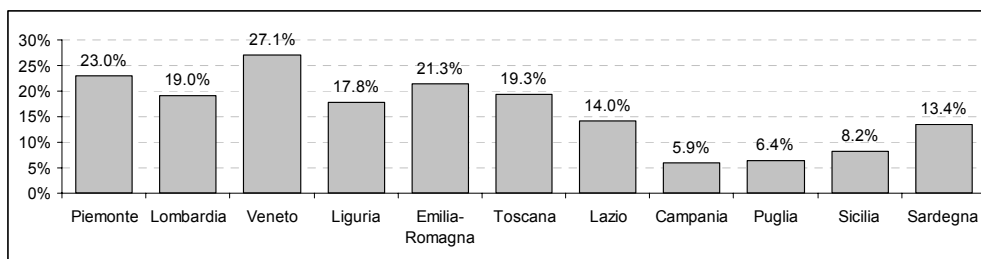
L'indagine consente inoltre di approfondire altri temi come la prevenzione femminile. In particolare si rende possibile non solo stimare il livello di copertura di esami per la prevenzione dei tumori femminili ma anche valutare lo scostamento dai protocolli per quanto riguarda l'età di inizio e la frequenza dei controlli (confronta. cap.5 nello stesso volume).

#### *Terapie non convenzionali*

L'uso delle terapie non convenzionali è un fenomeno ancora poco esplorato e di recente diffusione (Grafico 6). È possibile, mediante l'indagine sulla salute, ottenere stime sui livelli di consumo, peraltro in continua espansione ed avere informazioni sulle opinioni circa questi metodi di cura. È possibile inoltre conoscere le motivazioni del ricorso e gli eventuali benefici ottenuti mediante l'uso di questo tipo di trattamenti.



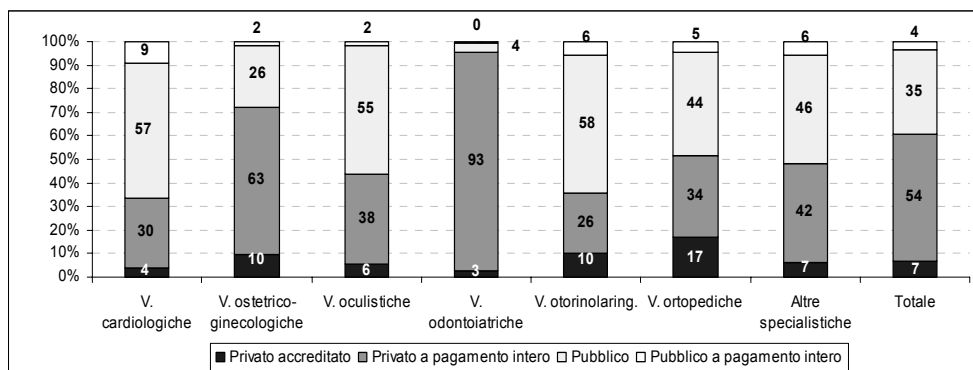
**Grafico 6 - Persone che dichiarano di aver fatto ricorso alle terapie non convenzionali negli ultimi tre anni per alcune regioni. Anni 1999-2000 (tassi standardizzati per età)**



### *Servizi erogati dalle strutture private*

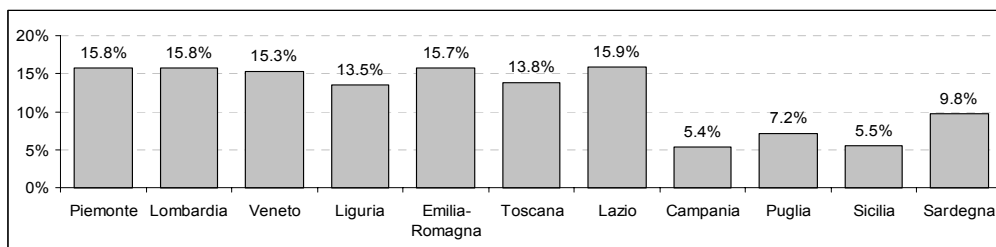
L'indagine Istat sulle condizioni di salute è, al momento, l'unico strumento in grado di stimare la quota di prestazioni private in tutti gli ambiti del consumo sanitario. Le rilevazioni delle Regioni, infatti, non includono informazioni sui servizi interamente a carico del cittadino che sono erogati da enti ed istituzioni privati. Queste informazioni sono invece anch'esse indispensabili per la programmazione sanitaria degli enti locali, soprattutto in settori per i quali, a causa della fortissima presenza del privato, si ha scarsa conoscenza circa le dimensioni complessive del fenomeno (ad esempio, le visite odontoiatriche) (Grafico 7).

**Grafico 7 - Visite mediche per tipo di visita e tipo di specialista. Regione Emilia-Romagna. Anni 1999-2000 (Riferimento ultima visita nelle quattro settimane precedenti l'intervista)**



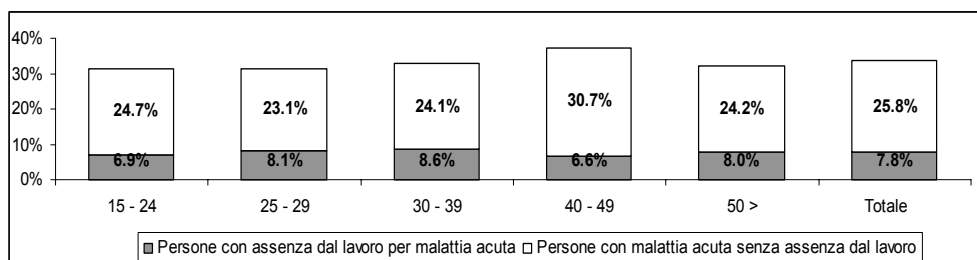
L'Indagine consente di approfondire altri temi quali il ricorso ad alcuni servizi (prestazioni specialistiche, diagnostiche e strumentali). Inoltre rende possibile stimare il ricorso ad ausili e apparecchi sanitari (protesi dentarie occhiali, ecc.). Tra le informazioni che non sono rilevate in nessun altro ambito vi sono inoltre le assicurazioni integrative e le polizze sanitarie (Grafico 8).

**Grafico 8 - Persone che dichiarano di aver sottoscritto una pensione integrativa o polizza sanitaria per alcune regioni. Anni 1999-2000 (Tassi standardizzati per età)**



Con l'indagine si raccolgono anche informazioni presenti in altre rilevazioni, ma arricchite in termini di contenuti informativi: è il caso delle assenze dal lavoro causate da malattie nelle ultime quattro settimane (Grafico 9). Il confronto dei dati con altre rilevazioni, in termini assoluti, appare molto coerente. Per questo, è possibile utilizzare questa indagine per determinare quali siano le principali patologie che influiscono maggiormente su questo fenomeno, quali fasce siano maggiormente colpite e quali siano le determinanti delle patologie (stili di vita).

**Grafico 9 - Persone di 15 anni e più occupate per presenza di malattie acute e assenze dal lavoro, nelle quattro settimane precedenti l'intervista. Regione Emilia - Romagna. Anni 1999-2000**



### 1.2 Disponibilità di informazioni per la programmazione sanitaria.

L'indagine fornisce informazioni per la programmazione sanitaria e per il monitoraggio delle politiche a livello regionale e nazionale. Alcuni ambiti di immediata applicazione dei dati sono ad esempio i Lea (*Livelli essenziali di assistenza*) ed i Piani per la salute.

a) Tra i Lea (*Livelli essenziali di assistenza*), vale a dire le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto ad offrire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale, sono individuabili alcuni parametri che si possono concretamente monitorare con questa rilevazione. Sono infatti previsti

nell'ambito della valutazione di contesto e della salute dei Livelli essenziali di assistenza (Lea – Decreto 12/12/2001 del Ministero della salute)<sup>10</sup> i seguenti indicatori:

- Speranza di Vita libera da disabilità alla nascita ed a 65 anni;
- Percentuale di popolazione obesa,
- Percentuale di fumatori in età uguale o superiore a 14 anni,
- Tasso di prevalenza di alcune malattie croniche – es. diabete, asma bronchiale e malattie allergiche, artrosi e artrite.

b) *Piani della Salute dell'Emilia-Romagna*. I Piani per la salute prevedono infatti che le politiche sanitarie debbano essere progettate “sulla base della situazione demografica, epidemiologica e socioeconomica che caratterizza un certo ambito territoriale”.

### *1.3 Integrazione delle informazioni dei flussi di dati già disponibili.*

Si è già fatto riferimento ad alcune fonti amministrative che offrono un potenziale informativo analogo a quello che si può avere dall'indagine Istat sulle condizioni di salute. Con questa indagine è però possibile ampliare la possibilità di analisi di dati che sono disponibili anche da fonte amministrativa, con informazioni di carattere epidemiologico e di ricorso ai servizi. Ad esempio, un evento quale il ricovero ospedaliero può essere indagato analizzandolo congiuntamente, non solo quelle caratteristiche anagrafiche e socio-economiche presenti nelle schede di dimissione ospedaliera, ma anche rispetto alla percezione dello stato di salute da parte del cittadino, alla presenza di malattie croniche, di invalidità e disabilità, al ricorso ad altri servizi quali visite mediche ed accertamenti diagnostici, all'uso di farmaci e così via.

Inoltre nell'indagine si rilevano informazioni su aspetti critici e qualità dell'assistenza ospedaliera, quali le motivazioni della migrazione sanitaria, l'assistenza da parte di familiari o di personale a pagamento, ecc..).

### *1.4 Possibilità di monitorare fenomeni con forti risvolti sociali*

L'indagine Istat sulle condizioni di salute è la principale fonte per stimare il fenomeno della disabilità in Italia ed a livello regionale (Grafico 10). Mediante strumenti utilizzati e condivisi a livello internazionale si individua la popolazione in condizione permanente di perdita o forte riduzione dell'autonomia nello svolgimento delle principali attività quotidiane. Fondamentale è la possibilità offerta dall'indagine

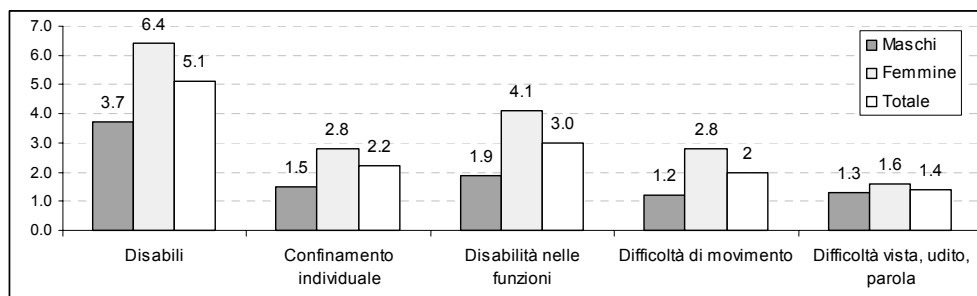
---

<sup>10</sup> Indicatori di risultato - Allegato 1 e Informazioni sullo stato di salute e sul contesto Allegato 2 Decreto Ministeriale 12.12.2001

di quantificare il livello di ricorso ai servizi sanitari dei soggetti disabili che, per evidenti ragioni, sono forti consumatori.

Inoltre, fin dagli anni ottanta, con l'indagine sono rilevati i principali tipi di invalidità (cecità, sordità, ecc.).

**Grafico 10 - Persone di 6 anni e più disabili per tipo di disabilità e sesso. Regione Emilia-Romagna. Anni 1999-2000**

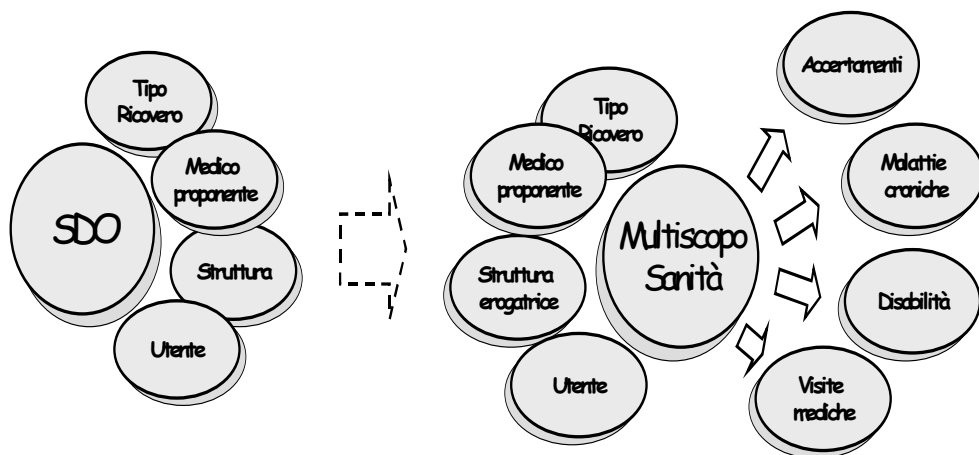


Inoltre la possibilità di disporre di informazioni su tutto il contesto familiare consente di individuare le situazioni di svantaggio o a rischio di esclusione sociale (es. famiglie monopersonali anziane, famiglie con disabili, nuclei monogenitoriali con minori, ecc.).

Rilevando contemporaneamente per tutti i componenti della famiglia un insieme di informazioni demografiche, sociali e sanitarie, l'indagine mette a disposizione una catena di informazioni che aiutano a studiare meglio le relazioni dei fenomeni nell'ambito del gruppo familiare (es. condizionamento degli stili di vita dei genitori su quello dei figli).

## 2. Gli aspetti critici dell'indagine

Nell'ottica di ottimizzare l'utilizzo della rilevazione per la programmazione sanitaria, si evidenziano alcuni aspetti critici dell'indagine soprattutto in relazione ai bisogni informativi a livello regionale e subregionale.



Tra i principali problemi sono da evidenziare la:

- Carenza informativa sul volume complessivo di consumi sanitari intera-mente a carico della persona e alla qualità del servizio erogato
- Definizione del livello subregionale di analisi
- Confrontabilità con altre fonti informative
- Frequenza delle rilevazioni e periodo di riferimento temporale dei fenomeni rilevati

### **2.1 Carenza informativa sul volume complessivo di consumi sanitari interamente a carico della persona e alla qualità del servizio erogato**

Ai fini della programmazione sanitaria regionale è importante che, oltre ad indagare sul comportamento dell'utenza nella fruizione delle singole prestazioni e servizi sanitari, quali visite mediche, accertamenti diagnostici, ricoveri ospedalieri e farmaci, si rilevi anche la spesa complessiva sostenuta da ciascun utente per il ricorso a tali servizi. Attualmente la differenza tra i periodi di rilevazione dei diversi servizi e le differenze nel metodo di rilevazione permettono solo in parte di avere una panoramica sull'accesso e il consumo sanitario in un determinato periodo di tempo.

Ad esempio, le visite e gli accertamenti diagnostici vengono rilevati in termini di quantità nelle ultime quattro settimane, con l'attribuzione della quota a pagamento intero ma vengono rilevati in termini di spesa e di tipo di struttura erogatrice in riferimento all'ultima visita o all'ultimo accertamento. Per tipologia di accertamento, in alcuni casi, risulta difficile comparare le informazioni tra loro per l'individuazione della quota di prestazioni erogate dal privato e la valutazione economica delle diverse tipologie di prestazione.

Inoltre alcune carenze relative ai consumi sanitari a carico del privato vanno ricondotte al diverso periodo di riferimento temporale delle varie voci (ad es. consumo di farmaci negli ultimi due giorni, visite mediche nelle ultime quattro settimane, ecc.) che non permette una ricostruzione coerente del quadro dei consumi del soggetto.

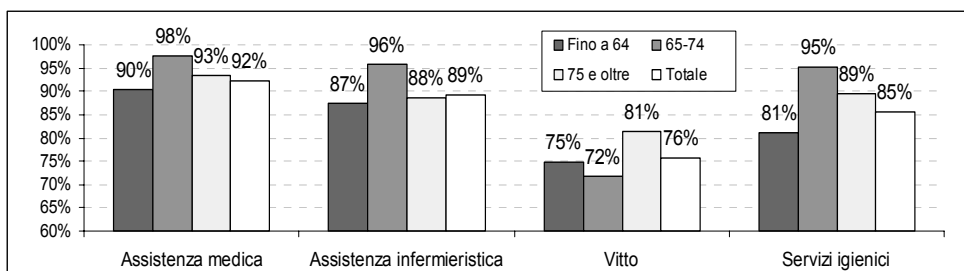
Sarebbe utile quindi progettare uno strumento più simile al “Libretto degli Acquisti” già utilizzato per l’Indagine Istat sui Consumi delle famiglie italiane approfondendo quantità e spese sostenute dall’utenza mediante una “scheda di rilevazione dei consumi sanitari”. Si otterrebbero in questo modo stime più precise dell’intero ammontare di alcuni fenomeni che attualmente vengono rilevate – mediante fonti amministrative - solo per la porzione erogata dalle strutture pubbliche.

Nella valutazione dell’intero ciclo dell’erogazione di un servizio, è molto utile per le amministrazioni pubbliche e private avere la possibilità di conoscere la percezione dei fruitori circa il servizio erogato.

Un primo parametro per la valutazione della qualità, già inserito nella rilevazione del 1999-2000, è il tempo di attesa intercorso tra la richiesta del servizio e la sua erogazione. Si potrebbe tuttavia intervenire sulla formulazione del quesito per stimare in modo più preciso il tempo di attesa effettivamente imputabile all’organizzazione delle strutture e non determinato da esigenze terapeutiche o altro.

Gli altri parametri da indagare, relativamente alle prestazioni erogate, sarebbero quelli della soddisfazione dell’utenza (in termini di assistenza medica ed infermieristica, vitto, servizi igienici, ecc.) e della comodità nell’accesso al servizio (distanza e difficoltà nel raggiungimento del luogo, comodità degli orari, presenza di code) (Grafico 11).

**Grafico 11 - Persone che dichiarano di essere molto o abbastanza soddisfatte dei seguenti aspetti del ricovero ospedaliero per classi di età – Anno 2000 – Regione Emilia-Romagna**



Fonte: Indagine Multiscopo Istat - “Aspetti della Vita Quotidiana”

Questi aspetti, per quanto riguarda le Asl ed i ricoveri ospedalieri, vengono già monitorati tramite l'Indagine multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana", i cui risultati attualmente non si possono integrare a livello di microdato con una ben più estesa fonte di informazione sanitaria quale risulta essere l'Indagine sulla salute. Sarebbe inoltre auspicabile che fosse indagata la soddisfazione dei fruitori anche per quanto riguarda altri tipi di Servizi sanitari territoriali (ad esempio, gli ambulatori per le visite mediche ed altri).

Nell'ottica di colmare le lacune informative cui si è fatto cenno, si potrebbe prevedere una revisione di alcuni ambiti tematici dell'indagine. Alcune parti potrebbero essere ridotte (ad esempio, le domande sui ricoveri ospedalieri che ricalcano parte delle informazioni già raccolte in sede amministrativa) a scapito di altre più utili per la programmazione economica e sanitaria (quantità, prezzi e tipologia dei servizi sanitari) e per la valutazione del servizio (il grado di soddisfazione nel ricorso ai servizi sanitari).

## **2.2 Definizione del livello subregionale di analisi**

Attualmente sono possibili elaborazioni sub regionali utilizzando, per ciascuna regione, la suddivisione dei comuni secondo una tipologia costruita in base ad ampiezza demografica e appartenenza all'area metropolitana<sup>11</sup>.

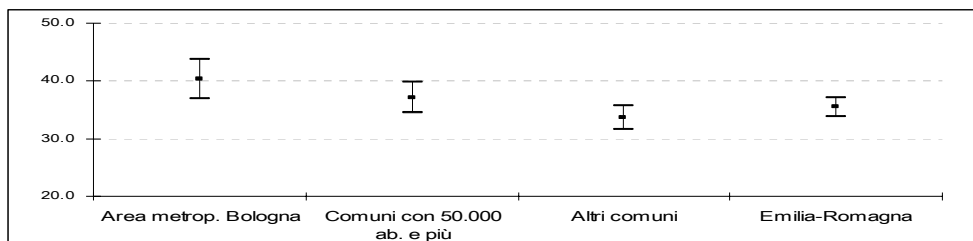
I dati sono utilizzabili previa verifica della distribuzione per età della popolazione. È infatti possibile, in qualche caso, riscontrare distorsioni tra la distribuzione riportata nei pesi e la distribuzione reale della popolazione in queste aree di analisi.

Un impegno non secondario dell'indagine ha riguardato la possibilità di disporre di dati a livello subregionale. Il campione ampliato in tutte le regioni ci mette in condizione di ipotizzare anche una lettura territoriale più approfondita di quella del solo livello regionale (Grafico 12).

---

<sup>11</sup> La tipologia comunale è ottenuta suddividendo i comuni italiani in sei domini: comuni centro dell'area metropolitana, comuni della periferia dell'area metropolitana, comuni fino a 2.000 abitanti, comuni tra i 2.001 e i 10.000 abitanti, comuni tra i 10.001 e i 50.000 abitanti, comuni oltre i 50.000 abitanti.

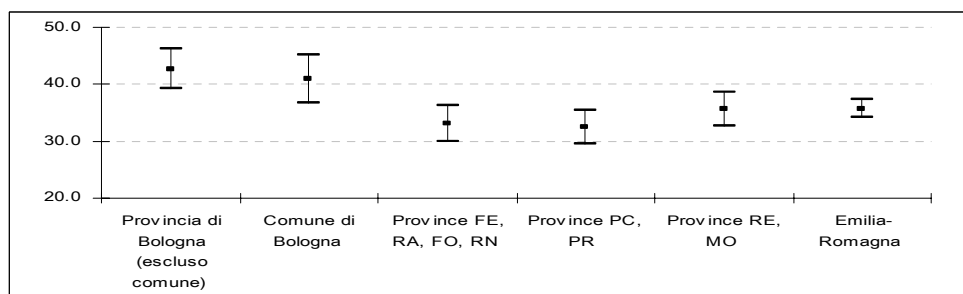
**Grafico 12 - Persone che hanno fatto ricorso a visite mediche nelle quattro settimane precedenti l'intervista per dominio. Regione Emilia-Romagna. Anni 1999-2000**



Per la programmazione regionale sarebbe necessaria un'articolazione territoriale che si spingesse fino alla singola Asl. Per venire incontro a questa esigenza informativa si è cercato di verificare se l'indagine mantenesse il suo potere descrittivo anche per raggruppamenti territoriali per i quali non fosse stata inizialmente disegnata.

Per alcune regioni che ne hanno fatto richiesta, in forma sperimentale, è stato possibile studiare e realizzare una diversa articolazione dei dati per gruppi di province. La ricostruzione a posteriori di un nuovo sistema di pesi si è rivelata utile e positiva (Grafico 13).

**Grafico 13 - Persone che hanno fatto ricorso a visite mediche nelle quattro settimane precedenti l'intervista per gruppi di province. Regione Emilia-Romagna Anni 1999-2000**



Si è quindi proceduto ad effettuare la prima serie di stime per "raggruppamenti di province", per quanto riguarda la regione Emilia-Romagna, e per "aree vaste", per quanto riguarda la regione Toscana. Si sono evidenziate in alcuni casi differenze significative nell'accesso ai servizi da parte degli utenti delle diverse aree, alcune delle quali importanti per quantificare quei fenomeni che altrimenti non troverebbero conferma in altra fonte informativa presente nelle pubbliche amministrazioni.

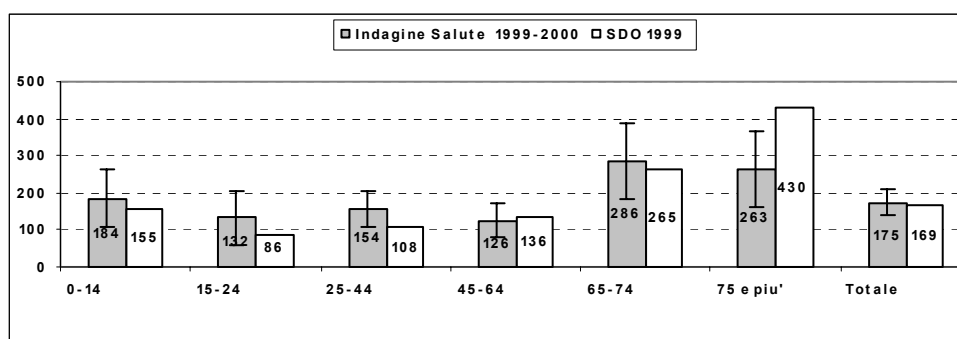


Nella prospettiva di migliorare la capacità informativa a livello sub regionale, sarebbe necessario che l'Istat indicasse i domini di analisi possibili, ma soprattutto i fenomeni per i quali si presenta una numerosità abbastanza rilevante da permettere analisi per province o aree territoriali vaste. È infatti già stato riscontrato che alcuni fenomeni rilevati hanno numerosità così esigue ed intervalli di confidenza così ampi (ad esempio, il ricorso all'assistenza domiciliare) da non consentire letture neppure a livello regionale. Occorrerebbe inoltre proseguire a coinvolgere le Regioni fin dalla fase di progettazione dell'indagine per identificare a priori le aree sub regionali di interesse per la programmazione locale.

### 2.3 Confrontabilità con altre fonti informative

Sono stati effettuati alcuni confronti tra fonti di natura amministrativa, quale la Scheda di dimissione ospedaliera Sdo (dimissioni ordinarie per acuti, riabilitazione e nascita), ed i risultati ottenuti dall'indagine sulle condizioni di salute nell'ambito dei ricoveri. Le due fonti sono coerenti per quanto riguarda i dati complessivi a livello nazionale e regionale. I tassi di dimissione ospedaliera, considerando i ricoveri annui, mostrano invece qualche incoerenza solo per alcune regioni quando sono confrontati per fascia di età decennale. In particolare, nel confronto con i dati rilevati dalla fonte regionale emiliano-romagnola vi è una difficoltà da parte dell'indagine a cogliere il picco dei ricoveri nelle classi molto anziane (persone con 75 anni e più) che usufruiscono in maniera più massiccia di questo servizio. Il dato è comunque coerente (gli intervalli di confidenza della stima includono il dato Sdo 1999) se si considerano le fasce di età anziana aggregata nell'unica classe di 65 anni e più (Grafico 14).

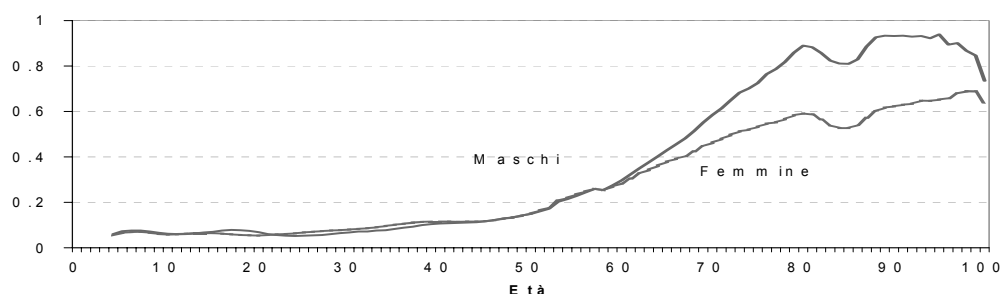
**Grafico 14 - Tassi di ospedalizzazione per 1000 persone – Confronti tra le stime intervallari derivanti dall'indagine Condizioni di Salute 1999-2000 e dati SDO 1999. Regione Emilia-Romagna**



Per quanto riguarda i dati relativi al consumo di farmaci è difficile operare qualunque tipo di confronto per la diversità delle fonti considerate. Analizzando i dati di spesa relativi alla Regione Lombardia e prodotti dalla stessa si evidenzia che, escludendo tutta la spesa non finanziata dal Ssr, gli uomini consumano più delle

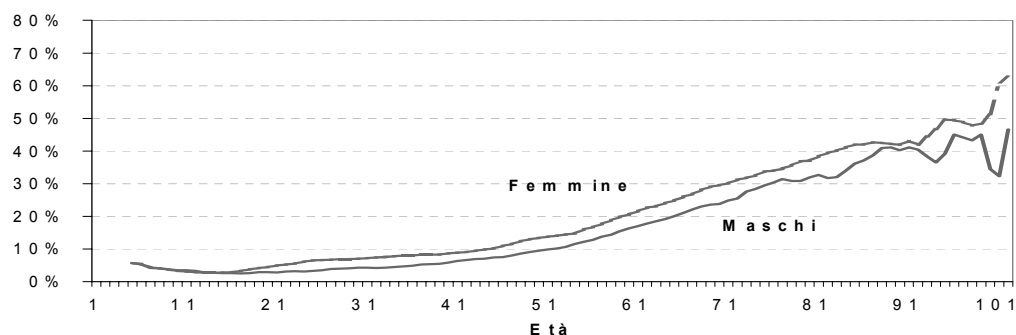
donne, mentre nell'Indagine Istat sulla salute (che rileva anche l'uso di farmaci non a carico del Ssr) sarebbero le donne consumatrici maggiori di farmaci rispetto agli uomini: è una differenza che merita di essere approfondita, anche se è ben noto che le due rilevazioni messe a confronto misurano aspetti completamente differenti (Grafico 15 e Grafico 16).

**Grafico 15 - Coefficienti di consumo totale di farmaci per sesso ed età. Regione Lombardia – Anno 2000**



Fonte: Regione Lombardia

**Grafico 16 - Coefficienti di consumo totale di farmaci per sesso ed età. Regione Lombardia. Anni 1999-2000**



Fonte: Elaborazione Regione Lombardia su dati Istat

## 2.4 Frequenza delle rilevazioni e periodo di riferimento temporale dei fenomeni rilevati

La rilevanza strategica dei dati raccolti e l'importanza degli stessi per i confronti tra regioni indicano una forte necessità di diminuire la distanza temporale tra le rilevazioni. Sarebbe auspicabile dedicare attenzione all'evolversi dei sistemi sanitari con maggior frequenza, come già avveniva in passato quando la cadenza delle rilevazioni era più ravvicinata (1980, 1983, 1986-87, 1990-91, 1994). Ciò consentiva un monitoraggio continuativo dei fenomeni e dei cambiamenti nel sistema sanitario italiano che attualmente sono sempre più frequenti. Per poter effettuare valutazioni di impatto economico dei cambiamenti e per poter stimare il potenziale di utenza che

essi coinvolgono, molte delle informazioni contenute nell'indagine risultano infatti essenziali.

Per quanto riguarda i consumi sanitari a carico del privato il diverso periodo di riferimento temporale delle varie voci (ad esempio consumo di farmaci negli ultimi due giorni, visite mediche nelle ultime quattro settimane, eccetera) non permette una ricostruzione coerente del quadro complessivo dei consumi del soggetto. Il problema non è di facile soluzione perché l'arco temporale di riferimento ottimale varia in funzione dei diversi fenomeni da rilevare. Periodi troppo lunghi (es. consumo di farmaci nell'ultimo anno) potrebbero condurre a sottostimare fenomeni per problemi di ricordo; al contrario per alcuni eventi non troppo frequenti un riferimento temporale troppo breve può determinare l'inclusione impropria (il cosiddetto effetto *telescoping*).

### **3. Prospettive dell'indagine**

L'indagine Istat sulle Condizioni di Salute 1999-2000 dovrebbe essere considerata per la ricchezza di informazioni come l'inizio di una nuova serie di rilevazioni ad uso sistematico sia a livello nazionale che regionale. Sarebbe auspicabile una partecipazione attiva di tutte le Regioni, titolari della programmazione sanitaria del proprio territorio, per produrre informazioni sempre più confrontabili evitando onerose duplicazioni.

È quindi molto importante mantenere l'unitarietà e l'omogeneità della rilevazione su tutto il territorio nazionale al fine di garantire la confrontabilità tra regioni per:

- evidenziare le specificità dei bisogni di ciascuna area territoriale;
- mettere in luce le differenze nei consumi;
- fotografare, laddove sia possibile, la diversità nelle politiche sanitarie realizzate in ambito locale per rispondere alle esigenze della propria utenza.

L'Indagine Istat sulle condizioni di salute, già inserita nel Programma statistico nazionale 2003-2005, richiede strategie più generali, che garantiscano da un lato la disponibilità di dati a livello europeo, dall'altro la possibilità di ricavare indicazioni su problematiche specifiche e peculiari della singola regione italiana, con indagini ad hoc o con questionari aggiuntivi a livello locale.

La possibilità che in singole Regioni o aree territoriali vengano realizzate indagini specifiche va considerata infatti come una potenziale fonte di informazioni complementari e più approfondite. È però essenziale che siano sempre tenuti in considerazione i criteri di confrontabilità con l'indagine nazionale.

Sarebbe utile migliorare il collegamento dell'indagine sulla salute con il sistema delle indagini multiscopo e programmare in accordo con le Regioni gli aspetti tematici da sviluppare nell'ambito dell'Indagine multiscopo annuale sugli Aspetti della vita quotidiana che costituisce uno strumento di aggiornamento continuativo di un sottoinsieme delle informazioni raccolte nella più estesa Indagine sulle condizioni

di salute. Questo lavoro potrebbe essere utilizzato per monitorare annualmente gli indicatori di ricorso ai servizi in modo più sintetico, per poterli poi approfondire con cadenza temporale più ampia mediante l'Indagine specifica sulle condizioni di salute. Gli indicatori sintetici dovrebbero essere individuati dall'Istat in collaborazione con le regioni, le quali potrebbero fornire indicazioni su un set di indicatori-base strategici per la programmazione nazionale e locale.

Sarebbe utile sperimentare l'integrazione dei dati delle Indagini multiscopo Istat con dati di indagini e rilevazioni correnti.

L'omogeneità di rilevazione ipotizzata nel sistema delle Indagini multiscopo Istat deve poter consentire un'analisi congiunta delle informazioni, laddove ci sia uniformità nelle domande poste e nelle classificazioni utilizzate. Sarà quindi ipotizzabile pensare che un'indagine sia un approfondimento o una sintesi di informazioni già rilevate in altra sede. È inoltre auspicabile la condivisione delle classificazioni (ad esempio per le malattie e per le tipologie di visita, accertamenti o altri servizi sanitari) con altre rilevazioni di ordine amministrativo. Sarebbe in tal modo possibile pensare all'indagine sulle condizioni di salute quale strumento di inferenza su caratteristiche sanitarie e sociali dell'utente non presenti all'interno dei sistemi informativi.



# SOCIETÀ E SALUTE: L'IMPATTO DELLE POLITICHE NON SANITARIE SULLA SALUTE E I POSSIBILI INDICATORI

---

Coordinatore: *G. Costa* - Università di Torino

---



## INTRODUZIONE

*G. Costa*<sup>1</sup>

### **1. La valutazione delle politiche**

La valutazione delle politiche è uno degli obiettivi più rilevanti che lo sviluppo delle nuove fonti informative sulla salute ha reso possibile. La valutazione, sia *ex ante*, in sede di scelta e progettazione degli interventi, sia *ex post*, in sede di valutazione del loro impatto, richiede infatti di essere fondata su un adeguato patrimonio di conoscenze, dove per adeguatezza si intendono la pertinenza al bisogno informativo, la validità scientifica del risultato, la tempestività e fruibilità dell'informazione trasmessa.

Le conoscenze necessarie sono di due tipi. Quanto sono frequenti e come si distribuiscono i problemi di salute e i loro determinanti è l'informazione necessaria per identificare problemi prioritari e per misurare i cambiamenti indotti dalle politiche. Quanto sono efficaci le soluzioni disponibili è l'informazione indispensabile per prevedere l'effetto atteso e scegliere, tra tutte le soluzioni possibili, quella che assicura il migliore rapporto tra i costi i rischi e i benefici.

Tralasciando questa seconda necessità conoscitiva, che è materia e competenza delle fonti di documentazione bibliografica e dei processi di costruzione di consenso scientifico intorno all'utilità delle soluzioni, è compito dell'informazione statistica sanitaria sostenere il primo tipo di bisogno di conoscenza: come si distribuiscono i problemi di salute e le loro cause.

---

<sup>1</sup> Dipartimento di sanità pubblica e di microbiologia - Università di Torino.

Si ringraziano Chiara Saraceno, Alberto Martini e Emanuele Ranci Ortigosa per i contributi alla discussione.



Tuttavia nell'ambito delle politiche non sanitarie solo recentemente si è riconosciuta anche nel nostro paese la necessità di includere la salute tra i criteri costitutivi su cui si misurano le scelte di priorità e di intervento. Vanno in questa direzione i primi atti dei nuclei di valutazione dei principali centri di investimento ministeriali. Il programma del Ministero della Salute per l'assistenza tecnica agli osservatori epidemiologici delle regioni interessate dai progetti ex obiettivo 1 dei fondi strutturali europei rappresenta il più concreto esempio di questo sviluppo ([www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)).

È in questo contesto che i contributi che seguono hanno valutato quali suggerimenti potessero venire dall'indagine sulla salute 2000 per i temi più importanti che sono nell'agenda delle politiche non sanitarie di questi anni, senza trascurare il contributo che altre fonti informative statistiche forniscono allo stesso scopo.

## **2. Quali aspetti prioritari dell'agenda delle politiche non sanitarie sono valutabili con l'indagine della salute 2000?**

Non tutte le politiche che potenzialmente possono riferirsi a dati sulla salute (Prospetto 1 per alcuni esempi) trovano adeguata risposta nello strumento dell'indagine campionaria nazionale, sia per i limiti della dimensione campionaria che risulta inadeguata alla piccola taglia dei gruppi di popolazione che sono il bersaglio di queste politiche, sia per l'eccessiva specificità dei problemi di salute su cui ci si aspetta un effetto e che non possono essere rilevati dall'indagine.

## **3. Qualche spunto dalla salute alle politiche**

Nella nostra società non è ancora molto sentita la necessità di considerare la salute tra i criteri costitutivi su cui si misurano le scelte di priorità e di intervento. La salute sembra piuttosto essere una questione che riguarda esclusivamente medici ed ospedali. Invece molte delle variazioni nelle condizioni di salute della popolazione sono connesse a determinanti che più che al sistema sanitario hanno a che fare con le condizioni di vita e di lavoro, le condizioni ambientali e fisiche, le condizioni sociali e le risorse ed opportunità cui accedono persone e gruppi sociali in funzione delle loro storie di vita.

Secondo questa prospettiva, l'indagine offre la possibilità di avere informazioni su alcuni fenomeni che sono considerati prioritari nell'agenda delle politiche non sanitarie. In questo senso si può senz'altro considerare positivo il bilancio di questa rilevazione.

## Prospetto 1 - Esempi di politiche non sanitarie che potrebbero essere influenzate da una valutazione degli effetti sulla salute

POLITICHE DA VALUTARE	OPPORTUNITÀ E VINCOLI nell'Indagine salute 2000
<b>Politiche del lavoro</b>	
<i>Lavoro atipico</i>	Non misurato (rinvio a indagine su uso del tempo)
<i>Mobilità protetta (workfare)</i>	Dimensioni campionarie non adeguate
<i>Forza lavoro immigrata</i>	Dimensioni campionarie non adeguate
<i>Invecchiamento forza lavoro e pensionamento</i>	Valutabile
<b>Povertà e politiche distributive</b>	
<i>Salute e livello socio-economico</i>	Valutabile
<i>Loro distribuzione geografica (mezzogiorno)</i>	Valutabile
<i>E nei gruppi più vulnerabili</i>	Valutabile
<i>Altri modificatori (dimensione montana o metropolitana)</i>	Valutabile
<i>Scambi generazionali</i>	Non valutabili per disegno trasversale
<b>Politiche socio-assistenziali</b>	
<i>Reddito minimo d'inserimento</i>	Dimensioni campionarie non adeguate
<i>Invecchiamento e costi (socio-)sanitari</i>	Non valutabile per disegno trasversale
<i>Sperequazioni geografiche di bisogni e offerta</i>	Valutabile in associazione con fonti esterne
<i>Adeguatezza del sistema di aiuti (care-givers)</i>	Non valutabile per scarsa accuratezza di rilevazione del dato
<i>Algoritmi di stima dei consumi di risorse (per quota capitaria e per integrazione assicurativa)</i>	Non valutabili perché i consumi socio-assistenziali non sono misurati
<b>Politiche per l'ambiente</b>	
<i>Disagio ambientale e salute soggettiva</i>	Valutabile
<i>Differenze tra aree metropolitane e altri contesti</i>	Valutabile
<b>Valutazione di politiche di investimento</b>	
<i>Health Impact Assesment per Fondi strutturali UE</i>	Valutabile, ma limiti di dimensione campionaria
<i>Priorità per Fondi per l'inclusione UE</i>	Valutabile, ma limiti di dimensione campionaria
<i>Priorità per investimenti ex art 71 su aree metropolitane</i>	Non valutabile per limiti di dimensioni campionarie

### 3.1 Geografia della salute e investimenti strutturali

Le informazioni disponibili offrono la possibilità di analizzare le tematiche della salute sia dal punto di vista dello spazio sociale che di quello geografico. I dati possono offrire utili spunti per le politiche che hanno a che fare con la redistribuzione delle risorse e delle opportunità alle persone e alle aree più svantaggiate. L'indagine infatti conferma il fatto già noto che le persone che godono di una posizione sociale privilegiata (titolo di studio elevato, lavoro di prestigio e ben remunerato) hanno, rispetto a coloro che occupano nella società posizioni svantaggiate, migliori condizioni di salute (valutazione positiva della salute percepita e minore prevalenza di malattie croniche a parità di età), sono meno colpite da disabilità, sono più capaci di proteggere la loro salute. Benché tale quadro sia comune a molte società occidentali

evolute; rimane tuttavia preoccupante constatare che la posizione sociale delle persone continui ad essere il più importante determinante della salute<sup>2</sup> soprattutto perché proprio le differenze sociali nella salute stanno a dimostrare che qualcuno, persona o gruppo sociale, ha saputo far meglio di qualcun altro, e che, quindi, c'è una importante riserva di salute ancora da guadagnare per il beneficio di tutta la società, a condizione che si riesca con appropriati interventi a migliorare la salute dei meno privilegiati.

Ma il fatto meno prevedibile dei risultati dell'indagine sulla salute è che l'effetto sfavorevole sulla salute della bassa posizione sociale della persona si farebbe molto più intenso nelle Regioni Meridionali<sup>3</sup>. Già di per sé le Regioni Meridionali presentano i peggiori valori rispetto al resto del paese, praticamente su tutte le dimensioni della salute che sono state considerate, quella soggettiva della salute percepita, quella oggettiva della morbosità, quella funzionale della disabilità, quella comportamentale degli stili di vita<sup>4</sup>. Si poteva tuttavia presumere che peggiori condizioni di lavoro e più bassi livelli di istruzione nel Meridione determinassero questo profilo sfavorevole per le condizioni di salute. Invece l'indagine dimostra che, a parità di ogni altra condizione individuale presa in considerazione, il contesto sociale economico ambientale e culturale del Sud è in grado di peggiorare l'effetto sfavorevole sulla salute della povertà individuale.

È necessario investire per ridurre le differenze sociali nella salute connesse alle disuguaglianze nella disponibilità di risorse materiali, culturali e relazionali. Sarebbe questa la più importante ricaduta dei risultati dell'indagine sulle politiche redistributive.

Le informazioni raccolte con l'indagine non consentono di suggerire quali politiche redistributive debbano essere influenzate dalla geografia territoriale e sociale della salute, ma certamente non si tratta solo di quelle che hanno a che fare con i gruppi più svantaggiati, perché le differenze osservate riguardano tutti i livelli in cui si stratifica la società italiana: chi ha più risorse di qualcun altro (credenziali educative, reddito, lavoro e prestigio, relazioni sociali...) sta meglio, anche quando ciò si verifica a livelli di dotazione di risorse ben superiori alle necessità di sussistenza. Una ricca letteratura sui temi delle disuguaglianze nella salute sta incominciando a spiegare le cause e i processi che le generano e a studiare l'efficacia dei diversi possibili interventi di correzione<sup>5</sup>: se questi interventi verranno intrapresi con l'obiettivo esplicito di contrastare le disuguaglianze nella salute, allora le successive edizioni dell'indagini sulla salute potranno essere progettate per monitorarne i risultati.

---

<sup>2</sup> Marinacci C, Spadea T, Cesaroni G, Vittori P, in questo volume

<sup>3</sup> Marinacci C, Spadea T, Cesaroni G, Vittori P, in questo volume

<sup>4</sup> Gargiulo L. e Sebastiani G. (a cura di) Le condizioni di salute della popolazione. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000", Roma, ISTAT 2001; Gargiulo L., Sebastiani G.(a cura di) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000", Roma, ISTAT, 2002"

<sup>5</sup> Mackenbach J, Bakker M (eds) Reducing inequalities in health: a European perspective. London, Routledge, 2002

Inoltre questi investimenti redistributivi devono acquisire una particolare priorità per le Regioni Meridionali, nelle quali ogni condizione di svantaggio produce degli effetti sfavorevoli sulla salute ancora più intensi. L'indagine non è in condizione di dire perché questo accada. La vulnerabilità del Sud alle carriere di povertà è un fatto noto nella ricerca sociale sul lavoro femminile<sup>6</sup>, ma raramente si è misurata una interazione così sfortunata del contesto meridionale sugli effetti della povertà. Si tratta probabilmente del risultato congiunto di fragilità delle istituzioni locali, di povertà di offerta di servizi pubblici, di incapacità di supplenza e integrazione del capitale sociale comunitario, tutti fattori di contesto che, in presenza di un livello medio di povertà più alto e di diseguaglianze distributive più intense, farebbero del Meridione un contesto capace di rendere più aggressivi gli effetti dello svantaggio individuale sulla salute. Dunque l'indagine fornisce un pesante argomento per la definizione di priorità nelle politiche di redistribuzione delle risorse nel nostro paese, anche se non indica nessuna particolare misura di prevenzione o di correzione.

### *3.2 I gruppi più vulnerabili: i minori*

A margine di queste indicazioni sulla geografia della salute e della povertà, l'indagine fornisce anche utili spunti per la discussione delle priorità relativamente ai gruppi di popolazione più vulnerabili per la povertà e la salute: i più giovani<sup>7</sup>. Particolarmente critico risulta l'avviamento precoce ad abitudini di vita rischiose per la salute in età adulta di alcuni gruppi di minori. Si tratta soprattutto di bambini che vivono solo con la madre, che presentano indizi prematuri di compromissione della salute, che vivono in famiglie prive di reddito da lavoro o con un solo genitore occupato. La salute dei minori dovrebbe essere un obiettivo prioritario su cui si misura ogni politica. Infatti è ben noto che un buon inizio da bambini fa la differenza nella speranza di salute da adulti. Nessuna politica che si proponga la promozione della salute della popolazione può ignorare che questo gruppo costituisce una priorità assoluta, anche se non presenta ancora nessuna importante e frequente malattia invalidante e clinicamente manifesta.

Viceversa le disuguaglianze di salute dei giovani sono meno pronunciate, influenzate come sono, più che dalle condizioni familiari, dalla cultura e dalla posizione dei pari, che costituiscono il vero bersaglio delle politiche di promozione della salute in questa fascia di età.

Interessante è anche il bilancio informativo dell'indagine circa le differenze di salute tra gli anziani. Seppure di intensità attenuata, le diseguaglianze relative nella salute sono sempre presenti anche tra gli anziani; anzi, a causa della più alta prevalenza dei problemi di salute in questa fascia di età, il rischio attribuibile legato ai fattori sociali è molto più elevato. Inoltre il più importante bersaglio delle diseguaglianze tra gli anziani è la disabilità: l'indagine sembrerebbe mostrare che lo

---

<sup>6</sup> Saraceno C., La conciliazione di responsabilità familiari e attività lavorative in Italia: paradossi ed equilibri imperfetti, in Polis, 2, 2003, pp.199-228

<sup>7</sup> Vannoni F., Costa G., Saraceno C., Negri N., Cardano M., Marinacci C. e i più anziani Vannoni F., Costa G., Demaria M., in questo volume

svantaggio sociale avrebbe un effetto importante non solo nell'aumentare la prevalenza delle condizioni che predispongono e preparano la disabilità (azione che si sviluppa nel corso di tutta la vita e non specifica dell'età anziana), ma anche e soprattutto nel determinare la transizione da stato di pre-disabilità a stato di disabilità, transizione che si consuma nell'età anziana. Anche in questo caso si ricavano insegnamenti promettenti per le politiche di contrasto delle diseguaglianze nella salute, politiche che dovrebbero guardare non solo ai fattori di rischio responsabili dell'insorgenza delle malattie e condizioni responsabili della pre-disabilità, ma anche ai meccanismi che fanno precipitare il soggetto anziano nella disabilità.

### *3.3 Capacità lavorativa e capacità di pensionamento*

Un'ulteriore possibilità di utilizzo dei dati dell'indagine nell'ambito delle politiche non sanitarie riguarda il lavoro e la previdenza<sup>8</sup>. Per la prima volta sarebbe possibile osservare le differenze professionali nella speranza di salute elaborate con i dati dell'indagine: cioè l'indagine della salute consente di combinare insieme le differenze nell'aspettativa di vita e quelle nella prevalenza di condizioni di salute compromessa; in questo modo è possibile controllare se esistono sensibili differenze tra le diverse storie professionali a svantaggio del lavoro manuale dequalificato. Le cause di queste differenze non sono univocamente attribuibili a specifiche condizioni di lavoro per sé, ma gettano le loro radici in tutte le fasi della storia di vita delle persone, ognuna delle quali dà un contributo di fattori di rischio per la salute: fattori di rischio ambientali dentro e fuori dall'ambiente di lavoro (fattori sia fisici e sia psico-sociali), stili di vita rischiosi e meccanismi di mobilità sociale condizionati dallo stato di salute.

Molte di queste cause sono contrastabili con opportuni interventi sulle condizioni e sull'organizzazione del lavoro (prevenzione ambientale, ergonomia del posto di lavoro, stili d'impresa che riducono lo stress, programmi di promozione di stili di vita sani nei luoghi di lavoro) e rimandano alle politiche sulle condizioni di lavoro. Alcune di queste differenze non possono essere evitate, o per intrinseca non modificabilità del lavoro o per non fattibilità nel contesto storico dato (è il caso dei lavori usuranti): in queste situazioni la leva di manovra della politica previdenziale può compensare con uno scambio tra anticipazione del tempo di riposo e tempo di lavoro quello che la storia professionale ha eroso in termini di speranza di vita.

Uno degli argomenti strategici nell'agenda delle riforme del nostro paese è il tema della revisione dell'età pensionabile. Già nel passato interventi normativi avevano introdotto uno sconto generalizzato di un anno sull'innalzamento dell'anzianità pensionabile per le professioni manuali<sup>9</sup> e prevedendo un'anticipazione dell'anzianità e dell'età pensionabile per specifiche professioni definite usuranti (riferimento del decreto nella relazione conclusiva di lavori usuranti). Le differenze nella speranza di salute riscontrate con l'indagine confermano le rilevanti differenze

---

<sup>8</sup> Costa G., Spadea T., Vannoni F., Biocca M., Peticaroli S. in questo volume

<sup>9</sup> Riforma Dini Legge 8 agosto 1995, n.335

tra le diverse carriere professionali. Si tratta di differenze che in media trovano adeguata compensazione nelle politiche succitate, ma che lasciano ancora aperto lo spazio all'opportunità di anticipazione pensionistica per alcune traiettorie di vita più sfortunate, per le quali una maggiore flessibilità nell'età pensionabile potrebbe favorire la libertà di scelta nello scambio tra tempo di lavoro, tempo di riposo, salute e reddito

Per quanto riguarda le condizioni di lavoro, i dati dell'indagine evidenziano come la classe operaia riporti un prematuro deterioramento delle principali capacità professionali e delle condizioni di salute. Ne deriva la necessità di attivare specifiche politiche di tutela delle condizioni di lavoro. Innanzitutto intervenire per la prevenzione del disagio ergonomico e organizzativo nei posti di lavoro (un posto di lavoro e un'organizzazione del lavoro disegnati per lavoratori giovani e da adattare alle caratteristiche funzionali dei lavoratori che invecchiano). Attivare politiche di prevenzione e promozione della salute dei lavoratori per garantire il mantenimento delle capacità funzionali dei lavoratori (il ruolo dell'esercizio fisico) e politiche di mobilità che consentano di accedere ad occupazioni alternative adeguate alle capacità residue di professioni particolarmente usuranti. Purtroppo nel nostro paese non c'è nessun esempio di indagine su scala nazionale che esplori l'adeguatezza delle condizioni di lavoro, in particolare nei confronti di una popolazione lavorativa che invecchia.

### *3.4 Percezione della salute e disagio ambientale*

Infine sulle politiche ambientali il sistema di indagini multiscopo presenta alcune potenzialità di monitoraggio di aspetti importanti relativi sia alla percezione soggettiva della rilevanza e risolvibilità dei problemi ambientali sia del loro impatto sulla salute. L'indagine speciale del 1998 che aveva sovracampionato le aree metropolitane e arricchito i quesiti sugli aspetti ambientali in effetti ha dato primi risultati interessanti su questo tema. Il principale riguarda l'impatto negativo che la percezione dei problemi ambientali presenta su indicatori riferiti e aspecifici di salute compromessa. Inoltre il disagio ambientale interagisce anche con il disagio sociale del contesto di vita, anche questo fatto suggerisce alle metodologie di valutazione di impatto ambientale di tenere sempre in considerazione la possibile interazione tra i diversi livelli di disagio e di sofferenza che pesano sulla popolazione di un'area. Mentre la stessa fonte informativa non consente di rilevare associazioni significative tra problemi ambientali percepiti e problemi di salute specificamente correlabile a rischi ambientali, a causa della latenza di questi nessi non esplorabile da una indagine trasversale e dei processi di mobilità territoriale delle persone.

## Conclusioni

In conclusione il sistema delle indagini multiscopo consente per la prima volta di mettere a tema la salute come un criterio originale capace di far discutere gli orientamenti e le scelte nelle politiche non sanitarie. Occorre che gli attori istituzionali e sociali interessati a queste politiche siano informati di queste nuove potenzialità conoscitive a livello nazionale e regionale, in modo da valorizzarle al meglio e in modo da sostenerne con idee, proposte e risorse la loro riedizione, secondo modelli più mirati alle necessità conoscitive per il futuro. Fin da subito ci sono buoni argomenti per discutere di priorità nelle politiche redistributive, con particolare attenzione alle disuguaglianze, soprattutto nel Meridione. Anche nelle politiche del lavoro e della previdenza dove una maggior cura delle condizioni e dell'organizzazione del lavoro e della capacità funzionale del lavoratore che invecchia si dimostrano ingredienti essenziali sia per promuovere salute e quindi occupabilità e produttività nella forza lavoro, sia per promuovere salute ed eque opportunità di riposo nel lavoratore anziano che va in pensione, secondo formule che dovrebbero essere rispettose delle differenti aspettative di salute delle diverse carriere lavorative.

Questo esercizio di valorizzazione dei dati dell'indagine sulla salute per le politiche non sanitarie ha anche permesso di identificare priorità per le necessità di conoscenza. Non c'è dubbio che molti degli aspetti critici per le politiche non sanitarie che sono nell'agenda del nostro paese non possono essere soddisfatte dagli attuali sistemi di indagine; alcuni esempi tra gli altri:

- la crescente importanza del lavoro atipico minaccia la salute o costituisce una nuova opportunità per la salute o è indifferente rispetto alla salute?
- quale ruolo svolge la compromissione della salute nell'iniziare una carriera di povertà ed emarginazione?
- quale impatto hanno sulla salute le diverse discipline dell'età pensionabile?
- quanto le disuguaglianze nella salute osservate alla fine degli anni novanta sono influenzate dalle storie di vita di alcune specifiche generazioni e cosa cambierà con l'arrivo all'età pensionabile dei "baby-boomers"?
- quanto sono adeguate le condizioni di lavoro al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione lavorativa?

Naturalmente ognuna di queste domande rappresenta un utile stimolo per la progettazione delle successive indagini campionarie all'interno del sistema di indagini statistiche del Sistema statistico nazionale sulla salute, sia per i quesiti che introduce, sia per le esigenze metodologiche che richiama (quella della dimensione longitudinale dell'osservazione, in alcuni casi).

A questo proposito un ultimo insegnamento si può ricavare da queste analisi: la dimensione delle disuguaglianze, sociale e geografica al tempo stesso, è quella che permette di identificare le principali priorità di intervento, quelle cioè dove massimo è il potenziale di salute che le politiche sono in grado di guadagnare per il benessere e lo sviluppo della società italiana. Questo significa che tutti i sistemi di indagine statistici dovrebbero essere attrezzati a valorizzare questa dimensione delle diseguglianze per i fenomeni che osservano, e oggi ciò non è ancora possibile.

Occorre ripensare ai dati di mortalità, e di ricovero ospedaliero ad esempio, nell'ottica di potenziare la loro capacità di studiare le disuguaglianze. Il censimento di popolazione, il ridisegno delle sezioni di censimento e la possibilità di descrivere le caratteristiche sociali delle persone attraverso le caratteristiche sociali medie del loro isolato di residenza potrebbe essere un'opportunità da non perdere per propagare a un ricoverato piuttosto che a un deceduto informazioni socio-economiche di qualità attraverso formule di *record-linkage* di area.





# LA PERCEZIONE COME MISURA DELLO STATO DELLA SALUTE

*E. A. L. Gianicolo<sup>1</sup>*

## **1. Una visione di insieme**

Negli ultimi anni si è assistito a notevoli avanzamenti nella concettualizzazione della salute e nei metodi di misurazione della stessa<sup>2</sup>. La salute, stando alla definizione data dall'Oms<sup>3</sup>, è “lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità”. Si tratta, quindi, di una condizione complessa legata al benessere generale della persona, alla condizione di completa efficienza psico-fisica dei suoi organi e apparati e ad un equilibrio generale dell'individuo nel contesto sociale in cui è inserito. Se alla definizione appena data si aggiunge il riconoscimento della rilevanza del punto di vista degli individui nella stima del proprio stato di salute si comprendono l'importanza della nozione di “salute auto percepita” e la necessità di cercarne indicatori da accompagnare alle classiche misure quali la mortalità e la morbosità.

Molti degli strumenti utilizzati a livello internazionale offrono un ricco panorama di definizioni del “concetto salute” e una serie di “approcci operativi” allo stesso.

---

<sup>1</sup> Direzione centrale condizioni e qualità della vita - Istat

<sup>2</sup> John E Ware Jr, *J Clin Epidemiology* Vol. 51, No 11, 11. 891-892, 1998.

<sup>3</sup> Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948

Dal punto di vista concettuale, le definizioni più diffuse sono quelle che forniscono una spiegazione del concetto di salute in termini di ciò che gli individui sono in grado di fare (abilità), di come si sentono (benessere) e di come valutano il loro stato di salute (valutazioni personali) in ciascuno dei tre domini sopra ricordati: fisico psicologico e sociale.

Dal punto di vista operativo, gli strumenti di misurazione dello stato di salute possono essere classificati in misure *single-item* e misure *multi-item*.

Tra i primi il più diffuso è lo strumento raccomandato dall'Oms<sup>4</sup>:

Come va in generale la sua salute?  
Molto bene – Bene – Discretamente – Male – Molto male

Questo, è uno strumento molto apprezzato<sup>5</sup> perché fornisce una misura immediata dello stato di salute della popolazione. È indicato quando c'è l'esigenza di misurare la salute globale dell'individuo piuttosto che valutare dimensioni particolari della stessa. Inoltre, molte indagini longitudinali e *cross-sectional* hanno dimostrato la sua relazione con altre variabili correlate alla salute e quindi la sua validità come indicatore globale dello stato di salute.

Per quanto concerne le misure *multi-item*, tra le più diffuse si segnalano: l'Health Perception Questionnaire<sup>6</sup> (Hpq), l'European Quality of Life Scale<sup>7</sup> (EuroQol), il Nottingham Health Profile<sup>8</sup> (Nhp), lo Short Form 36<sup>9</sup> (Sf-36) e derivati dello stesso (Sf-20, Sf-12 ed Sf-8).

L'Hpq consta di 32 quesiti, di questi 22 sono utilizzati per calcolare un indicatore generale dello stato di salute (*General Health Rating Index*), i restanti forniscono una misura di alcune dimensioni della salute quali: stato di salute attuale, stato di salute in passato, stato di salute atteso per il futuro, resistenza o predisposizione ad ammalarsi, preoccupazione per la salute, atteggiamento verso la malattia, rifiuto dello status di malato, tendenza a recarsi dal medico.

---

<sup>4</sup> World Health Organization, Statistic Netherlands. Health Interview Survey: Towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. WHO Regional Publications, European series n° 58, 1996.

<sup>5</sup> J M Robine, C Jagger and I Romieu, Selection of a Coherent set of Health Indicators for the European Union. Phase II: Final Report, Euro-Reves, August 2002.

<sup>6</sup> A R Davies and John E. Ware, Measuring health perceptions in the Health Insurance Experiment. Rand Publication n° R-2711-HHS. Santa Monica, USA: Rand Corporation, 1981.

<sup>7</sup> McDowell and C Newell, Measuring health: a guide to rating scales and questionnaire. New York/Oxford: Oxford University Press, 1987.

<sup>8</sup> S M Hunt, SP McKenna et al., The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. Soc Sci Med. 1981; 221-229.

<sup>9</sup> John E Ware and C D Sherbourne, The MOS 36-item short form health survey (Sf-36): conceptual framework and item selection. Medical Care 1992; 30: 473-81.

L'EuroQol copre cinque dimensioni dello stato di salute: mobilità, cura di sé, attività usuali, dolore/disagio e ansia/depressione. Ciascuna di queste dimensioni è suddivisa in tre sottocategorie, per un totale di 243 combinazioni di stati di salute.

L'Nhv fornisce un profilo dei problemi di salute correlati ai domini emotivo, sociale e fisico. Si compone di 45 quesiti che fanno riferimento a sei dimensioni: livello di energia, dolore, reazione emotiva, sonno, isolamento sociale e abilità fisiche.

L'Sf-36 si articola in 36 quesiti che si riferiscono ad otto dimensioni (attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, stato emotivo, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali e salute mentale) e consentono di costruire due indici dello stato di salute, uno riguardante la sfera fisica, l'altro quella psicologica.

## **2. Le misure della percezione dello stato di salute nelle indagini condotte dall'Istat**

Le indagini campionarie sulla salute condotte dall'Istat si sono rinnovate più volte nel corso di questi anni sia in termini metodologici che di contenuto<sup>10</sup>. Anche l'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000" è stata rinnovata per essere al passo con i tempi. Per andare incontro all'esigenza di un approccio ampio e multidimensionale alla salute, si sono inseriti nel questionario per autocompilazione - oltre al quesito raccomandato dall'Oms - la batteria di dodici quesiti noti come Sf-12<sup>11</sup>.

I dodici *item* sono estratti dall'Sf-36. Per validarne la selezione e per mettere a punto gli algoritmi necessari alla costruzione dell'indice dello stato fisico e dell'indice dello stato psicologico, sono state condotte ricerche sulla popolazione in nove Paesi europei (Danimarca, Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi, Norvegia, Spagna, Svezia e Regno Unito). La selezione è stata realizzata sulla base della varianza totale spiegata dagli indici costruiti a partire dagli *item* prescelti e analizzando le correlazioni tra gli indici derivanti dall'Sf-36 e quelli costruiti a partire dall'Sf-12<sup>12</sup>. I dodici *item* selezionati fanno riferimento agli otto domini di studio che successivamente aggregati portano alla costruzione dei due indici sintetici (Figura 1): Pcs (Physical Component Summary - Indice di Stato Fisico) ed Mcs (Mental Component Summary - Indice di Stato Psicologico). L'alto grado di corrispondenza

---

<sup>10</sup> Linda Laura Sabbadini, Le indagini di popolazione sulle condizioni di salute: il percorso della statistica ufficiale. Documento interno Istat.

<sup>11</sup> G Apolone, P Mosconi, L Quattrociochi, E A L Gianicolo, N Groth e John E. Ware J, Questionario sullo stato di salute Sf-12. Versione Italiana. Guerini e Associati Editore, Milano, 2001.

<sup>12</sup> B Gandek, John E. Ware Jr., N K Aaronson, G Apolone, J B Bjorner, J E Brazier, M Bullinger, S Kaasa, A Leplege, L Prieto, M Sullivan, "Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the Sf12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project." *J Clin Epidemiol.* Volume 51, numero 11, pp. 1171-1178, 1998

tra gli indici derivanti dalla somministrazione dell'Sf-36 e di quelli calcolati a partire dall'Sf-12 ha confermato la possibilità di considerare l'Sf-12 una valida alternativa all'Sf-36.

**Figura 1 - Modello teorico dell'Sf-12**

ITEM	SCALE (a)	INDICI SINTETICI
Attività di moderato impegno fisico		
~~~~~		
Salire qualche piano di scale	Attività fisica (PF)	
.....		
Rendere di meno a causa della salute fisica	Limitazioni del ruolo dovute alla salute fisica (RP)	<b>Indice di stato fisico (PCS12)</b>
~~~~~		
Limitare alcuni tipi di lavoro o altre attività a causa della causa della salute fisica		
.....		
Interferenza del dolore nel lavoro	Dolore fisico (BP)	
.....		
Salute in generale	Salute in generale (GH)	
.....		
Sentirsi pieno di energia	Vitalità (VT)	
.....		
Interferenza della salute fisica e dello stato emotivo nelle attività sociali	Attività sociali (Sf)	
.....		
Limitazione nel lavoro e nelle altre attività quotidiane a causa dello stato emotivo		<b>Indice di stato psicologico (MCS12)</b>
~~~~~	Stato emotivo (RE)	
Cali di concentrazione		
.....		
Sentirsi calmo e sereno		
~~~~~	Salute mentale (MH)	
Sentirsi scoraggiato e triste		

(a) Il testo tra parentesi si riferisce all'acronimo in lingua inglese.

Compilare l'Sf-12 è, rispetto all'Sf-36, meno oneroso e più agevole per i rispondenti.

Il questionario permette di misurare la salute così come auspicato dall'Oms. Gli *item* dell'Sf-12 forniscono, infatti, una valutazione della salute nel dominio fisico mentale e sociale e permettono di estendere il campo di misurazione per includere

non solo stati di salute negativi (stato di malattia o infermità) ma anche stati di salute positivi (salute mentale e vitalità).

Gli indici di stato fisico e psicologico costruiti a partire dall'Sf-12 sono standardizzati per permettere confronti internazionali. Lo strumento rispetta gli standard psicometrici fissati in letteratura e ha sostenuto un processo di traduzione e validazione che lo rende fruibile a livello internazionale grazie alla traduzione in diverse lingue fatta nell'ambito del progetto Iqola<sup>13</sup>. Il questionario viene, così, utilizzato a livello internazionale ormai da diversi anni e la sua validità e attendibilità sono state valutate in diversi studi epidemiologici. In occasione dell'ultima indagine campionaria sulla salute si è avuta la possibilità di somministrarlo anche in Italia nell'ambito di indagini di popolazione che utilizzano un campione così consistente. Di seguito, sono riportati i risultati dell'analisi svolta per verificare la validità del questionario a fornire indici dello stato di salute in ricerche sulla popolazione.

### 3. Validazione del questionario

Per “validità” si intende il grado con cui uno strumento di raccolta dati riesce a cogliere l'intensità del fenomeno oggetto di studio coerentemente con le ipotesi teoriche che lo sottendono. In linea con un recente studio<sup>14</sup>, per l'analisi della validità del questionario si sono seguite tre direzioni:

- si è analizzato il grado di “accettabilità” degli *item* da parte degli intervistati;
- si è proceduto ad una “verifica delle ipotesi alla base del modello teorico”, ossia che i dodici *item* riescano a descrivere le due dimensioni - fisica e psicologica - dello stato di salute;
- si è testata la coerenza dei risultati forniti dagli indici, confrontando gruppi della popolazione classificati per età, genere, presenza di condizioni fisiche o mentali croniche e di disabilità.

Per l'analisi del “grado di accettabilità” degli *item* da parte degli intervistati, si è calcolato il “tasso di mancata risposta”. Questo, infatti, può essere a ragione considerato un modo valido per stimare il grado con cui gli intervistati “accettano” di rispondere. La percentuale dei soggetti che non ha risposto a nessuno dell'*item* dell'Sf-12 è risultata pari all'1,23 per cento. Se si osserva il tasso di mancata risposte per i singoli *item* si nota un valore minimo (1,44 per cento) in corrispondenza del quesito inerente le “limitazioni a svolgere attività di moderato impegno fisico a causa dello stato di salute” e un valore massimo (1,96 per cento) in corrispondenza degli *item* sulla “interferenza del dolore nel lavoro” (Prospetto 1). I tassi di mancata risposta riscontrati per l'Sf-12 nel complesso e per i singoli *item* che lo compongono appaiono

---

<sup>13</sup> John E Ware Jr, B Gandek and the IQOLA Project Group, Int J. Ment. Health, Vol. 23, No 2, pp. 49-73. M.E. Sharpe, Inc., 1994.

<sup>14</sup> G Apolone et al. Self-perceived health status assessment in epidemiological studies. Evaluation of the SF-12 Health Survey. Results from the MiOS Project.

in linea con gli stessi tassi registrati per altre variabili e sezioni del questionario per autocompilazione (Prospetto 1); si può, quindi, concludere che il tasso di mancata risposta parziale (per singolo *item*) e totale (per l'intero Sf-12) sono ad un livello fisiologico e che quindi l'Sf-12 sia in quanto a "grado di accettabilità" al pari delle altre sezioni del questionario autocompilato.

**Prospetto 1 - Percentuali di valori mancanti relative ad *item* e sezioni del questionario per autocompilazione**

ITEM SEZIONI	% valori mancanti
Salute in generale	1,48
Attività di moderato impegno fisico	1,44
Salire qualche piano di scale	1,53
Rendere di meno a causa della salute fisica	1,67
Limitare alcuni tipi di lavoro o altre attività a causa della salute fisica	1,57
Limitazione nel lavoro o nelle altre attività quotidiane a causa dello stato emotivo	1,67
Cali di concentrazione	1,81
Interferenza del dolore nel lavoro	1,96
Sentirsi calmo e sereno	1,54
Sentirsi pieno di energia	1,53
Sentirsi scoraggiato e triste	1,53
Interferenza della salute fisica e dello stato emotivo nelle attività sociali	1,58
Osservazioni con valore mancante su tutti i 12 item	1,23
Malattie allergiche	1,58
Ipertensione	1,59
Infarto del miocardio	1,71
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria	1,67
Artrosi, artrite	1,59
Cirrosi epatica	1,65
Osservazioni con valore mancante su tutta la sezione "Malattie croniche"	1,24
Uso di farmaci negli ultimi due giorni	1,60
Osservazioni con valore mancante su tutta la sezione "Consumo di farmaci"	
Fuma attualmente in passato	2,22
Osservazioni con valore mancante su tutta la sezione "Consumo di tabacco"	2,18

L'analisi fattoriale fornisce gli strumenti necessari per la verifica delle ipotesi alla base del modello teorico<sup>15</sup>. L'utilizzo del metodo delle componenti principali<sup>16</sup> ha consentito di individuare due fattori comuni con una quota di varianza spiegata dalle prime due componenti principali che è pari al 71,8 per cento dell'inerzia totale (Prospetto 2).

<sup>15</sup> B. Gandek and Jr. Ware John, "Methods for Validating and Norming Translations of health Status Questionnaire: The Iqola Approach" *J Clin Epidemiol*. Volume 51, numero 11, pp. 953-959, 1998.

<sup>16</sup> Criterio del minimo autovalore maggiore o uguale ad uno.

## Prospetto 2 - Autovalori associati alle componenti e percentuale di varianza spiegata

COMPONENTI	Autovalori	Varianza spiegata		COMPONENTI PRINCIPALI
		%	Cumulata	
1	5,58	60,7	60,7	
2	1,02	11,1	71,8	
3	0,70	7,6	79,4	
4	0,50	5,5	84,9	
5	0,40	4,4	89,2	
6	0,37	4,1	93,3	
7	0,25	2,8	96,0	
8	0,15	1,6	97,6	
9	0,10	1,1	98,7	
10	0,06	0,7	99,4	
11	0,03	0,3	99,8	
12	0,02	0,3	100,0	

Il *pattern* fattoriale originale e, in particolare quello ottenuto in seguito ad una rotazione obliqua dei pesi<sup>17</sup> (Prospetto 3 e Grafico 1) avvalorano le ipotesi del modello teorico.

## Prospetto 3 - Pattern fattoriale iniziale e in seguito a rotazione obliqua dei pesi

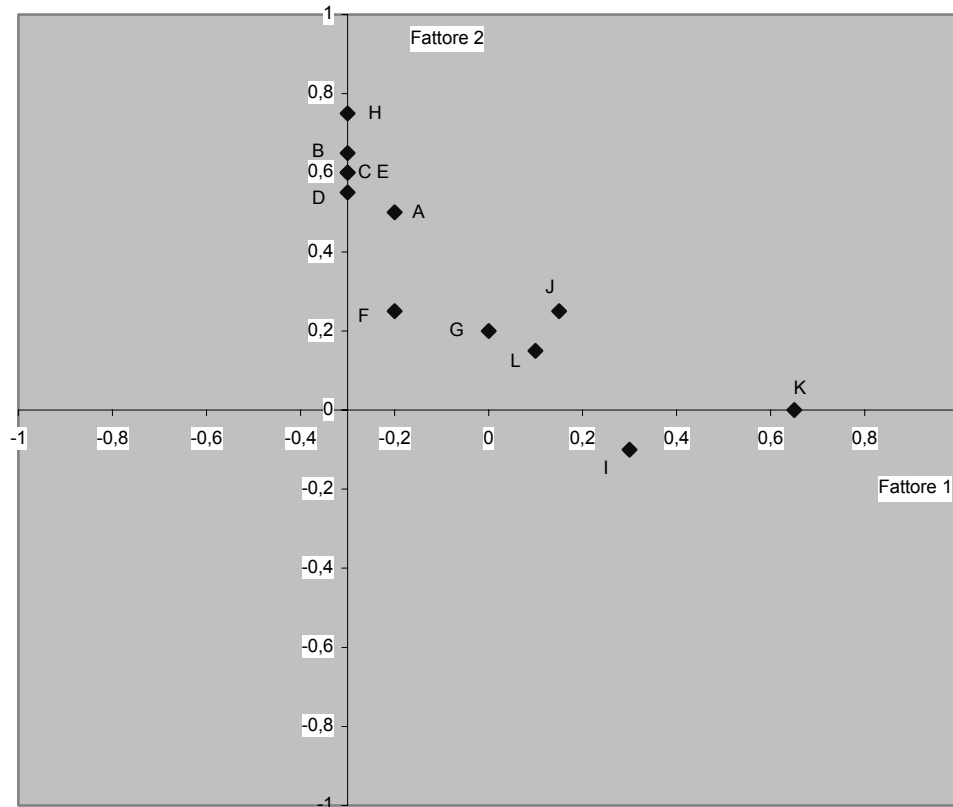
ITEM	Pattern fattoriale iniziale		Pattern fattoriale in seguito a rotazione dei pesi	
	1° fattore	2° fattore	1° fattore	2° fattore
	Salute in generale	0,88	-0,04	0,56
Attività di moderato impegno fisico	0,82	-0,41	0,12	-0,01
Salire qualche piano di scale	0,78	-0,26	0,11	-0,01
Rendere di meno a causa della salute fisica	0,76	0,53	0,05	0,00
Limitare alcuni tipi di lavoro o altre attività a causa della salute fisica	0,74	-0,07	0,04	0,00
Limitazione nel lavoro o nelle altre attività quotidiane a causa dello stato emotivo	0,69	0,31	0,20	0,01
Cali di concentrazione	0,65	0,45	-0,20	0,47
Interferenza del dolore nel lavoro	0,62	0,05	-0,05	0,28
Sentirsi calmo e sereno	0,62	0,44	0,19	0,31
Sentirsi pieno di energia	0,62	0,38	0,06	0,14
Sentirsi scoraggiato e triste	0,61	0,40	0,01	0,01
Interferenza della salute fisica e dello stato emotivo nelle attività sociali	0,60	-0,01	0,02	0,01

<sup>17</sup> Per semplificare la soluzione fattoriale e migliorare l'interpretazione dei risultati si è proceduto con una rotazione dei pesi fattoriali utilizzando un metodo di traslazione obliqua (*promax*). Il metodo consiste nel partire da una rotazione ortogonale dei pesi fattoriali e poi nel far variare iterativamente l'angolo di rotazione sino ad ottenere una soluzione ottima.



Gli *item* inerenti la sfera della salute più prettamente fisica (per es. salire qualche piano di scale, limitazioni nello svolgimento di attività di moderato impegno fisico) si posizionano tutti in prossimità dell'asse delle ordinate rappresentante il primo fattore mentre gli *item* riguardanti la sfera emotiva e mentale (per es. il sentirsi calmo e/o sereno, sentirsi scoraggiato e triste) si posizionano in prossimità dell'asse delle ascisse rappresentante il secondo fattore (Grafico 1). Si conferma quindi l'esistenza di un percorso - non solo teorico - che dagli *item* dell'Sf-12 conduce a una componente fisica e ad una componente psicologica dello stato di salute.

**Grafico 1 - Pattern fattoriale a seguito di una rotazione dei pesi**



**Legenda**

- |  |   |
|--|---|
| A = Salute in generale   | G = Cali di concentrazione  |
| B = Attività di moderato impegno fisico  | H = Interferenza del dolore nel lavoro  |
| C = Salire qualche piano di scale  | I = Sentirsi calmo e sereno   |
| D = Rendere di meno a causa della salute fisica  | J = Sentirsi pieno di energia   |
| E = Limitare alcuni tipi di lavoro o altre attività a causa della salute fisica          | K = Sentirsi scoraggiato e triste   |
| F = Limitazione nel lavoro o nelle altre attività quotidiane a causa dello stato emotivo | L = Interferenza della salute fisica e dello stato emotivo nelle attività sociali |

Per verificare la coerenza dei risultati forniti dagli indici, si sono confrontati punteggi medi ottenuti dai soggetti di 14 anni e più classificati secondo il genere, la classe di età, la presenza di disabilità e di malattie croniche. Per agevolare la lettura delle tavole, gli indici sono accompagnati dai rispettivi intervalli di confidenza.

L'andamento dei due indici è, coerentemente con le aspettative, decrescente con l'aumentare dell'età con differenze significative per entrambi gli indici tra tutte le classi di età<sup>18</sup> (Prospetto 4). Un altro dato interessante è rappresentato dal fatto che le donne percepiscano in maniera significativamente peggiore degli uomini il loro stato di salute fisico e psicologico. Tale risultato trova conferma in altre indagini curate dall'Istat ed è riscontrabile anche con l'utilizzo di strumenti di misurazione diversi dall'Sf-12<sup>19</sup> (Prospetto 4).

**Prospetto 4 - Indici di stato fisico e psicologico relativi alle persone di 14 anni e più per classe di età e sesso - Anni 1999 - 2000 (punteggi medi e intervalli di confidenza al 95 per cento di significatività)**

CLASSI DI ETÀ SESSO	Indice di stato fisico			Indice di stato psicologico		
	Estremo inferiore	Valore medio	Estremo superiore	Estremo inferiore	Valore medio	Estremo superiore
14-24	54,73	54,83	54,93	52,57	52,81	53,05
25-44	53,37	53,46	53,55	50,99	51,16	51,33
45-64	49,74	49,89	50,04	49,37	49,55	49,73
65-74	44,37	44,61	44,85	47,71	47,99	48,27
75 e più	37,82	38,16	38,50	44,79	45,14	45,49
Maschi	51,31	51,41	51,51	51,39	51,53	51,67
Femmine	49,08	49,19	49,30	48,48	48,66	48,84
<b>Totale</b>	<b>50,17</b>	<b>50,26</b>	<b>50,35</b>	<b>49,90</b>	<b>50,04</b>	<b>50,18</b>

I soggetti disabili<sup>20</sup> presentano valori degli indici significativamente inferiori alla media della popolazione (Prospetto 5). È, altresì, interessante notare che le persone con difficoltà nel movimento, confinate o disabili nelle funzioni presentano valori dell'indice dello stato fisico significativamente al di sotto dei valori registrati per i soggetti con difficoltà nella comunicazione.

<sup>18</sup> Gli indici sono costruiti in maniera tale da indicare a loro crescere migliori condizioni di salute.

<sup>19</sup> Istat, Le Condizioni di salute della popolazione, Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 1999-2000, Informazioni n. 12- 2002.

<sup>20</sup> Sono state definite disabili le persone confinate in modo permanente a letto, su una sedia o in casa o che presentano gravi difficoltà in almeno una delle seguenti funzioni: movimento, funzioni della vita quotidiana e comunicazione. Tali limitazione sono state rilevate utilizzando una batteria di quesiti predisposti da un gruppo di lavoro dell'Oecd. Nel presente volume un capitolo specifico è dedicato al fenomeno della disabilità.

**Prospetto 5 - Indici di stato fisico e psicologico relativi alle persone di 14 anni e più per presenza di disabilità, tipo di disabilità e malattie croniche - Anni 1999 - 2000 (punteggi medi e intervalli di confidenza al 95 per cento di significatività)**

DISABILITÀ MALATTIE CRONICHE	Indice di stato fisico			Indice di stato psicologico		
	Estremo inferiore	Valore medio	Estremo superiore	Estremo inferiore	Valore medio	Estremo superiore
<b>DISABILITÀ</b>						
Disabili	30,53	30,92	31,32	39,15	39,55	39,96
Confinamento individuale	27,78	28,30	28,83	36,48	37,04	37,61
Disabilità nelle funzioni	28,07	28,44	28,81	37,27	37,75	38,24
Difficoltà nel movimento	28,33	28,73	29,12	38,57	39,11	39,65
Difficoltà vista, udito e parola	32,07	33,05	34,03	38,80	39,54	40,29
<b>MALATTIE CRONICHE</b>						
Malattie allergiche	49,53	49,78	50,03	48,11	48,34	48,57
Diabete	40,05	40,50	40,95	44,72	45,12	45,52
Cataratta	37,85	38,31	38,78	43,24	43,67	44,09
Iperensione arteriosa	43,02	43,28	43,53	45,55	45,77	46,00
Infarto del miocardio	36,13	36,91	37,70	43,42	44,13	44,83
Angina pectoris	35,28	36,15	37,01	42,48	43,25	44,02
Altre malattie del cuore	37,27	37,72	38,17	42,93	43,35	43,77
Trombosi, embolia, emorragia cerebrale	32,30	33,19	34,08	39,17	39,93	40,69
Vene varicose, varicocele	43,62	43,97	44,33	45,39	45,65	45,91
Emorroidi	45,85	46,18	46,52	45,09	45,41	45,72
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria	39,07	39,50	39,94	43,30	43,67	44,03
Asma bronchiale	41,57	42,13	42,70	44,83	45,24	45,66
Malattie della pelle	47,55	48,01	48,47	46,11	46,52	46,93
Malattie della tiroide	44,59	45,03	45,48	44,61	45,02	45,42
Artrosi, artrite	42,31	42,54	42,76	45,60	45,81	46,01
Lombosciatalgia	43,14	43,43	43,73	45,59	45,87	46,14
Osteoporosi	37,67	38,07	38,48	42,90	43,26	43,63
Ernia addominale	40,72	41,32	41,93	44,96	45,45	45,95
Ulcera gastrica o duodenale	42,06	42,52	42,97	44,29	44,70	45,11
Calcolosi del fegato o delle vie biliari	41,60	42,15	42,69	44,21	44,68	45,15
Cirrosi epatica	35,78	37,73	39,68	38,93	40,58	42,22
Epatite cronica (esclusa epatite A)	40,74	41,77	42,81	43,17	44,12	45,07
Calcolosi renale	43,39	44,05	44,70	44,92	45,49	46,06
Ipertrofia della prostata	41,46	42,08	42,71	45,18	45,72	46,26
Tumore	37,25	38,15	39,04	40,59	41,36	42,14
Cefalea o emicrania ricorrente	46,36	46,65	46,93	44,44	44,70	44,96
Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria	32,61	33,39	34,16	36,06	36,81	37,56
Altri disturbi nervosi	42,22	42,71	43,19	33,18	33,55	33,92
Altro	43,64	44,08	44,52	45,09	45,48	45,88
Persone con nessuna malattia cronica	54,00	54,10	54,20	52,76	52,91	53,06
Persone con almeno una malattia cronica grave (22)	39,72	39,99	40,27	44,07	44,31	44,55
Persone con tre o più malattie croniche	41,34	41,58	41,81	43,82	44,03	44,24
<b>Totale popolazione</b>	<b>50,17</b>	<b>50,26</b>	<b>50,35</b>	<b>49,90</b>	<b>50,04</b>	<b>50,18</b>

Se si guarda invece all'indice di stato psicologico, si notano per le persone disabili nella comunicazione e nel movimento valori più alti rispetto a quelli riportati dai soggetti con disabilità nelle funzioni o confinate (Prospetto 5). Valori coerenti degli indici si riscontrano anche se li si osserva in corrispondenza dei soggetti con malattie croniche, con tre o più malattie croniche e con almeno una malattia cronica grave.

Si può a questo punto ritenere che lo strumento sia valido nell'offrire una misura dello stato di salute e di cogliere differenze che sottogruppi della popolazione presentano nella percezione dello stesso.

## Conclusioni

La scelta di un approccio soggettivo all'analisi dello stato di salute offre diversi vantaggi. Secondo tale approccio, infatti, si riesce a misurare la salute in una maniera più completa cogliendo aspetti non altrimenti rilevabili ed estendendo il campo di misurazione anche a stati di salute non negativi (malattia o infermità).

La possibilità di dati disponibili dei due indici in molti altri paesi europei e non permetterà di studiare come variano le disuguaglianze nella salute gettando luce sui meccanismi che le generano, sulle politiche che potrebbero servire per contrastarle<sup>21</sup> e sui modelli di assistenza socio-sanitaria in cui si sono sviluppate. Il confronto a livello internazionale e l'analisi dei trend evolutivi consentiranno di capire dove, a parità di stili di vita, le differenze sono più basse, ne potranno scaturire proposte operative per interventi a livello preventivo e di politica sanitaria quale presupposto fondamentale per poterle contrastare e ridurre. In questo modo, si arricchisce il potenziale informativo dell'indagine che riesce a cogliere informazioni non più limitate all'output (ricoveri, consumo di farmaci ecc.) ma estese in maniera sempre più convincente all'*outcome*, dando così seguito alle raccomandazioni in tal senso date dalla stessa Oms<sup>22</sup> nel rapporto del 1998.

---

<sup>21</sup> Malattie croniche gravi: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; trombosì, embolia ed emorragia cerebrale; bronchite, enfisema, insufficienza respiratoria; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria.

<sup>22</sup> World Health Organization, The world health report, 1998: life in the 21st century – a vision for all.

## Bibliografia

- A R Davies and John E. Ware, Measuring health perceptions in the Health Insurance Experiment. Rand Publication n° R-2711-HHS. Santa Monica, USA: Rand Corporation, 1981.
- B Gandek and Jr. Ware John, "Methods for Validating and Norming Translations of health Status Questionnaire: The IQOLA Approach" J Clin Epidemiol. Volume 51, numero 11, pp. 953-959, 1998.
- B Gandek, JE Ware, NK Aaronson, G Apolone, JB Bjorner, JE Brazier, M Bullinger, S Kaasa, A Leplege, L Prieto, M Sullivan. Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the Sf-12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project. J Clin Epidemiol. Volume 51, n. 11, pp. 1171-1178, 1998.
- CA McHorney, JE Ware, JF Rachel Lu e CD Sherbourne. The MOS 36-Item Short Form Health Survey: Tests of Data Quality, Scaling Assumption and Reliability Across Diverse Patient Groups. Medical Care. Volume 32, numero 1, pp. 40-66. J. B. Lippincott Company. 1994.
- G Apolone, P Mosconi Come usare il questionario sullo stato di salute Sf-36 (Versione italiana). Progetto IQOLA. Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", 1996.
- G Apolone, P Mosconi, L Quattrociochi, E A L Granicolo, N Groth e John E. Ware J, Questionario sullo stato di salute Sf-12. Versione Italiana. Guerini e Associati Editore, Milano, 2001.
- Istat, Le Condizioni di salute della popolazione, Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 1999-2000, Informazioni n. 12- 2002.
- J M Robine, C Jagger and I Romieu, Selection of a Coherent set of Health Indicators for the European Union. Phase II: Final Report, Euro-Reves, August 2002.
- John E Ware and C D Sherbourne, The MOS 36- *item* short form health survey (Sf-36): conceptual framework and item selection. Medical Care 1992; 30: 473-81.
- John E Ware Jr, B Gandek and the IQOLA Project Group, Int J. Ment. Health, Vol. 23, No 2, pp. 49-73. M.E. Sharpe, Inc., 1994.
- John E Ware Jr, J Clin Epidemiology Vol. 51, No 11, 11. 891-892, 1998.
- John E Ware, Kosinski M, Keller SD. Sf-12: How to score the sf12 Physical & Mental Health Summary Scales. Boston, MA: The Health institute, New England Medical Center, Marzo 1995.
- Linda Laura Sabbadini, Le indagini di popolazione sulle condizioni di salute: il percorso della statistica ufficiale. Documento interno Istat.
- Macintyre S, Ellaway G Apolone et al. Self-perceived health status assessment in epidemiological studies. Evaluation of the Sf-12 Health Survey. Results from the MiOS Project.
- McDowell and C Newell, Measuring health: a guide to rating scales and questionnaire. New York/Oxford: Oxford University Press, 1987.

- Nunnally JC, Bernstein IH Psychometric theory. McGraw-Hill Series in Psychology, 1997.
- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- S M Hunt, SP McKenna et al., The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. Soc Sci Med. 1981; 221-229.
- World Health Organization, Statistic Netherlands. Health Interview Survey: Towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. WHO Regional Publications, European series n° 58, 1996.
- World Health Organization, The world health report, 1998: life in the 21st century – a vision for all.



# LA GEOGRAFIA DELLA SALUTE IN ITALIA: IMMAGINI DI SALUTE E IMMAGINI DI POVERTÀ

*C. Marinacci<sup>1</sup>, T. Spadea<sup>1</sup>, G. Cesaroni<sup>2</sup>, P. Vittori<sup>3</sup>, G. Costa<sup>4</sup>*

## **1. Introduzione: contesto o composizione nella spiegazione della variabilità geografica della salute?**

La salute della popolazione italiana è distribuita in modo non omogeneo tra le regioni e le ripartizioni geografiche<sup>5</sup>. Tale eterogeneità è in gran parte riconducibile alla differente composizione degli individui nelle aree, che può manifestarsi nella concentrazione di gruppi con fattori e stili di vita a maggior rischio per la salute; queste caratteristiche possono comprendere o essere influenzate dalle condizioni socioeconomiche individuali. Vi è, tuttavia, un interesse recente e crescente, sia nella letteratura internazionale che in ambito nazionale, nella valutazione della quota di variabilità territoriale di salute attribuibile a caratteristiche proprie dell'area, ipotizzando che alcune condizioni fisiche e socioeconomiche dell'ambiente possano modulare lo stato di salute di chi ci vive. Si è così sviluppato un dibattito sul ruolo indipendente e sull'influenza reciproca di attributi individuali e di contesto sulla

---

<sup>1</sup> Servizio epidemiologia, Asl 5 Piemonte.

<sup>2</sup> Dipartimento di epidemiologia, Asl Rm E, Regione Lazio.

<sup>3</sup> Osservatorio epidemiologico e per le politiche sociali, Regione Valle d'Aosta.

<sup>4</sup> Dipartimento di sanità pubblica e microbiologia, Università di Torino.

<sup>5</sup> Istituto Nazionale di Statistica. Le condizioni di salute della popolazione. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000" a cura di Gargiulo L. e Sebastiani G. Roma: Istat, 2001



salute, a partire dai primi anni 90, grazie anche all'introduzione di strumenti di analisi statistica come i modelli multilivello<sup>6</sup>

Effetti sulla salute possono innanzitutto essere generati da fattori a cui l'intera area o comunità è uniformemente esposta, e che riguardano il contesto fisico, economico e sociale; questi elementi vengono classificati attraverso variabili integrali, come il livello di industrializzazione, il grado di urbanizzazione, il sistema economico o politico, la zona altimetrica, la qualità dei trasporti, l'offerta di servizi. Si può anche ipotizzare che il contesto di residenza manifesti il proprio effetto supplementare attraverso l'aggregazione di caratteristiche individuali predisponenti verso una peggiore salute; questo tipo di effetti contestuali è pertanto misurabile mediante indicatori aggregati, come ad esempio la percentuale, in un quartiere, di individui con istruzione elementare<sup>7</sup>.

Molti studi sono stati condotti per valutare l'effetto sulla salute della deprivazione socioeconomica dell'area di residenza, misurata normalmente attraverso l'uso di indicatori aggregati compositi. Data la sua natura multidimensionale, la deprivazione viene di solito rilevata attraverso un indice costruito come combinazione di indicatori elementari che rappresentano varie dimensioni della deprivazione socioeconomica, tra loro indipendenti sul piano semantico. Le metodologie si basano sulla somma di un insieme di costrutti e sulla selezione di variabili elementari che li esprimono con un certo livello di approssimazione; anche i metodi di sintesi possono variare, con effetti sul significato dell'indicatore e, conseguentemente, sul suo valore<sup>8</sup>. La fonte statistica più frequentemente utilizzata per la rilevazione delle variabili elementari è costituita dai censimenti della popolazione, che rilevano variabili di tipo socioeconomico indispensabili per la quantificazione degli indicatori elementari su aggregati di individui. Gli indici aggregati di deprivazione socioeconomica hanno mostrato una significativa capacità predittiva della salute, con maggiori livelli di morbosità o mortalità tra le aree più deprivate, sia come approssimazione dell'effetto dello stato socioeconomico individuale, qualora l'aggregato comprenda un limitato numero di individui (simile ad esempio alla numerosità di persone che risiedono in una stessa sezione di censimento)<sup>9</sup>, sia come effetto indipendente della condizione

---

<sup>6</sup> Macintyre S, Maciver S, Sooman A. Area, class and health; should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy* 1993; 22:213-234.

Diez Roux AV. A glossary for multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:588-594

<sup>7</sup> Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science and Medicine* 2002; 55:125-139.

Diez Roux AV. A glossary for multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:588-594

<sup>8</sup> Folwell K. Single measures of deprivation. *J Epidemiol Community health* 1995; 49(Suppl 2): S51-S56

<sup>9</sup> Krieger N. Overcoming the absence of socio-economic data in medical records: validation and application of a census-based methodology. *Am J Public Health* 1992; 82:703-710.

Michelozzi P, Perucci CA, Forastiere F, Fusco D, Ancona C, Dell'Orco V. Inequality in health: socioeconomic differentials in mortality in Rome, 1990-95. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53:687-93.

socioeconomica del contesto, al netto della differente composizione delle aree in studio in termini di condizioni socioeconomiche individuali<sup>10</sup>.

Nella valutazione simultanea degli effetti di variabili contestuali e composizionali sulla mortalità e sulla morbosità, gli studi in ambito internazionale si sono concentrati particolarmente sull'analisi dell'impatto delle condizioni socioeconomiche, misurate sia attraverso indici aggregati di deprivazione del quartiere di residenza che mediante indicatori individuali. Non è ancora chiaro quale sia il ruolo del contesto nel processo che genera le differenze di salute: si è osservato un effetto della deprivazione socioeconomica del quartiere di residenza, talvolta mediata dal sesso e l'etnia, nella salute percepita, nella morbosità cronica, nelle patologie cardiovascolari, nell'adozione di alcuni fattori di rischio e stili di vita insalubri<sup>11</sup> e nel basso peso alla nascita<sup>12</sup>, anche controllando per fattori individuali di confondimento. La mancanza di sostegno sociale, ma anche l'influenza del contesto stesso su fattori individuali come lo stress, la predisposizione o la vulnerabilità verso stili di vita e comportamenti "a rischio" per la salute, potrebbero spiegare tali associazioni. È altrettanto verosimile che le caratteristiche socio-economiche di un'area determinino differenti livelli di assistenza e di qualità delle cure, correlando con la disponibilità e l'accessibilità di servizi sanitari. Non si può inoltre escludere l'esistenza di meccanismi di segregazione nella città, che portano le persone meno in salute a concentrarsi in luoghi più deprivati e dove la salute è già di per sé più compromessa, e che ciò sia in grado di influenzare anche i profili geografici della salute.

Numerosi studi italiani si sono proposti, invece, di valutare l'effetto di variabili integrali, come il grado di urbanizzazione e la zona altimetrica, riscontrando eccessi di mortalità per tumori maligni e patologie cardiovascolari nei comuni urbani<sup>13</sup> e una maggiore morbosità cronica tra i residenti nei comuni montani del

---

<sup>10</sup> Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:111-122.

Marinacci C, Spadea T, Biggeri A, Demaria M, Caiazzo A, Costa G. The role of individual and contextual socioeconomic circumstances on mortality: analysis of time variations in a city of northwest Italy. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004, in press.

<sup>11</sup> Diez Roux AV, Nieto JF, Muntaner C et al. Neighbourhood Environments and Coronary Heart Disease: A Multilevel Analysis. *Am J Epidemiol* 1997;146: 48-63.

Shouls S, Congdon P, Curtis S. Modelling inequality in reported long-term illness in the UK: combining individual and area characteristics. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50:366-376.

<sup>12</sup> Roberts E. Neighbourhood social environments and the distribution of low birthweight in Chicago. *Am J Public Health* 1997; 87:597-603. Pearl M, Braveman P, Abrams B. The relationship of neighbourhood socio-economic characteristics to birthweight among 5 ethnic groups in California. *Am J Public Health* 2001; 91:1808-1814.

Pearl M, Braveman P, Abrams B. The relationship of neighbourhood socio-economic characteristics to birthweight among 5 ethnic groups in California. *Am J Public Health* 2001; 91:1808-1814.

<sup>13</sup> Bidoli E, Franceschi S, Dal Maso L, Guarneri S, Barbone F. Cancer mortality by urbanization and altitude in a limited area in Northeastern Italy. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1993; 41:374-82. Crocetti E, Miccinesi G, Paci E, Cislighi C. What is hidden behind urban and semiurban cancer incidence and mortality differences in central Italy? *Tumori* 2002; 88:257-61.

Piemonte<sup>14</sup>. In Italia nord orientale, eccessi di mortalità per alcuni tumori sono stati osservati tra i residenti in comuni al di sopra dei 200 metri di altitudine<sup>15</sup>. L'effetto del grado di urbanizzazione potrebbe sintetizzare l'influenza sia di fattori fisici, come l'inquinamento, che sociali, come lo stress e la scarsa coesione sociale. La zona altimetrica potrebbe invece essere associata ad un differente grado di disponibilità ed accessibilità di servizi sanitari.

## **2. Valutazione dell'effetto di fattori individuali e contestuali sulla salute attraverso l'analisi multilivello**

### **2.1 Materiali e metodi**

Il presente lavoro si è proposto di analizzare l'importanza relativa e gli effetti interattivi di fattori individuali e contestuali su alcune misure dello stato di salute, rilevate dall'Indagine sulle "Condizioni di Salute e il Ricorso ai Servizi Sanitari" del periodo 1999-2000, con particolare attenzione all'effetto delle condizioni socioeconomiche individuali e dell'area di residenza.

Lo studio è stato effettuato su un sottocampione di quello oggetto di indagine, relativo agli individui con età pari o superiore a 18 anni, per un totale di 55.303 uomini e 59.716 donne.

È stata presa in considerazione, innanzitutto, la dimensione soggettiva della salute, espressa attraverso lo stato percepito; i quintili delle prevalenze regionali standardizzate della percezione di cattiva salute sono mostrati in Figura 1 (le zone più scure sono caratterizzate da una maggiore prevalenza di tale condizione). Come risulta anche dal rapporto pubblicato dall'Istat con i risultati dell'indagine<sup>16</sup>, la percezione di cattiva salute è maggiormente frequente tra i residenti nelle regioni del sud d'Italia, rispetto a quanto invece si osserva nel nord, con il centro in posizione intermedia; questo profilo si evidenzia per entrambi i generi.

In Figura 2 si osservano invece i quintili dei punteggi medi regionali relativi all'indice di stato fisico e all'indice di stato psicologico, calcolati entrambi come sintesi di *items* del questionario Sf12 (si veda in questo volume Gianicolo E, La

---

<sup>14</sup> Vannoni F, Cadum E, Demaria M, Gnani R, Costa G. Salute, stili di vita, ricorso ai servizi sanitari nelle famiglie piemontesi 1994-1995. 1999, Regione Piemonte.

Gnani R, Dalmaso M, Demaria M, Migliardi A, Costa G. La mortalità in Piemonte negli anni 1995-1997; 2001, Regione Piemonte.

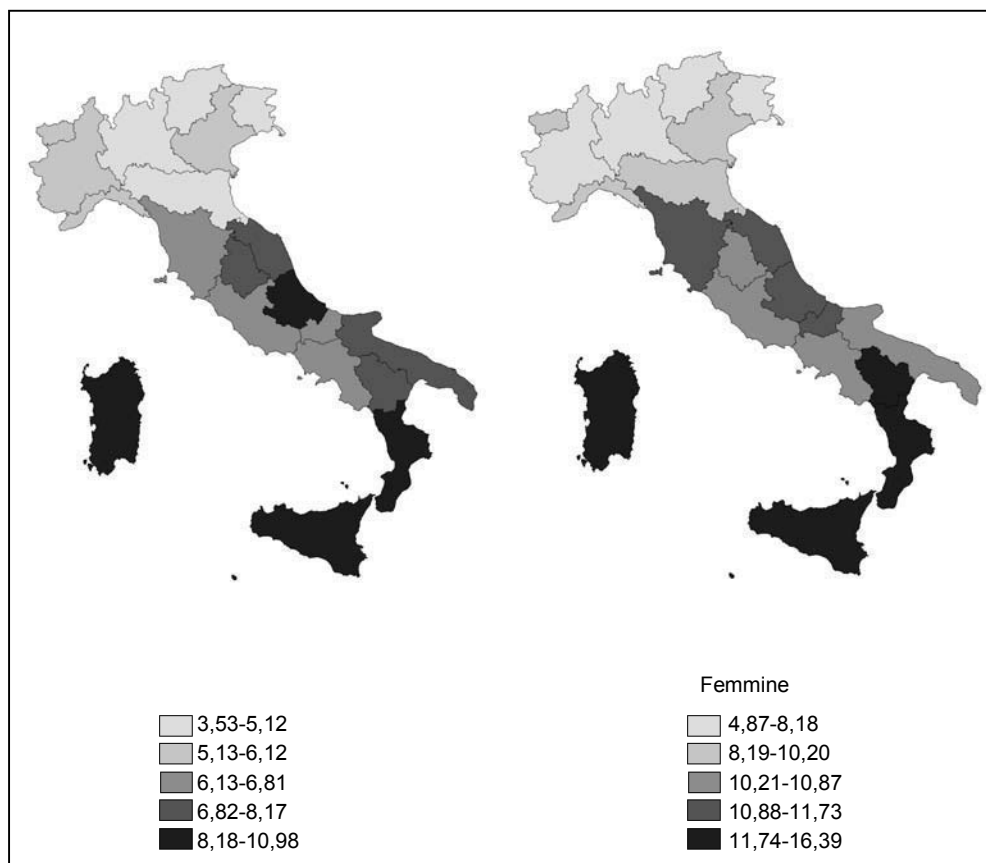
<sup>15</sup> Bidoli E, Franceschi S, Dal Maso L, Guarneri S, Barbone F. Cancer mortality by urbanization and altitude in a limited area in Northeastern Italy. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1993; 41:374-82.

Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary test of reliability and validity. *Med Care* 1996; 34:220-33

<sup>16</sup> Istituto Nazionale di Statistica. Le condizioni di salute della popolazione. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000" a cura di Gargiulo L. e Sebastiani G. Roma: Istat, 2001

percezione come misura dello stato di salute) somministrato al campione<sup>17</sup>. In questa mappa, le zone più scure sono associate a valori più bassi dell'indice, denotando livelli di salute peggiore.

**Figura 1 - Cattiva salute percepita. Quintili delle prevalenze (%) standardizzate (rif. popolazione italiana al 1 gennaio 2000)**



Si conferma nella salute fisica il gradiente nord-centro-sud osservato nella percezione di cattiva salute, mentre l'indice di stato psicologico mostra un profilo geografico non classificabile in base alle ripartizioni geografiche.

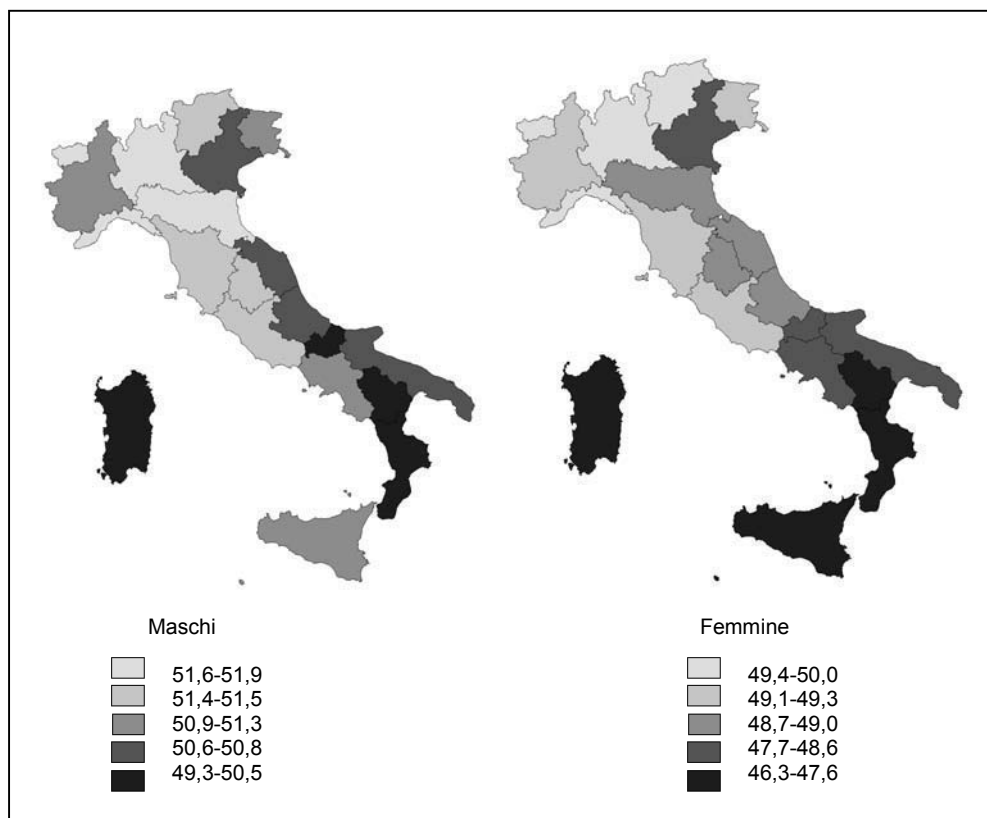
È stata inoltre presa in considerazione anche la dimensione oggettiva dello stato di salute, espressa dalla presenza di una o più malattie croniche gravi

<sup>17</sup> Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary test of reliability and validity. *Med Care* 1996; 34:220-33.  
Kodraliu G, Mosconi P, Groth N, Carmosino G, Perilli A, Gianicolo EAL, Rossi C, Apolone G. Subjective health status assessment: evaluation of the italian version of the Sf-12 Health Survey. Results from the MiOS Project. *J Epidemiol and Biostatistics* 2001;6: 305-16.

diagnosticate dal medico; la distribuzione regionale di tale indicatore evidenzia maggiore frequenza di questa condizione nelle regioni meridionali (Figura 3).

Queste misure dello stato di salute sono state analizzate in funzione di alcune caratteristiche individuali (o familiari), come l'età, l'istruzione e la tipologia familiare, e di caratteristiche del comune di residenza, come la ripartizione geografica, l'ampiezza demografica, la zona altimetrica, e il livello di deprivazione socioeconomica.

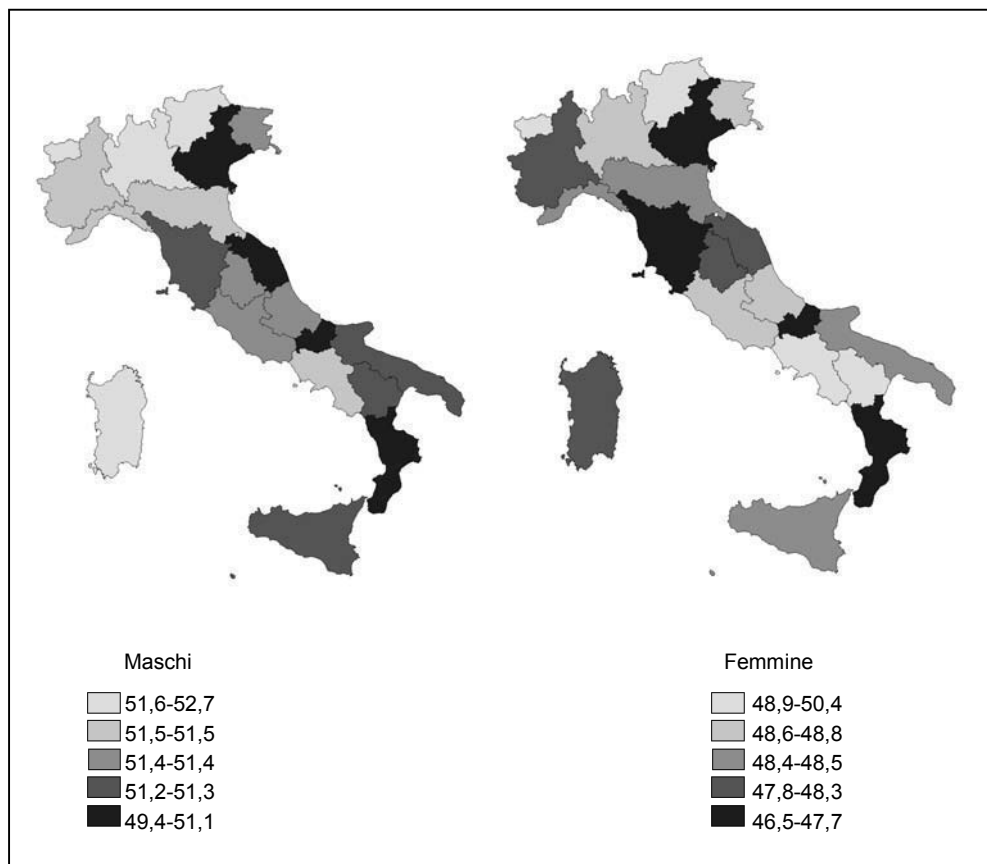
**Figura 2a - Sf12, indice di stato fisico. Quintili dei punteggi medi regionali standardizzati (rif. popolazione italiana al 1 gennaio 2000)**



Quest'ultimo è stato misurato attraverso i dati del censimento del 1991, sintetizzando, per ciascun comune, il proprio livello di deprivazione materiale, culturale, di status e di sostegno familiare, cumulando cioè: la percentuale di persone con bassa istruzione (al più elementare), la percentuale di popolazione attiva disoccupata, la percentuale di case occupate in affitto, la quota di case senza gabinetto interno all'abitazione, la percentuale di famiglie monogenitoriali, la densità abitativa media<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> Cadum, E., Costa, G., Biggeri, A., Martuzzi M. Deprivation and mortality: a deprivation index suitable for geographical analysis of inequalities. *Epidemiol Prev* 1999;23:175-87

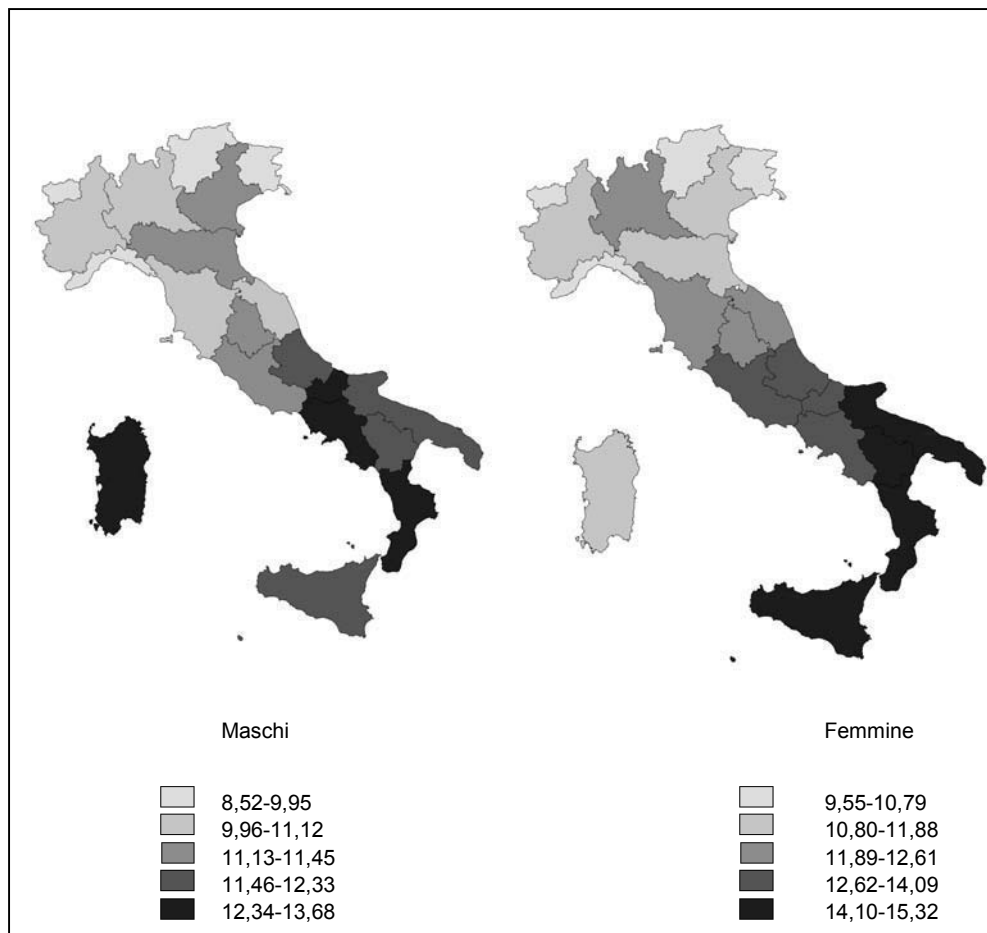
**Figura 2b - Sf12, indice di stato psicologico. Quintili dei punteggi medi regionali standardizzati (rif. popolazione italiana al 1 gennaio 2000)**



Gli effetti indipendenti delle caratteristiche composizionali (individuali) e contestuali sulla salute sono stati valutati mediante modelli multilivello, specifici per genere, considerando una struttura gerarchica dei dati a 3 livelli (individui entro comuni, comuni entro regioni) e utilizzando modelli lineari o logistici a seconda della natura della variabile di esito analizzata<sup>19</sup>. Abbiamo inoltre testato la presenza di una variabilità regionale significativa intorno agli effetti, sia individuali che contestuali, delle condizioni socioeconomiche.

<sup>19</sup> Goldstein H. Multilevel statistical models. New York: Halsted Press, 1995  
 Snijders T, Bosker R. Multilevel Analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modelling. London: SAGE Publications, 2000

**Figura 3 - Una o più malattie croniche diagnosticate dal medico. Quintili delle prevalenze (%) regionali standardizzati (rif. popolazione italiana al 1 gennaio 2000)**



## 2.2 I risultati dei modelli multilivello

Dai risultati dei modelli emerge come la percezione di cattiva salute sia fortemente associata con l'istruzione individuale, con maggiori probabilità di riportare tale condizione tra le persone meno istruite (Prospetto 1). Si osserva un effetto, più lieve, della deprivazione del comune di residenza e un maggior rischio di riportare cattiva salute tra gli uomini in famiglie monogenitoriali, rispetto ai membri di coppie con o senza figli o altri tipi di famiglie con più di una persona.

Tra i maschi residenti in comuni montani con meno di 10 mila abitanti si evidenzia una minore probabilità di riportare cattiva salute, rispetto agli abitanti di comuni con oltre 10 mila ma meno di 50 mila abitanti, mentre le donne che vivono in aree metropolitane riportano tale condizione in misura lievemente superiore. Si

evidenza, inoltre, una salute peggiore tra le persone residenti nelle regioni meridionali e centrali, rispetto ai residenti nell'Italia settentrionale, e tale svantaggio risulta ancora più marcato per i residenti nelle isole. Infine rimane una variabilità regionale generale di salute non spiegata dagli effetti misurati e si osserva, tra le donne, una ulteriore variabilità tra le regioni nell'effetto dell'istruzione elementare.

### Prospetto 1 - Cattiva salute percepita. Modelli multilivello

		Odds ratios (I.C. 95%) controllati per età	
		uomini	donne
<b>Istruzione</b>			
<i>(rif. laurea)</i>	diploma	1,48 (1,17;1,87)	1,4 (1,12;1,76)
	licenza media inferiore	2,22 (1,77;2,79)	2,18 (1,75;2,71)
	licenza elementare	4,71 (3,77;5,87)	4,77 (3,77;6,03)
<b>Comune deprivato</b>			
<i>(rif. non deprivato)</i>		1,2 (1,07;1,35)	1,2 (1,08;1,34)
<b>Tipologia familiare</b>			
<i>(rif. coppie con/senza figli + altre tipologie)</i>	famiglie monogenitoriali	1,3 (1,10;1,54)	1,08 (0,97;1,20)
	famiglie unipersonali	1,07 (0,96;1,20)	0,94 (0,87;1,02)
<b>Ampiezza demografica e zona altimetrica</b>			
<i>(rif. comuni con 10.001-50.000 abitanti)</i>	<=2.000 abitanti pianura	0,88 (0,74;1,04)	1,01 (0,87;1,19)
	<=2.000 abitanti montagna	0,85 (0,73;0,98)	0,89 (0,78;1,01)
	2.001-10.000 abitanti pianura	0,98 (0,84;1,13)	0,98 (0,86;1,12)
	2.001-10.000 abitanti montagna	0,82 (0,71;0,96)	0,93 (0,81;1,06)
	>50.000 abitanti	1,05 (0,90;1,24)	1,14 (0,99;1,33)
	aree metropolitane	0,93 (0,79;1,10)	1,16 (1,00;1,35)
<b>Ripartizione geografica</b>			
<i>(rif. nord)</i>	centro	1,5 (1,22;1,84)	1,57 (1,22;2,03)
	sud	1,46 (1,21;1,77)	1,69 (1,35;2,11)
	isole	1,93 (1,49;2,48)	2,07 (1,50;2,86)
<b>Variabilità significativa tra regioni</b>	<b>intercetta</b>		<b>intercetta istruzione elementare</b>



Questo secondo tipo di variabilità documenta la presenza di specifici coefficienti regionali che esprimono distinti differenziali di salute tra donne con istruzione elementare e donne laureate; questi differenziali si discostano, talvolta in modo significativo, dall'effetto medio, la cui trasformazione esponenziale corrisponde al rapporto delle odds di cattiva salute percepita tra i due estremi di istruzione, riportato nel Prospetto 1 e stimato pari a 4,77.

Il Prospetto 2 descrive i risultati relativi al modello sull'indice di stato fisico elaborato con l' Sf12; il valore di tale indice decresce al peggiorare dello stato di salute. Tali risultati confermano pertanto lo svantaggio di salute tra le persone meno istruite, ma non evidenziano alcun effetto prodotto dalle condizioni socioeconomiche del comune di residenza. Si osserva uno stato di salute migliore tra gli uomini in famiglie unipersonali e una peggiore condizione tra i residenti, di entrambi i generi, in comuni montani molto piccoli (con meno di 2 mila abitanti).

Il gradiente nord-sud si attenua tra gli uomini, dove rimane soltanto un lieve svantaggio tra i residenti nel meridione, mentre tra le donne tale relazione appare invertita, con un significativo svantaggio di salute tra le donne del nord.

Rimane infine una variabilità regionale di salute non spiegata e una ulteriore variabilità tra regioni nelle differenze di salute tra individui caratterizzati da livelli estremi di istruzione. I valori dell'indice di stato psicologico mostrano una marcata associazione soltanto con il livello di istruzione (Prospetto 3), con una significativa modificazione regionale del differenziale di salute tra le due categorie estreme, e con la tipologia familiare, evidenziando un decremento dei punteggi, e quindi peggiore salute, tra i membri di famiglie unipersonali o monogenitoriali rispetto alla categoria di riferimento.

I maschi residenti nelle isole o abitanti in comuni montani con meno di 2 mila abitanti mostrano, infine, punteggi significativamente superiori, rispetto ai relativi riferimenti. Anche in questo caso si evidenzia infine una variabilità regionale residua di salute.

Il Prospetto 4 mostra maggiore probabilità di riportare una o più malattie croniche tra le persone meno istruite, maggiore morbosità tra le donne in famiglie unipersonali o monogenitoriali o tra le residenti nelle aree metropolitane, mentre gli uomini in famiglie unipersonali o residenti in comuni montani con meno di 10 mila abitanti riportano una minore probabilità di essere affetti da una o più malattie croniche.

Si conferma infine il divario di salute tra residenti al nord e residenti nell'area sud-isole (tra gli uomini un lieve svantaggio è riportato anche al centro). Tra le donne rimane una significativa variabilità regionale nell'effetto medio dell'istruzione elementare (OR=3,64). La Figura 4 mostra, per ciascuna regione, lo scostamento, con il relativo intervallo di confidenza, dal coefficiente medio corrispondente a tale *odds ratio*; quando l'intervallo non comprende lo zero si è in presenza di uno scostamento significativo, che può essere positivo o negativo.

Gli scostamenti significativi positivi, situati nella parte destra del grafico, corrispondono ai coefficienti regionali che presentano un incremento del differenziale di morbosità tra donne poco istruite e molto istruite, rispetto al valore

## Prospetto 2 - Sf12, indice di stato fisico. Modelli multilivello

		Coefficients (I.C. 95%) controllati per età	
		uomini	donne
<b>Istruzione</b>			
<i>(rif. laurea)</i>	diploma	-0,93 (-1,20;-0,66)	-0,71 (-1,01;-0,41)
	licenza media inferiore	-1,68 (-1,95;-1,41)	-1,71 (-2,01;-1,40)
	licenza elementare	-4,56 (-5,12;-4,00)	-5,2 (-5,86;-4,53)
<b>Comune deprivato</b>			
<i>(rif. non deprivato)</i>		-0,08 (-0,33;0,17)	-0,03 (-0,30;0,25)
<b>Tipologia familiare</b>			
<i>(rif. coppie con/senza figli + altre tipologie)</i>	famiglie monogenitoriali	-0,08 (-0,36;0,20)	-0,18 (-0,42;0,07)
	famiglie unipersonali	0,31 (0,06;0,55)	-0,12 (-0,34;0,11)
<b>Ampiezza demografica e zona altimetrica</b>			
<i>(rif. comuni con 10.001-50.000 abitanti)</i>	<=2.000 abitanti pianura	-0,42 (-0,80;-0,04)	-0,55 (-0,97;-0,12)
	<=2.000 abitanti montagna	-0,22 (-0,54;0,10)	-0,06 (-0,42;0,30)
	2.001-10.000 abitanti pianura	-0,12 (-0,44;0,21)	-0,12 (-0,49;0,24)
	2.001-10.000 abitanti montagna	-0,01 (-0,32;0,31)	-0,13 (-0,48;0,23)
	>50.000 abitanti	0,29 (-0,09;0,66)	0,09 (-0,35;0,52)
	aree metropolitane	0,27 (-0,11;0,65)	-0,14 (-0,57;0,30)
<b>Ripartizione geografica</b>			
<i>(rif. nord)</i>	centro	-0,15 (-0,57;0,27)	0,56 (0,20;0,92)
	sud	-0,37 (-0,75;0,00)	1,13 (0,83;1,43)
	isole	-0,45 (-0,99;0,08)	0,64 (0,25;1,04)
<b>Variabilità significativa tra regioni</b>		<b>intercetta istruzione elementare</b>	<b>intercetta istruzione elementare</b>

medio: essi sono i coefficienti di Campania, Basilicata, Calabria e Molise, dove quindi il divario di salute per istruzione risulta maggiormente accentuato, significativamente superiore a quello medio.

Viceversa la Valle d'Aosta, che presenta l'unico scostamento negativo significativo, è la regione dove il divario di salute per livelli estremi di istruzione è significativamente minore di quello medio.

### Prospetto 3 - Sf12, indice di stato psicologico. Modelli multilivello

		Coefficienti (I.C. 95%) controllati per età	
		uomini	donne
<b>Istruzione</b>			
<i>(rif. laurea)</i>	diploma	-0,54 (-0,86;-0,23)	-0,39 (-0,76;-0,03)
	licenza media inferiore	-0,56 (-0,87;-0,24)	-0,53 (-0,90;-0,16)
	licenza elementare	-2,03 (-2,62;-1,43)	-2,2 (-2,80;-1,59)
<b>Comune deprivato</b>			
<i>(rif. non deprivato)</i>		-0,04 (-0,32;0,39)	-0,04 (-0,47;0,40)
<b>tipologia familiare</b>			
<i>(rif. coppie con/senza figli + altre tipologie)</i>	famiglie monogenitoriali	-1,2 (-1,53;-0,87)	-1,73 (-2,03;-1,43)
	famiglie unipersonali	-0,72 (-1,00;-0,44)	-1,04 (-1,40;-0,67)
<b>Ampiezza demografica e zona altimetrica</b>			
<i>(rif. comuni con 10.001-50.000 abitanti)</i>	<=2.000 abitanti pianura	-0,07 (-0,61;0,46)	-0,58 (-1,22;0,07)
	<=2.000 abitanti montagna	0,72 (0,26;1,17)	0,36 (-0,20;0,91)
	2.001-10.000 abitanti pianura	-0,02 (-0,48;0,44)	-0,13 (-0,69;0,43)
	2.001-10.000 abitanti montagna	0,35 (-0,11;0,80)	0,21 (-0,34;0,76)
	>50.000 abitanti	-0,06 (-0,63;0,51)	0,53 (-0,25;1,30)
	aree metropolitane	-0,1 (-0,66;0,46)	-0,44 (-1,13;0,25)
<b>Ripartizione geografica</b>			
<i>(rif. nord)</i>	centro	0,2 (-0,39;0,80)	-0,26 (-1,31;0,80)
	sud	0,41 (-0,11;0,94)	0,17 (-0,76;1,10)
	isole	1,13 (0,39;1,87)	0,62 (-0,72;1,97)
<b>Variabilità significativa tra regioni</b>		<b>intercetta istruzione elementare</b>	<b>intercetta istruzione elementare</b>

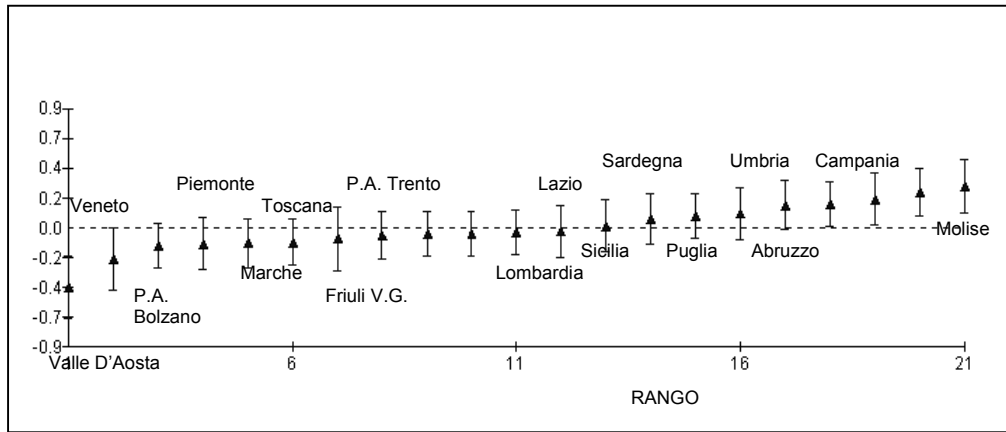
Il profilo che emerge da questi residui regionali, e che evidenzia un significativo incremento delle disuguaglianze di salute associate alla differente condizione socioeconomica individuale nelle regioni meridionali, è simile a quello prodotto nei modelli precedenti in cui si riscontra la presenza di una significativa variabilità regionale intorno all'effetto dell'istruzione elementare rispetto alla laurea. La Figura 5 ne mostra i risultati per quanto riguarda l'indice di stato fisico misurato con l'Sf12.

#### Prospetto 4 - Una o più malattie croniche. Modelli multilivello

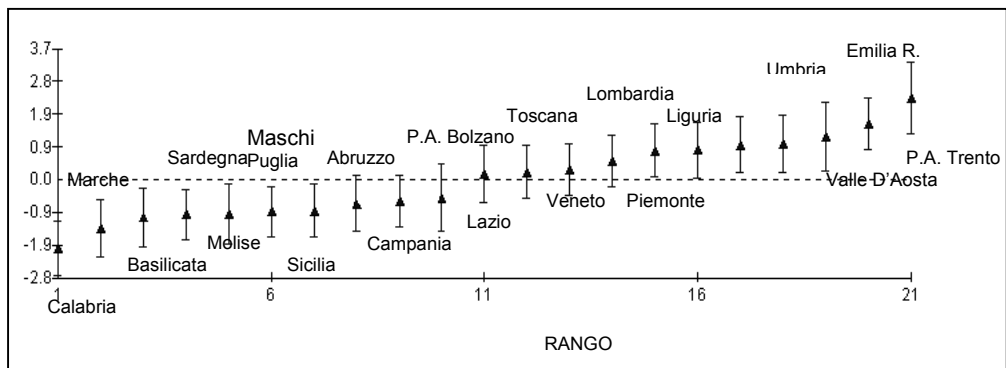
		Odds ratios (I.C. 95%) controllati per età	
		uomini	donne
<b>Istruzione</b>			
<i>(rif. laurea)</i>	diploma	1,02 (0,88;1,19)	1,29 (1,06;1,56)
	licenza media inferiore	1,27 (1,10;1,47)	1,66 (1,37;2,01)
	licenza elementare	2,44 (2,12;2,82)	3,64 (2,80;4,73)
<b>Comune deprivato</b>			
<i>(rif. non deprivato)</i>		1,01 (0,93;1,10)	1,04 (0,96;1,13)
<b>Tipologia familiare</b>			
<i>(rif. coppie con/senza figli + altre tipologie)</i>	famiglie monogenitoriali	0,95 (0,82;1,11)	1,17 (1,06;1,29)
	famiglie unipersonali	0,9 (0,82;0,99)	1,15 (1,07;1,24)
<b>Ampiezza demografica e zona altimetrica</b>			
<i>(rif. comuni con 10.001-50.000 abitanti)</i>	<=2.000 abitanti pianura	0,98 (0,85;1,12)	1,11 (0,97;1,27)
	<=2.000 abitanti montagna	0,85 (0,76;0,96)	0,99 (0,88;1,11)
	2.001-10.000 abitanti pianura	1,06 (0,94;1,19)	1,08 (0,96;1,21)
	2.001-10.000 abitanti montagna	0,83 (0,74;0,94)	1,01 (0,90;1,14)
	>50.000 abitanti	1,05 (0,92;1,19)	1,04 (0,91;1,18)
	aree metropolitane	0,97 (0,85;1,11)	1,18 (1,04;1,35)
<b>Ripartizione geografica</b>			
<i>(rif. nord)</i>	centro	1,16 (1,05;1,28)	1,05 (0,96;1,15)
	sud	1,22 (1,12;1,34)	1,12 (1,04;1,22)
	isole	1,14 (1,01;1,28)	1,26 (1,14;1,39)
<b>Variabilità significativa tra regioni</b>		<b>istruzione elementare</b>	

I modelli multilivello hanno dunque permesso di scomporre la variabilità geografica di salute nelle componenti attribuibili all'individuo e al contesto di residenza. I risultati dei modelli presentati sembrano confermare il ruolo primario delle differenze di composizione, in particolare quelle di tipo socioeconomico, nella spiegazione della distribuzione regionale della salute: gli effetti valutati documentano un forte impatto sulla salute prodotto dal titolo di studio, con uno svantaggio tra gli individui meno istruiti, e dalla tipologia familiare, con particolare svantaggio tra le famiglie unipersonali o monogenitoriali nella salute mentale e, tra le donne, nella morbosità cronica.

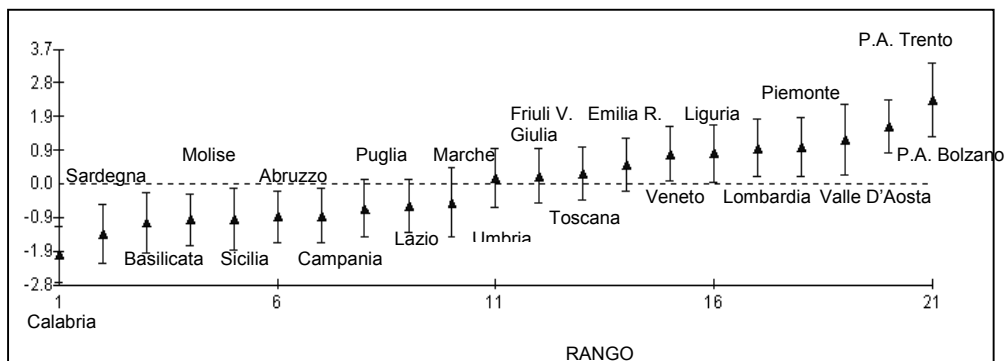
**Figura 4 - Una o più malattie croniche diagnosticate dal medico. Donne. Scostamenti regionali dall'effetto dell'istruzione elementare (vs. laurea)**



**Figura 5a - Sf12, indice di stato fisico. Uomini. Scostamenti regionali dall'effetto dell'istruzione elementare (vs. laurea)**



**Figura 5b - Sf12, indice di stato fisico. Donne. Scostamenti regionali dall'effetto dell'istruzione elementare (vs. laurea)**



Ma i modelli evidenziano anche una significativa modificazione regionale dell'impatto di queste caratteristiche composizionali, con particolari effetti di amplificazione o attenuazione delle differenze di salute per istruzione a carico di alcune regioni. Il profilo regionale che ne emerge evidenzia un maggior divario di salute tra laureati e persone con istruzione elementare al sud, mentre lo svantaggio di salute dei meno istruiti risulta mitigato in alcune regioni settentrionali.

Per quanto riguarda, invece, gli effetti indipendenti delle caratteristiche contestuali, la deprivazione del comune mostra un effetto, di entità modesta, soltanto sulla salute percepita; si evidenzia inoltre una peggiore salute percepita e una maggiore morbosità cronica tra le donne residenti nei comuni metropolitani, mentre gli uomini residenti in comuni montani con meno di 10 mila abitanti mostrano una lieve protezione da queste due condizioni. Infine rimane confermato il gradiente geografico nord-sud nella percezione di cattiva salute e nella morbosità cronica, anche al netto di tutti gli effetti composizionali e contestuali esaminati.

La presenza di scostamenti regionali significativi intorno all'intercetta, osservati in tutti i modelli relativi alla dimensione soggettiva della salute, evidenzia ulteriori differenze di salute tra regioni, non spiegate dai fattori inseriti nei modelli: queste possono essere attribuite ad importanti variabili non considerate o a problemi di classificazione o rappresentazione degli effetti testati nei modelli. Va sottolineato come la misura della deprivazione socioeconomica del comune di residenza, sintetizzata attraverso un unico indicatore, possa presentare problemi di validità per grandi comuni, dove sono, verosimilmente, le condizioni socioeconomiche di contesti più piccoli, come quelle di quartieri o circoscrizioni, a manifestare effetti sulla salute. La riduzione di informazione generata dalla dicotomizzazione dell'indicatore di deprivazione può aver causato una ulteriore perdita di capacità predittiva che, tuttavia, da analisi preliminari non abbiamo riscontrato.

## **Conclusioni**

In conclusione, gli elementi che emergono sembrano richiamare l'importanza di politiche redistributive anche nell'ottica di ridurre l'effetto sulla salute della privazione di risorse materiali e culturali. Ulteriori approfondimenti meritano di essere prodotti allo scopo di evidenziare gli elementi contestuali o macrocontestuali che caratterizzano le regioni meridionali e che forniscono un contributo ad accrescere il divario di salute basato sulle condizioni socioeconomiche. L'uso dei modelli multilivello appare promettente per questi obiettivi, permettendo di integrare il set di variabili fin qui utilizzato con indicatori contestuali reperibili da altri flussi informativi su cui si ipotizzi un legame con i meccanismi di contesto che generano le disuguaglianze di salute. Il ricco patrimonio informativo dell'indagine sulle condizioni di salute degli anni 1999-2000 permetterebbe, inoltre, di esplorare tali meccanismi non soltanto su misure dello stato di salute, ma anche sui relativi fattori di rischio e sull'appropriatezza nel ricorso ai servizi sanitari.

## Bibliografia

- Bidoli E, Franceschi S, Dal Maso L, Guarneri S, Barbone F. Cancer mortality by urbanization and altitude in a limited area in Northeastern Italy. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1993; 41:374-82.
- Bidoli E, Franceschi S, Montella M. Cancer mortality by urbanization and proximity to the sea coast in Campania Region, southern Italy. *Tumori* 1998; 84:460-6.
- Cadum, E., Costa, G., Biggeri, A., Martuzzi M. Deprivation and mortality: a deprivation index suitable for geographical analysis of inequalities. *Epidemiol Prev* 1999;23:175-87.
- Crocetti E, Miccinesi G, Paci E, Cislighi C. What is hidden behind urban and semiurban cancer incidence and mortality differences in central Italy? *Tumori* 2002; 88:257-61.
- Diez Roux AV, Nieto JF, Muntaner C et al. Neighbourhood Environments and Coronary Heart Disease: A Multilevel Analysis. *Am J Epidemiol* 1997;146: 48-63.
- Diez Roux AV. A glossary for multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:588-594.
- Duncan C, Jones K, Moon G. Context, composition and heterogeneity: using multilevel models in health research. *Soc Sci Med* 1998;46(1):97-117.
- Folwell K. Single measures of deprivation. *J Epidemiol Community health* 1995; 49(Suppl 2): S51-S56.
- Gnavi R, Dalmaso M, Demaria M, Migliardi A, Costa G. La mortalità in Piemonte negli anni 1995-1997; 2001, Regione Piemonte.
- Goldstein H. Multilevel statistical models. New York: Halsted Press, 1995.
- Istituto Nazionale di Statistica. Le condizioni di salute della popolazione. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000" a cura di Gargiulo L. e Sebastiani G. Roma: Istat, 2001.
- Jones K, Duncan C. Individuals and their ecologies: analysing the geography of chronic illness within a multilevel modelling framework. *Health and Place* 1995; 1: 27-40.
- Kodraliu G, Mosconi P, Groth N, Carosino G, Perilli A, Gianicolo EAL, Rossi C, Apolone G. Subjective health status assessment: evaluation of the italian version of the Sf-12 Health Survey. Results from the MiOS Project. *J Epidemiol and Biostatistics* 2001;6: 305-16.
- Krieger N. Overcoming the absence of socio-economic data in medical records: validation and application of a census-based methodology. *Am J Public Health* 1992; 82:703-710.
- Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science and Medicine* 2002; 55:125-139.
- Macintyre S, Maciver S, Sooman A. Area, class and health; should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy* 1993; 22:213-234.

- Marinacci C, Spadea T, Biggeri A, Demaria M, Caiazzo A, Costa G. The role of individual and contextual socioeconomic circumstances on mortality: analysis of time variations in a city of northwest Italy. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004, in press.
- Michelozzi P, Perucci CA, Forastiere F, Fusco D, Ancona C, Dell'Orco V. Inequality in health: socioeconomic differentials in mortality in Rome, 1990-95. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53:687-93.
- Pearl M, Braveman P, Abrams B. The relationship of neighbourhood socioeconomic characteristics to birthweight among 5 ethnic groups in California. *Am J Public Health* 2001; 91:1808-1814.
- Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:111-122.
- Roberts E. Neighbourhood social environments and the distribution of low birthweight in Chicago. *Am J Public Health* 1997; 87:597-603.
- Shouls S, Congdon P, Curtis S. Modelling inequality in reported long-term illness in the UK: combining individual and area characteristics. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50:366-376.
- Slogett A, Joshi H. Deprivation indicators as predictors of life events 1981-1992 based on the UK ONS Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52:228-233.
- Snijders T, Bosker R. *Multilevel Analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modelling*. London: SAGE Publications, 2000.
- Tenconi MT, Devoti G, Comelli M. Role of socioeconomic indicators in the prediction of all causes and coronary heart disease mortality in over 12,000 men--The Italian RIFLE pooling project. *Eur J Epidemiol* 2000; 16:565-71.
- Uccelli R, Mastrantonio M, Di Paola M. Distribution of causes of death in communities with different urbanization levels. *Epidemiol Prev* 2000; 24:28-37.
- Vannoni F, Cadum E, Demaria M, Gnani R, Costa G. Salute, stili di vita, ricorso ai servizi sanitari nelle famiglie piemontesi 1994-1995. 1999, Regione Piemonte.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary test of reliability and validity. *Med Care* 1996; 34:220-33.





# FAMIGLIE CON FIGLI IN CONDIZIONE SOCIO-ECONOMICA SVANTAGGIATA

*F. Vannoni<sup>1</sup>, C. Marinacci<sup>1</sup>, G. Costa<sup>2</sup>, C. Saraceno<sup>3</sup>, N. Negri<sup>3</sup>, M. Cardano<sup>3</sup>*

## **Introduzione**

Diversi studi epidemiologici e sociologici hanno documentato che alcune delle disuguaglianze nella salute adulta nascono da differenze nella prevalenza di problemi di salute nei primi anni di vita e nel radicamento durante l'infanzia e l'adolescenza di comportamenti insalubri come un'alimentazione squilibrata e l'abitudine al fumo. La salute dei bambini costituisce anche una risorsa per il successo scolastico e la carriera lavorativa, che rappresentano a loro volta risorse per la salute adulta.

La disponibilità di informazioni sulle variazioni nello stato di salute e nei comportamenti insalubri dei bambini in ragione delle caratteristiche socio-economiche della famiglia è utile per individuare quali sono le condizioni di maggiore svantaggio che rischiano di compromettere il capitale di salute dei bambini e dei giovani. La formulazione di ipotesi sui meccanismi responsabili di queste associazioni può suggerire delle considerazioni per la progettazione di politiche, soprattutto non sanitarie, volte a proteggere la salute delle persone in giovane età.

---

<sup>1</sup> Servizio di epidemiologia - Asl 5 Piemonte.

<sup>2</sup> Dipartimento di sanità pubblica e di microbiologia - Università di Torino.

<sup>3</sup> Dipartimento di scienze sociali - Università di Torino.

Questo lavoro, per il quale Francesca Vannoni ha effettuato tutte le elaborazioni e steso le varie versioni, è frutto di discussioni con tutti gli autori.

In questo lavoro si riporta, separatamente per i figli minorenni e per quelli maggiorenni che ancora vivono con la famiglia di origine<sup>4</sup>, i risultati delle analisi sulle disuguaglianze sociali nella salute e nella propensione al rischio e alla prevenzione di tipo sanitario.

## 1. Materiali e metodi

Per l'analisi di queste diverse dimensioni di salute sono stati considerati i seguenti indicatori costruiti a partire dai dati dell'indagine Istat Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999/2000:

- La salute percepita autodichiarata o riferita dalla persona che ha compilato il questionario per conto del bambino come misura della sensazione complessiva del proprio stato di salute attraverso i giudizi espressi in risposta alla domanda "Come va in generale la sua salute: molto male, male, discretamente, bene, molto bene" e ricodificati in due gruppi (male, molto male, discretamente; e bene, molto bene)
- L'abitudine al fumo, come indicatore di propensione al rischio.
- Il mancato svolgimento di esercizio fisico intensivo o regolare, che segnala l'assenza di prevenzione di tipo comportamentale.
- L'effettuazione negli ultimi dodici mesi di visite odontoiatriche come indicatore di propensione alla prevenzione sanitaria.

Le condizioni di salute e i comportamenti ad essa correlati sono stati messi in relazione con alcuni indicatori che esprimono la dotazione di risorse disponibili per la famiglia. In particolare con il livello di istruzione della madre e con quello familiare ottenuti dall'aggregazione del titolo di studio su tre livelli (1°: diploma, diploma parauniversitario, laurea; 2°: media inferiore, scuola professionale; 3°: licenza elementare, nessun titolo) si è voluta rappresentare la dotazione di risorse culturali. Per individuare il livello di istruzione familiare è stato scelto il titolo di studio più elevato fra quello dei due genitori. Per descrivere le risorse economiche sono state analizzate le disuguaglianze sociali in ragione del livello di soddisfazione per le risorse economiche complessive della famiglia (scarse o insufficienti vs. ottime o adeguate) e in ragione della classe sociale familiare secondo la classificazione di Schizzerotto<sup>5</sup>. La classe sociale familiare assume particolare

---

<sup>4</sup> Più in particolare, nel gruppo dei maggiorenni sono stati selezionati i figli e le figlie con età compresa tra i 18 e i 34 anni.

<sup>5</sup> La classe sociale è stata costruita a partire dall'ultima professione svolta, adattando la classificazione di Schizzerotto (Cobalti A, Schizzerotto A., *La mobilità sociale in Italia*. Bologna, Il Mulino, 1994) che identifica le classi sociali in base alla collocazione nella distribuzione di risorse di potere che condizionano lo svolgimento delle diverse attività lavorative. In questo caso, è stata eliminata la distinzione tra il settore agricolo e quello industriale, prevista nel modello originale sia per la piccola borghesia sia per la classe operaia, riducendo così il numero delle classi a quattro: 1) borghesia: comprende i dirigenti, i direttivi quadri, gli imprenditori ed i liberi professionisti; 2) classe media impiegatizia costituita dagli impiegati; 3) piccola borghesia: ne fanno parte i lavoratori in proprio, i soci di cooperativa e i coadiuvanti; 4) classe operaia: vi rientrano gli operai, gli altri lavoratori dipendenti, gli apprendisti e i lavoratori a domicilio.

rilevanza rispetto a quella individuale del genitore non solo perché permette di aumentare il numero di soggetti classificati, in particolare fra le donne, ma soprattutto per ragioni di ordine teorico collocabili all'interno della prospettiva neoweberiana, secondo la quale occorre distinguere tra la situazione di lavoro e la situazione di mercato. L'unità economica che opera nel mercato è la famiglia ed è all'interno della famiglia che si può attingere alle risorse rilevanti per la produzione e il mantenimento della propria salute, in particolare l'alimentazione e gli stili di vita. La classe sociale familiare è costruita in base al criterio della dominanza di Erikson che assegna alla famiglia la classe sociale più elevata fra quella dei due coniugi /o conviventi.

La condizione occupazionale della madre è stata impiegata come indicatore, da un lato, del tipo di cura dedicato alla crescita dei figli e, dall'altro, come indice del numero di genitori percettori di redditi da lavoro in famiglia.

Infine sono state considerate le risorse relazionali sulla base della tipologia familiare (coppia con figli, monogenitori non vedove, monogenitori vedove, altro) e una combinazione di tipologia familiare e condizione occupazionale dei genitori (coppia lavorano entrambi, coppia lavora solo il padre, monogenitore donna occupata, nessun genitore occupato, altro).

L'analisi delle differenze è stata condotta calcolando i rapporti di prevalenza, ossia confrontando la prevalenza di soggetti che sperimentano uno stato in un determinato gruppo con la prevalenza osservata nel gruppo di riferimento (per esempio per il livello di istruzione il titolo di studio più elevato). Le analisi sono state effettuate attraverso la procedura Genmod di Sas, utilizzando la distribuzione degli errori binomiale e la funzione di link logaritmica per calcolare i rapporti di prevalenza come esponenziali dei coefficienti di regressione multivariata.

Nel modello ciascun soggetto contribuisce con un peso relativo dato dal rapporto tra il suo peso campionario e il peso medio di tutti gli individui del campione.

I gruppi di riferimento sono costituiti dalle condizioni ipoteticamente più vantaggiose: per il livello di istruzione della madre e familiare quello più elevato, per la classe sociale familiare la borghesia; per la tipologia familiare la coppia con figli; per la condizione occupazionale della madre essere figli di donne occupate, per la tipologia familiare combinata con la condizione occupazionale dei genitori vivere in una famiglia in cui entrambi i genitori sono occupati; infine le risorse economiche ottime o adeguate.

Le differenze sono state controllate per età e per ripartizione geografica; per i figli maggiorenni è stato aggiunto anche il controllo per il livello di istruzione individuale.

Inoltre è stata analizzata l'interazione delle caratteristiche socio-economiche con la ripartizione geografica. Quando questa è risultata significativa le analisi sono state stratificate anche per ripartizione geografica.

Nelle tabelle sono presentati i Prr separatamente per i maschi e per le femmine e per le due fasce di età considerate (minorenni e maggiorenni). Visto che le disuguaglianze osservate in ragione del livello di istruzione della madre e di quello familiare presentano lo stesso andamento, nelle tabelle sono state riportate solo le differenze per livello di istruzione di entrambi i genitori.

## **2. Le disuguaglianze sociali nei figli minorenni**

### *2.1 Le condizioni di salute*

Giudizi negativi sullo stato di salute dei figli sono associati soprattutto con la disoccupazione di entrambi i genitori (Prr=1,71 nei maschi e 1,35 nelle femmine<sup>6</sup>), della madre (Prr=1,43 e 1,32) e con l'insoddisfazione per le risorse economiche (Prr=1,49 e 1,31) (Prospetti 1 e 2). Analizzando separatamente queste relazioni in ogni ripartizione si osserva che nei maschi la disoccupazione di entrambi i genitori non risulta significativamente associata con un cattivo stato di salute nelle Isole e nel Nord est (dati non presentati). Inoltre nel Nord ovest si registra un lieve peggioramento nella salute percepita a sfavore dei figli e delle figlie delle famiglie in cui lavora solo il padre (Prr=1,30). Lo stesso risultato emerge quando si guarda alla condizione occupazionale della madre: le ragazze con madre casalinga presentano un eccesso di cattiva salute solo al Nord ovest (Prr=1,43). La disoccupazione della madre risulta associata a giudizi negativi nello stato di salute percepito solo nelle femmine del Sud (Prr=1,62) e delle Isole (Prr=1,82). Nelle Isole inoltre peggiora la percezione dello stato di salute dei figli di ambo i sessi di madri sole (Prr=2,78 nei maschi e 2,40 nelle femmine).

In generale, le differenze risultano maggiori nei figli maschi, per i quali inoltre si rilevano associazioni significative anche con il livello di istruzione familiare e della madre e con la classe sociale familiare.

Nelle femmine risulta solo un eccesso di rischio di cattiva salute a sfavore delle figlie della piccola borghesia nel Nord est (Prr=1,71) e nel Sud (Prr=2,03).

Un'ipotesi di spiegazione di queste differenze fra maschi e femmine potrebbe riguardare la tendenza dei genitori ad essere più apprensivi e a prestare maggiore attenzione alla salute dei figli maschi. Tuttavia non è corroborata dai risultati delle analisi dell'interazione delle caratteristiche socio economiche della famiglia con il sesso dei figli, da cui non è emersa nessuna interazione significativa<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Da questo punto in avanti, se non altrimenti specificato, i rapporti di prevalenza (Prr) richiamati nel testo si riferiscono, il primo ai maschi e il secondo alle femmine.

<sup>7</sup> In questo caso le analisi sono state effettuate senza il controllo e la stratificazione per ripartizione geografica.

**Prospetto 1 - Condizioni di salute e comportamenti insalubri in Italia 1999-2000 secondo le caratteristiche socio-economiche familiari. Rischi relativi di prevalenza controllati per età e ripartizione geografica (a). Figli maschi con meno di 18 anni.**

INDICATORE	Salute percepita non bene	Fuma	Non fa attività fisica intensiva o regolare	Visita odontoiatrica
<b>ISTRUZIONE FAMILIARE</b>				
Post-laurea, laurea, diploma universitario, diploma	1	1	1	1
Licenza professionale media inferiori	12 ( 1,07- 1,35)	12 ( 0,95- 1,51)	152 ( 1,40- 1,65)	0,64 ( 0,54- 0,76)
Licenza elementare, senza titolo di studio	132 ( 1,04- 1,66)	195 ( 1,47- 2,59)	2,03 ( 1,82- 2,28)	0,64 ( 0,44- 0,93)
<b>CLASSE SOCIALE FAMILIARE</b>				
Borghesia	1	1	1	1
Classe media impiegatizia	127 ( 1,07- 1,50)	109 ( 0,80- 1,47)	119 ( 1,05- 1,36)	0,87 ( 0,71- 1,06)
Piccola borghesia	133 ( 1,09- 1,61)	0,97 ( 0,66- 1,42)	162 ( 1,42- 1,86)	0,68 ( 0,52- 0,89)
Classe operaia	139 ( 1,17- 1,65)	151 ( 1,14- 2,00)	166 ( 1,47- 1,87)	0,58 ( 0,46- 0,73)
<b>SODDISFAZIONE PER LE RISORSE ECONOMICHE</b>				
Ottime-adequate	1	1	1	1
Scarse-insufficienti	149 ( 1,32- 1,68)	0,96 ( 0,76- 1,21)	127 ( 1,18- 1,38)	0,82 ( 0,67- 1,00)
<b>CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DELLA MADRE</b>				
Occupata	1	1	1	1
In cerca di nuova occupazione	143 ( 1,19- 1,72)	0,9 ( 0,60- 1,34)	127 ( 1,10- 1,48)	0,62 ( 0,44- 0,87)
Casalinga	112 ( 0,98- 1,27)	0,85 ( 0,67- 1,07)	137 ( 1,26- 1,49)	0,68 ( 0,56- 0,82)
Ritirata dal lavoro	102 ( 0,68- 1,55)	0,54 ( 0,28- 1,06)	0,93 ( 0,67- 1,28)	1,06 ( 0,71- 1,60)
Altro	13 ( 0,91- 1,86)	109 ( 0,43- 2,72)	109 ( 0,83- 1,43)	0,63 ( 0,28- 1,44)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>				
Coppia con figli	1	1	1	1
Monogenitori nubili, divorziate, separate	133 ( 1,04- 1,71)	2,43 ( 1,83- 3,25)	0,97 ( 0,79- 1,19)	1,1 ( 0,78- 1,56)
Monogenitori vedove	0,87 ( 0,44- 1,70)	1,03 ( 0,47- 2,24)	0,71 ( 0,48- 1,07)	0,64 ( 0,22- 1,83)
Altre tipologie familiari	0,97 ( 0,58- 1,61)	0,6 ( 0,25- 1,44)	139 ( 1,08- 1,80)	0,62 ( 0,28- 1,39)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE E CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEI GENITORI</b>				
Coppia, lavorano entrambi	1	1	1	1
Coppia, lavora solo il padre	109 ( 0,96- 1,24)	0,95 ( 0,75- 1,21)	133 ( 1,21- 1,45)	0,72 ( 0,60- 0,86)
Monogenitore donna occupata	134 ( 1,05- 1,71)	2,04 ( 1,50- 2,76)	105 ( 0,86- 1,28)	0,87 ( 0,62- 1,23)
Nessun genitore occupato	171 ( 1,36- 2,15)	0,63 ( 0,35- 1,13)	15 ( 1,28- 1,75)	0,31 ( 0,16- 0,62)
Altro	0,54 ( 0,33- 0,87)	1,1 ( 0,70- 1,71)	1,17 ( 0,95- 1,45)	0,54 ( 0,31- 0,94)

(a) Gruppi di riferimento: per il livello di istruzione familiare quello più elevato, per la classe sociale familiare la borghesia; le risorse economiche ottime o adeguate; per la tipologia familiare la coppia con figli; per la condizione occupazionale della madre essere figli di donne occupate, per la tipologia familiare combinata con la condizione occupazionale dei genitori vivere in una famiglia in cui entrambi i genitori sono occupati.

**Prospetto 2 - Condizioni di salute e comportamenti insalubri in Italia 1999-2000 secondo le caratteristiche socio-economiche familiari. Rischi relativi di prevalenza controllati per età e ripartizione geografica (a). Figlie con meno di 18 anni.**

INDICATORE	Salute percepita non bene	Fuma	Non fa attività fisica intensiva o regolare	Visita odontoiatrica
<b>ISTRUZIONE FAMILIARE</b>				
Post-laurea, laurea, diploma universitario, diploma	1	1	1	1
Licenza professionale media inferiori	1,07 (0,95- 1,21)	1,12 (0,92- 1,56)	1,157 (1,47- 1,68)	0,81 (0,68- 0,96)
Licenza elementare, senza titolo di studio	1,18 (0,94- 1,48)	1,129 (0,89- 1,88)	1,184 (1,67- 2,02)	0,66 (0,46- 0,95)
<b>CLASSE SOCIALE FAMILIARE</b>				
Borghesia	1	1	1	1
Classe media impiegatizia	1,05 (0,88- 1,24)	0,86 (0,62- 1,21)	1,06 (0,96- 1,18)	0,97 (0,79- 1,20)
Piccola borghesia	1,17 (0,96- 1,43)	0,98 (0,67- 1,42)	1,135 (1,21- 1,51)	0,87 (0,67- 1,13)
Classe operaia	1,09 (0,92- 1,30)	0,88 (0,62- 1,24)	1,163 (1,48- 1,79)	0,76 (0,61- 0,96)
<b>SODDISFAZIONE PER LE RISORSE ECONOMICHE</b>				
Ottime-adequate	1	1	1	1
Scarse-insufficienti	1,131 (1,15- 1,48)	1,108 (0,83- 1,40)	1,127 (1,20- 1,35)	0,86 (0,71- 1,04)
<b>CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DELLA MADRE</b>				
Occupata	1	1	1	1
In cerca di nuova occupazione	1,132 (1,08- 1,60)	0,82 (0,51- 1,30)	1,129 (1,15- 1,45)	0,86 (0,64- 1,15)
Casalinga	1,104 (0,91- 1,20)	0,85 (0,65- 1,11)	1,13 (1,22- 1,39)	0,65 (0,54- 0,79)
Ritirata dal lavoro	0,9 (0,62- 1,31)	0,57 (0,31- 1,05)	0,98 (0,79- 1,23)	1,123 (0,85- 1,80)
Altro	1,103 (0,71- 1,49)	0,76 (0,29- 2,02)	0,99 (0,81- 1,21)	0,95 (0,54- 1,66)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>				
Coppia con figli	1	1	1	1
Monogenitori nubili, divorziate, separate	1,12 (0,91- 1,58)	2,42 (1,70- 3,46)	1,126 (1,10- 1,43)	1,119 (0,84- 1,70)
Monogenitori vedove	1,127 (0,75- 2,15)	1,132 (0,60- 2,91)	1,105 (0,81- 1,36)	0,72 (0,28- 1,83)
Altre tipologie familiari	1,15 (1,03- 2,20)	0,48 (0,13- 1,79)	1,115 (0,94- 1,40)	0,7 (0,32- 1,1)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE E CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEI GENITORI</b>				
Coppia, lavorano entrambi	1	1	1	1
Coppia, lavora solo il padre	1,109 (0,95- 1,25)	0,8 (0,60- 1,07)	1,133 (1,24- 1,44)	0,71 (0,60- 0,85)
Monogenitore donna occupata	1,129 (1,00- 1,68)	1,197 (1,36- 2,85)	1,147 (1,29- 1,67)	0,91 (0,64- 1,28)
Nessun genitore occupato	1,135 (1,04- 1,74)	1,124 (0,78- 1,98)	1,151 (1,34- 1,70)	0,64 (0,40- 1,01)
Altro	1,12 (0,89- 1,61)	0,94 (0,54- 1,63)	1,127 (1,10- 1,47)	0,48 (0,29- 0,80)

(a) Gruppi di riferimento: per il livello di istruzione familiare quello più elevato, per la classe sociale familiare la borghesia; le risorse economiche ottime o adeguate; per la tipologia familiare la coppia con figli; per la condizione occupazionale della madre essere figlie di donne occupate, per la tipologia familiare combinata con la condizione occupazionale dei genitori vivere in una famiglia in cui entrambi i genitori sono occupati.

Riguardo alla presenza di almeno una malattia cronica<sup>8</sup>, non si rileva alcuna variazione sociale significativa probabilmente perché fra le malattie croniche considerate, le allergie, che presentano una relazione diretta con la condizione socio-economica, sono le più frequenti.

Il peggioramento delle condizioni di salute dei figli minori in ragione delle condizioni socio economiche sfavorevoli dei genitori, in particolare della disoccupazione di entrambi i genitori o solo della madre potrebbe essere legato ad una carenza di risorse, soprattutto economiche.

Le spiegazioni di questo tipo di associazione possono essere di vario tipo e rimandano a tutto un filone di studi sviluppati nel campo dell'epidemiologia sociale sui primi anni di vita. Da questi studi è emerso che le difficoltà economiche possono influire sullo stato di salute dei bambini in vari modi, per esempio attraverso un'alimentazione non bilanciata, condizioni abitative scadenti, difficoltà di accesso alle cure e alle prestazioni sanitarie di tipo preventivo. Nell'interpretazione dei risultati ricavati dai dati dell'indagine Istat sulle condizioni di salute, bisogna comunque considerare la tendenza dei genitori con risorse scarse ad avere in generale una visione più pessimistica che si può riflettere anche nei giudizi negativi in merito allo stato di salute dei figli. Inoltre, in un numero limitato di casi, l'associazione con la condizione occupazionale della madre può essere anche di tipo inverso, cioè è la precaria salute del figlio che ha indotto la madre a smettere di lavorare, e la famiglia a risultare insoddisfatta per le risorse economiche.

È probabile che l'effetto reddito intervenga anche nei figli di madri sole, ma in questo caso è possibile che si aggiunga al rischio legato alla carenza di risorse affettive per la mancanza della figura paterna per cui le differenze osservate sarebbero prevalentemente riconducibili alla dimensione del supporto sociale. Per altro dal Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale 1997-2000 è emerso che in Italia le donne monogenitore non vedove sono esposte ad un rischio di povertà inferiore rispetto a quelle degli altri paesi perché le madri sole con maggiori difficoltà economiche tornano a vivere con la famiglia di origine<sup>9</sup>.

L'impatto delle caratteristiche socio-economiche familiari sulla salute dei bambini e degli adolescenti è plausibilmente anche di tipo indiretto in quanto, per esempio, mediata dai comportamenti dei genitori. Basta considerare la maggiore diffusione dell'obesità<sup>10</sup> e del fumo passivo<sup>11</sup> nei figli di genitori meno istruiti e di

---

<sup>8</sup> La morbosità cronica misura la presenza riferita e diagnosticata da un medico di specifiche malattie. Essa deriva da due domande, la prima quella in cui agli intervistati viene chiesto da quale delle patologie elencate è affetto e la seconda quella in cui viene richiesto se è stata diagnosticata da un medico. Le differenze sono analizzate attraverso un indicatore riassuntivo della presenza di una o più di una malattia. In questo gruppo sono state selezionate le allergie, l'asma, le malattie della pelle, l'emigrania e altre malattie croniche che rientravano nella voce residuale "altre malattie croniche" prevista nel questionario.

<sup>9</sup> Saraceno C. (a cura di) *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale 1997-2000*, Carocci, Roma 2002.

<sup>10</sup> Brescianini S., Gargiulo L., Gianicolo E. *Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza*, in questo volume.

<sup>11</sup> Gargiulo L., Sebastiani G., *Fattori di rischio e tutela della salute*, Istat, Roma 2002.



bassa classe sociale. In questi casi le disuguaglianze possono essere interpretate anche come il risultato di false credenze sulla base del modello cognitivista di Boudon<sup>12</sup>.

Le disuguaglianze sociali per ciò che riguarda obesità infantile ed esposizione al fumo passivo potrebbero essere il risultato di false credenze<sup>13</sup> nel caso in cui i genitori socioeconomicamente meno favoriti interpretassero erroneamente il sovrappeso del bambino come un segnale di buona salute e ignorassero il danno arrecato dal fumo passivo alla salute dei figli. Le false credenze potrebbero essere attribuibili alla scarsità di risorse culturali della madre e del padre, delle persone che si prendono cura dei bambini (per esempio i nonni) e di quelle con cui i genitori si confrontano sul modo di crescere i figli. In questo caso, quindi, le disuguaglianze sarebbero anche l'effetto del capitale sociale.

Considerato che è piuttosto diffusa la consapevolezza del danno che il fumo passivo arreca alla salute, l'esposizione dei bambini al fumo dei genitori è più opportunamente spiegabile ricorrendo a forme di irrazionalità, come la debolezza della volontà, la tendenza a sottovalutare il futuro e il rafforzamento.

La debolezza della volontà è una forma di comportamento irrazionale per cui le persone agiscono consapevolmente in modo diverso da quanto esse stesse hanno stabilito in base ai loro desideri. I genitori, cioè, non rinunciano a fumare in presenza dei figli pur avendo deciso di non farlo. La debolezza della volontà potrebbe essere riconducibile alla sensazione, maggiormente diffusa nelle persone socioeconomicamente meno favorite, di avere uno scarso controllo sugli eventi e il corso della propria vita, in questo caso anche di quella dei propri figli, a causa della quale si è meno incentivati ad impegnarsi in azioni costruttive per il futuro e ad evitare comportamenti insalubri.

Un'altra forma di irrazionalità deriva dalla tendenza che le persone hanno a sottovalutare il futuro per cui non tengono conto delle conseguenze a lungo termine di un comportamento intrapreso nel presente, per esempio il consumo di tabacco, perché avrebbero una minore utilità associata allo smettere di fumare<sup>14</sup>. Le persone incuranti del futuro non sempre subiscono la frustrante esperienza di agire contrariamente alle proprie decisioni. Quando invece ciò avviene si tratta di una forma particolare della debolezza della volontà, cioè quella causata dalla tendenza ad attribuire maggiore importanza agli eventi presenti facendosi sopraffare dalle tentazioni a dispetto delle decisioni passate e delle conseguenze future. La spiegazione di questo comportamento incoerente è che all'avvicinarsi della tentazione le buone intenzioni vengono sopraffatte dalla motivazione inconscia che è orientata al piacere immediato ed è incapace di progetti strategici a lungo termine. Per tenere conto delle

---

<sup>12</sup> Boudon *Social mechanisms without black boxes* in Hedström P. e Swedberg R. (a cura di), *Social Mechanisms*, Cambridge University Press, 1998: 172-203

<sup>13</sup> Boudon adotta una concezione di razionalità più estesa rispetto a quella utilitaristica esclusivamente orientata alla massimizzazione delle differenze tra costi e benefici e definisce razionali le credenze e le azioni che sono considerate dall'attore come fondate su "solide ragioni", il che non presuppone necessariamente che siano vere, ma che, dato un determinato contesto cognitivo, siano percepite come tali. Gli attori sono considerati razionali nel senso che hanno forti ragioni per credere ciò a cui credono e di fare ciò che fanno.

<sup>14</sup> Elster J., *Come si studia la società*. Bologna, Il Mulino, 1993 (edizione originale 1989).

conseguenze future di un comportamento occorre che la parte conscia della personalità anticipi il futuro. È plausibile credere che le persone dotate di maggiori risorse culturali siano maggiormente attente ai comportamenti correlati alla loro salute e a quella dei loro figli perché hanno una maggiore sensibilità e maggiori risorse per il controllo della propria vita rispetto a quanto non accada fra le persone culturalmente e socialmente sfavorite. Le persone meno istruite e di bassa classe sociale potrebbero cioè essere meno fiduciose circa gli effetti che potrebbero derivare in futuro dal cambiamento nei comportamenti legati alla salute, dal momento che altri fattori di rischio sfuggono comunque al loro controllo, come per esempio le avverse condizioni di reddito, di casa, di ambiente di lavoro che sono maggiormente diffuse in questi gruppi. Per questi motivi i genitori potrebbero non considerare i problemi di salute in età adulta attribuibili all'obesità infantile, oppure, nel caso delle donne in gravidanza gli effetti nocivi per il feto arrecati dal fumo, dal consumo di alcool e da un'alimentazione sbilanciata.

Un altro meccanismo irrazionale che fa leva sulla diversa percezione di eventi prossimi e di eventi futuri è quello del rafforzamento, secondo cui un evento ha tante più probabilità di modellare un comportamento quanto è più frequente e si verifica con certezza. Le persone meno istruite e di bassa classe sociale sarebbero meno motivate a non fumare perché le malattie correlate al fumo hanno un lungo periodo di latenza e prevenirle richiede un impegno costante e prolungato nel tempo. Lo stesso potrebbe valere per l'incuranza del problema dell'obesità infantile. L'obesità infantile in Italia è maggiormente diffusa nei figli dei meno istruiti e dei genitori in sovrappeso o obesi. Pertanto le disuguaglianze nell'obesità infantile sarebbero riconducibili anche ad una dimensione relazionale: i figli cioè prenderebbero esempio dalle abitudini alimentari dei genitori, i quali, a loro volta, presentano una relazione inversa della dieta insalubre con il livello di istruzione e della classe sociale. Inoltre risulta che i bambini obesi siano anche quelli che fanno poco o nessun esercizio fisico<sup>15</sup>. Questo dato ci dice che i comportamenti insalubri tendono a cumularsi e che essendo fra loro correlati le cause dell'uno indirettamente comportano anche un incremento del rischio per l'altro comportamento. Per esempio, non fare attività fisica aggrava il problema del sovrappeso e dell'obesità e, visto che tendono maggiormente a non fare attività fisica i figli di posizione socio-economica meno favorita, l'associazione delle caratteristiche familiari con l'obesità potrebbe essere mediata dall'associazione con l'inattività fisica.

## *2.2 L'abitudine al fumo*

La povertà della rete familiare (famiglie monogenitoriali) è associata con la maggiore diffusione dell'abitudine al fumo nei minori di ambo i generi (Prr=2,43 e 2,42, tranne che nelle femmine del Nord est Prr=0,96) (Prospetti 1 e 2). L'inizio precoce del consumo di tabacco sembra dunque principalmente attribuibile a carenze di capitale sociale, sia direttamente per i figli che tenderebbero a colmare una carenza

---

<sup>15</sup> Gargiulo L., Gianicolo E., Brescianini S., *Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza*, in questo volume

affettiva sia indirettamente per la concentrazione del carico di cura tutto sulla madre che quindi eserciterebbe una funzione di minore controllo.

L'abitudine al fumo è inoltre maggiormente diffusa nei maschi delle famiglie meno istruite (Prr=1,95) e di classe operaia (1,51).

Le spiegazioni delle disuguaglianze osservate potrebbero essere essenzialmente di tipo relazionale, secondo cui i genitori fumatori rappresenterebbero il cattivo esempio per i figli e inoltre sarebbero più tolleranti nei confronti del fumo dei loro ragazzi. La relazione inversa dell'abitudine al fumo negli uomini con il livello socio-economico e la recente inversione della relazione nelle donne, tra le quali il consumo di tabacco una volta era più diffuso in quelle socio-economicamente più avvantaggiate e ora presenta una relazione simile a quella degli uomini, spiegherebbero la maggiore diffusione dell'abitudine al fumo nei figli maschi delle famiglie meno abbienti.

Nelle ragazze questo comportamento nocivo per la salute presenta solo modesti eccessi non significativi in ragione della bassa classe sociale e del basso livello di istruzione dei genitori. È ipotizzabile che i maschi tendano a seguire l'esempio del padre e le ragazze quello della madre<sup>16</sup>. Se così fosse, l'inversione della relazione con il livello di istruzione nelle donne è probabilmente ancora troppo recente perché si vedano gli effetti anche sul condizionamento del fumo delle figlie. Oppure ci potrebbe essere un atteggiamento diverso dei genitori nei confronti del fumo giovanile: più severo nei confronti delle ragazze, indipendentemente dalla classe sociale, e più tollerante verso i maschi di bassa classe sociale.

La disoccupazione dei genitori e l'insoddisfazione per le risorse economiche familiari non risultano significativamente associate con l'abitudine al fumo dei figli, ad eccezione delle femmine nelle Isole, per le quali si osserva invece un elevato eccesso nella propensione al fumo precoce in presenza di risorse economiche familiari scarse o insufficienti (Prr=3,84).

Inoltre, ed eccezione dei minori del Nord est (Prr=0,22 nei maschi e 0,60 ai limiti della significatività nelle femmine), non emerge una protezione a favore dei figli delle casalinghe, contrariamente all'ipotesi secondo cui la madre che non lavora eserciterebbe una maggiore funzione di controllo sui comportamenti dei figli forse della minore prevalenza di fumatrici tra le casalinghe<sup>17</sup>. Anzi nel Nord ovest risulta una maggiore propensione al fumo precoce nei figli delle casalinghe (Prr=1,49 nei maschi e 1,43 nelle femmine). Coerentemente con questo risultato, nel Nord-est emerge anche una protezione nei figli e nelle figlie delle coppie in cui lavora solo il padre (Prr=0,35 nei maschi e Prr=0,47 nelle femmine). La propensione al fumo

---

<sup>16</sup> In base a quanto risultato dall'analisi delle differenze nell'abitudine al fumo dei figli in ragione dell'abitudine al fumo del padre e della madre, a parità di livello di istruzione familiare, sembrerebbe che il fumo del padre condizioni il fumo dei figli tanto nei maschi (Prr=2,37; IC 95%=1,71-3,27) quanto nelle femmine (Prr=1,81; IC 95%=1,22-2,69), mentre il fumo della madre sembrerebbe esercitare un impatto maggiore sul fumo delle figlie femmine (Prr=2,91; IC 95%=2,14-3,95), pur presentando un'associazione significativa anche con il fumo dei figli maschi (Prr=1,62; IC 95%=1,26-2,09).

<sup>17</sup> Anche in questo caso è indispensabile introdurre un maggiore livello di dettaglio nelle analisi e tenere conto della distribuzione dell'abitudine al fumo delle madri.

precoce aumenta invece nelle Isole nei figli maschi delle coppie in cui lavora solo il padre (Prr=2,59). Nelle Isole l'assenza di una relazione statisticamente significativa con la condizione occupazionale della madre e, per contro, un eccesso di rischio nel fumo delle femmine a sfavore delle famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti fa ipotizzare che, diversamente dalle altre ripartizioni, il fumo precoce possa essere anche associabile ad un effetto di reddito, ossia costituisca una reazione a condizioni di vita avverse.

### *2.3 La mancanza di esercizio fisico*

Lo svolgimento di esercizio fisico intensivo o regolare presenta, sia nei maschi sia nelle femmine, associazioni significative con quasi tutte le dimensioni considerate (Prospetti 1 e 2).

Nei maschi è emerso un maggiore numero di interazioni significative della ripartizione geografica con la classe sociale familiare e il livello di istruzione della madre e familiare. Le associazioni con queste caratteristiche socio-economiche appaiono più intense nel Nord ovest (Prr=3,04 nella classe operaia e 4,35 nei maschi con basso livello di istruzione familiare) e non risultano mai significative nel Nord est. La mancanza di esercizio fisico nei maschi non sembra inoltre associata con il basso livello di istruzione familiare nel Centro e nelle Isole e con la bassa classe sociale familiare nel Nord est e nelle Isole.

Nelle femmine si registra solamente l'assenza di relazione significativa dell'inattività fisica con il livello di istruzione familiare nelle Isole e nel Nord est (in quest'ultimo caso Prr ai limiti della significatività statistica).

La disoccupazione di entrambi i genitori risulta associata con minore esercizio fisico intensivo o regolare nel Sud sia nei maschi sia nelle femmine (Prr=1,56 e 1,68) e solo nelle femmine anche nelle Isole (Prr=1,38).

Le figlie delle casalinghe hanno minori probabilità rispetto a quelle delle donne che lavorano di svolgere attività fisica intensiva o regolare (madre casalinga Prr= 1,30). Nei maschi la stessa relazione si osserva nel Centro (Prr=1,79), nel Sud (Prr=1,24) e nelle Isole (Prr=1,45). Un motivo potrebbe essere che le madri lavoratrici per tenere i figli occupati e non lasciarli soli a casa fanno in modo che partecipino ad attività sportive e ricreative organizzate, anche se risulta difficile spiegare come mai queste differenze non si rilevano nei maschi nel Nord.

Inoltre essere figlie di madri sole costituisce, solo per le ragazze, un ulteriore ostacolo allo svolgimento di esercizio fisico intensivo o regolare (Prr=1,26).

Il più elevato rischio di mancanza di esercizio fisico nei figli e figlie delle famiglie meno istruite, di classe operaia, con solo uno o nessun genitore occupato potrebbe essere attribuibile a scarsità sia di reddito sia di risorse culturali. In presenza di risorse economiche scarse le famiglie cercherebbero di risparmiare su tutte le spese non ritenute strettamente necessarie. Lo svolgimento di attività fisica dei figli verrebbe inteso solamente come attività ricreativa e si ignorerebbe l'effetto benefico che ha sulla salute (in questo senso subentrerebbe anche il problema delle false

credenze). Nelle famiglie povere di capitale sociale, soprattutto in quelle monogenitoriali, si potrebbero inoltre aggiungere difficoltà organizzative per accompagnare i figli.

#### 2.4 Le visite odontoiatriche

Le visite odontoiatriche diminuiscono sensibilmente quando entrambi i genitori sono disoccupati (Prr=0,31 e 0,64 ai limiti della significatività) e quando la madre non lavora, indipendentemente dal fatto che sia disoccupata (Prr =0,62 nei maschi ) o casalinga (Prr= 0,68 e 0,65) (Prospetti 1 e 2). Una sensibile calo si rileva inoltre nelle famiglie di classe operaia (0,58 e 0,77) e con un basso livello di istruzione (Prr=0,64 e 0,66). Non emergono invece differenze significative nei figli di madri sole.

Le disuguaglianze osservate sembrano attribuibili in prevalenza a carenze di reddito, considerato che le visite odontoiatriche avvengono, per la maggior parte, in strutture private a causa della bassa offerta di questo tipo di visite nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

In merito all'interpretazione dell'associazione inversa delle visite odontoiatriche con il livello di istruzione familiare può essere di aiuto la distinzione proposta da Sen tra dotazione di risorse (o disagi) e capacità di farne uso (o di reagire) per distinguere i casi in cui le disuguaglianze sono un effetto di risorsa pura oppure di mancato funzionamento<sup>18</sup>. Nel primo caso ad un basso livello di istruzione sarebbe riconducibile un effetto diretto di carenza di risorse culturali a causa della quale le persone meno istruite possono non dare la dovuta importanza alla prevenzione e quindi ai controlli periodici. Nel secondo caso le disuguaglianze deriverebbero dalla capacità di fare uso delle risorse: un titolo di studio basso renderebbe difficile l'accesso a un lavoro ben retribuito, che a sua volta, eserciterebbe un effetto diretto sulla possibilità di ricorrere a visite odontoiatriche private<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Sen A. *Lo sviluppo è libertà*, Milano, Mondadori, 2000

<sup>19</sup> Questa interpretazione non risulta tuttavia corroborata dai risultati delle analisi delle differenze nel ricorso alle visite odontoiatriche dei figli e delle figlie della classe operaia in ragione del livello di istruzione familiare da cui non emerge alcuna differenza significativa.

### 3. Quadro di insieme sulla diversificazione territoriale delle disuguaglianze socio economiche

Sulla base dai risultati illustrati nei precedenti paragrafi si può concludere che il Nord est presenta il minor numero di differenze per ciò che riguarda la salute dei figli ed i comportamenti ad essa correlati in ragione delle caratteristiche socio economiche dei genitori. Nel Nord est quasi tutte le relazioni riscontrate nelle altre ripartizioni non sono significative e risultano addirittura di direzione opposta come per la protezione dal fumo precoce a favore dei figli maschi delle madri casalinghe (0,22) e analogamente nei figli di coppie in cui lavora solo il padre (0,35 nei maschi e 0,47 nelle femmine). Nelle femmine si osserva anche una protezione nella cattiva salute a favore delle figlie delle madri ritirate dal lavoro (Prr=0,13).

Fanno eccezione solo l'eccesso di cattiva salute nelle figlie della piccola borghesia nel Nord est (Prr=1,71) e la maggiore propensione al fumo precoce che contraddistingue i figli maschi di madri sole occupate nel Nord ovest (Prr=2,27) e nel Nord est (Prr=2,05).

Nel Nord ovest le differenze risultano nella maggiore parte dei casi più numerose e più intense rispetto a quelle rilevate nelle altre ripartizioni: per esempio si osserva la minore propensione a svolgere esercizio fisico nei figli maschi delle madri meno istruite (Prr=3,95) e con basso livello di istruzione familiare (Prr=4,35), di classe operaia (Prr=3,04) e, insieme al Centro, per cattiva salute nei figli maschi con nessun genitore che lavora (Prr=1,90; al Centro Prr=3,03).

In particolare nel Nord ovest emerge come più svantaggiata per i figli la condizione di madre casalinga che è associata nelle femmine con un eccesso di cattiva salute (Prr=1,43) e nei maschi con una maggiore propensione al fumo precoce (Prr=1,49), oltre che, come nel Centro, con il minore ricorso a visite odontoiatriche (Prr=0,54 nel Nord ovest e 0,46 nel Centro). Nei maschi del Nord ovest, inoltre, si registrano le differenze più intense nella minore propensione a svolgere esercizio fisico in presenza di risorse economiche familiari scarse o insufficienti (Prr=2,12).

Il Centro, il Sud e le Isole non presentano rilevanti scostamenti nelle disuguaglianze rispetto a quelle rilevate su scala nazionale, a parte un maggiore impatto della disoccupazione di entrambi i genitori o della madre sulle figlie femmine meridionali, per le quali si osserva il minore ricorso a visite odontoiatriche nelle famiglie in cui lavora solo il padre (Prr=0,46 nel Sud e 0,55 ai limiti della significatività nelle Isole), il minore esercizio fisico quando entrambi i genitori sono disoccupati (Prr=1,68 nel Sud e 1,38 nelle Isole) e il peggioramento nello stato di salute quando la madre è disoccupata (Prr=1,62 nel Sud e 1,82 nelle Isole). Nei maschi emerge una maggiore propensione al fumo precoce nelle Isole quando lavora solo il padre (Prr=2,59).

Le Isole si contraddistinguono inoltre per la cattiva salute dei figli di ambo i generi delle donne sole (Prr=2,78 nei maschi e 2,40 nelle femmine).

#### 4. Figli maggiorenni

A parità del livello di istruzione dei ragazzi e delle ragazze, gli attributi dei genitori sembrano esercitare un'influenza di minore intensità sulle condizioni di salute dei figli maggiorenni che vivono in famiglia rispetto a quanto osservato nei minori (Prospetti 3 e 4). Inoltre, in generale, non emergono nelle diverse ripartizioni geografiche sensibili variazioni delle associazioni delle condizioni di salute e dei comportamenti ad essa correlati con le caratteristiche socio economiche della famiglia<sup>20</sup>.

L'attenuazione delle differenze in ragione delle caratteristiche socioeconomiche dei genitori è riconducibile all'associazione del livello di istruzione dei figli con queste caratteristiche. Dalle stesse analisi condotte senza il controllo per il livello di istruzione individuale è infatti emerso un maggior numero di differenze significative e di maggiore intensità rispetto a quelle in cui si è tenuto conto anche del livello di istruzione dei giovani (risultati non presentati)<sup>21</sup>.

La famiglia monogenitoriale sembra un fattore di rischio meno intenso, eccetto che per l'abitudine al fumo. In quasi tutte le dimensioni della salute la mancata occupazione della madre non risulta più costituire un determinante della salute compromessa. Anche la dotazione di risorse economiche, culturali e la classe sociale familiare presentano una contenuta associazione con le dimensioni della salute più sensibili di questa età, ad eccezione dei ragazzi e delle ragazze del Nord ovest, nei quali si registra una propensione più elevata al fumo in presenza di risorse economiche scarse o insufficienti (Prr=1,46 nei maschi e 1,71 nelle femmine).

Dunque la cultura prevalente di questa fascia di età (giovani che vivono in famiglia) potrebbe trovare i propri modelli, anche quelli della salute, nell'emulazione tra i pari, piuttosto che nelle maglie delle condizioni di vita e di relazione sociale della famiglia di origine.

Collocandosi nella prospettiva dell'interazionismo simbolico si possono ricavare alcune suggestioni per la spiegazione delle disuguaglianze sociali nel fumo come prodotto dell'interazione sociale, in particolare come esito del condizionamento esercitato dal gruppo dei pari.

---

<sup>20</sup> Nei figli maggiorenni molte interazioni delle caratteristiche socio economiche con la ripartizione geografica non sono state testate a causa della mancata convergenza di modelli, in cui, a differenza di quelli utilizzati per i figli minorenni, è stata introdotta come variabile di controllo anche il livello di istruzione dei giovani.

<sup>21</sup> Sarebbe stato interessante cercare di isolare l'effetto esercitato dagli attributi individuali al fine di controllare se e quanto un buon livello di istruzione dei figli compensa un basso livello di istruzione dei genitori. A tale scopo è stata tentata un'analisi dell'interazione tra le caratteristiche socioeconomiche famigliari e il livello di istruzione individuale, ma i problemi legati alla numerosità campionaria hanno impedito di raggiungere questo livello di dettaglio nelle analisi.

**Prospetto 3 - Condizioni di salute e comportamenti insalubri in Italia 1999-2000 secondo le caratteristiche socio-economiche familiari. Rischi relativi di prevalenza controllati per età, ripartizione geografica e livello di istruzione individuale (a). Figli maschi maggiorenni.**

INDICATORE	Salute percepita non bene	Fuma	Non fa attività fisica intensiva o regolare	Visita odontoiatrica
<b>ISTRUZIONE FAMILIARE</b>				
Post-laurea, laurea, diploma universitario, diploma	1	1	1	1
Licenza professionale media inferiori	1,05 ( 0,92- 1,19)	1,01 ( 0,95- 1,08)	1,12 ( 1,04- 1,21)	1,15 ( 0,91- 1,46)
Licenza elementare, senza titolo di studio	1,15 ( 1,01- 1,31)	0,97 ( 0,91- 1,04)	1,32 ( 1,22- 1,42)	0,95 ( 0,72- 1,25)
<b>CLASSE SOCIALE FAMILIARE</b>				
Borghesia	1	1	1	1
Classe media impiegatizia	1,12 ( 0,95- 1,31)	1,08 ( 1,00- 1,17)	1,09 ( 0,99- 1,19)	1 ( 0,76- 1,33)
Piccola borghesia	1,12 ( 0,95- 1,32)	1,05 ( 0,96- 1,14)	1,22 ( 1,11- 1,34)	1 ( 0,73- 1,36)
Classe operaia	1,14 ( 0,98- 1,33)	1,07 ( 0,99- 1,16)	1,25 ( 1,15- 1,37)	0,89 ( 0,67- 1,19)
<b>SODDISFAZIONE PER LE RISORSE ECONOMICHE</b>				
Ottime-adequate	1	1	1	1
Scarse-insufficienti	1,39 ( 1,26- 1,53)	1,19 ( 1,13- 1,24)	1,17 ( 1,11- 1,23)	0,95 ( 0,76- 1,19)
<b>CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DELLA MADRE</b>				
Occupata	1	1	1	1
In cerca di nuova occupazione	1,24 ( 0,99- 1,54)	0,84 ( 0,74- 0,96)	1,17 ( 1,03- 1,32)	1,03 ( 0,65- 1,61)
Casalinga	0,98 ( 0,87- 1,10)	0,88 ( 0,84- 0,93)	1,07 ( 1,01- 1,14)	0,78 ( 0,62- 0,99)
Ritirata dal lavoro	1 ( 0,87- 1,15)	0,96 ( 0,89- 1,03)	1,06 ( 0,98- 1,15)	0,89 ( 0,66- 1,18)
Altro	0,84 ( 0,60- 1,17)	0,98 ( 0,85- 1,12)	1,14 ( 0,99- 1,31)	1,42 ( 0,81- 2,48)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>				
Coppia con figli	1	1	1	1
Monogenitori nubili, divorziate, separate	1,32 ( 1,10- 1,60)	1,26 ( 1,15- 1,38)	1,09 ( 0,97- 1,22)	0,8 ( 0,48- 1,33)
Monogenitori vedove	1,09 ( 0,94- 1,27)	1,24 ( 1,16- 1,34)	1,09 ( 1,01- 1,18)	0,74 ( 0,49- 1,11)
Altre tipologie familiari	0,92 ( 0,76- 1,12)	1,16 ( 1,06- 1,27)	1,18 ( 1,09- 1,27)	0,92 ( 0,59- 1,43)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE E CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEI GENITORI</b>				
Coppia, lavorano entrambi	1	1	1	1
Coppia, lavora solo il padre	0,96 ( 0,83- 1,11)	0,94 ( 0,87- 1,00)	1,1 ( 1,02- 1,18)	0,92 ( 0,71- 1,19)
Monogenitore donna occupata	1,18 ( 1,00- 1,39)	1,17 ( 1,08- 1,27)	1,14 ( 1,04- 1,24)	0,69 ( 0,47- 1,00)
Nessun genitore occupato	1,15 ( 0,99- 1,33)	0,93 ( 0,87- 1,00)	1,04 ( 0,96- 1,13)	0,74 ( 0,56- 1,00)
Altro	0,86 ( 0,70- 1,05)	1,08 ( 0,99- 1,18)	1,09 ( 0,99- 1,20)	0,85 ( 0,59- 1,22)

(a) Gruppi di riferimento: per il livello di istruzione familiare quello più elevato, per la classe sociale familiare la borghesia; le risorse economiche ottime o adeguate; per la tipologia familiare la coppia con figli; per la condizione occupazionale della madre essere figli di donne occupate, per la tipologia familiare combinata con la condizione occupazionale dei genitori vivere in una famiglia in cui entrambi i genitori sono occupati.



**Prospetto 4 - Condizioni di salute e comportamenti insalubri in Italia 1999-2000 secondo le caratteristiche socio-economiche familiari. Rischi relativi di prevalenza controllati per età, ripartizione geografica e livello di istruzione individuale (a). Figlie maggiorenni.**

INDICATORE	Salute percepita non bene	Fuma	Non fa attività fisica intensiva o regolare	Visita odontoiatrica
<b>ISTRUZIONE FAMILIARE</b>				
Post-laurea, laurea, diploma universitario, diploma	1	1	1	1
Licenza professionale media inferiori	1,1 (0,98- 1,23)	1,02 (0,92- 1,13)	1,12 (1,05- 1,18)	0,99 (0,79- 1,24)
Licenza elementare, senza titolo di studio	1,08 (0,96- 1,22)	0,89 (0,79- 1,00)	1,21 (1,14- 1,28)	0,99 (0,77- 1,27)
<b>CLASSE SOCIALE FAMILIARE</b>				
Borghesia	1	1	1	1
Classe media impiegatizia	1,23 (1,07- 1,42)	0,92 (0,81- 1,04)	1,25 (1,15- 1,35)	1,08 (0,83- 1,42)
Piccola borghesia	1,08 (0,93- 1,26)	0,92 (0,81- 1,05)	1,19 (1,09- 1,29)	0,78 (0,56- 1,07)
Classe operaia	1,25 (1,09- 1,43)	0,93 (0,82- 1,05)	1,34 (1,24- 1,44)	1,12 (0,86- 1,47)
<b>SODDISFAZIONE PER LE RISORSE ECONOMICHE</b>				
Ottime-adequate	1	1	1	1
Scarse-insufficienti	1,34 (1,22- 1,47)	1,01 (0,92- 1,11)	1,17 (1,11- 1,22)	0,78 (0,62- 0,98)
<b>CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DELLA MADRE</b>				
Occupata	1	1	1	1
In cerca di nuova occupazione	1,12 (0,92- 1,36)	0,98 (0,80- 1,19)	1,2 (1,09- 1,32)	1,34 (0,89- 2,02)
Casalinga	0,9 (0,82- 1,00)	0,82 (0,75- 0,91)	1,09 (1,03- 1,15)	0,95 (0,75- 1,20)
Ritirata dal lavoro	0,82 (0,72- 0,94)	1,04 (0,92- 1,18)	1 (0,93- 1,08)	1,59 (1,22- 2,07)
Altro	1,15 (0,89- 1,47)	0,99 (0,75- 1,31)	1,05 (0,92- 1,19)	1 (0,48- 2,08)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>				
Coppia con figli	1	1	1	1
Monogenitori nubili, divorziate, separate	1,2 (1,00- 1,44)	2 (1,76- 2,27)	0,99 (0,89- 1,11)	1,31 (0,88- 1,94)
Monogenitori vedove	1,12 (0,96- 1,30)	1,22 (1,05- 1,41)	1,01 (0,94- 1,09)	1,28 (0,91- 1,79)
Altre tipologie familiari	0,86 (0,72- 1,03)	1,28 (1,10- 1,48)	1,06 (0,98- 1,14)	0,85 (0,55- 1,31)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE E CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEI GENITORI</b>				
Coppia, lavorano entrambi	1	1	1	1
Coppia, lavora solo il padre	0,79 (0,69- 0,90)	0,82 (0,73- 0,93)	1,09 (1,02- 1,16)	1,14 (0,88- 1,48)
Monogenitore donna occupata	1,1 (0,95- 1,28)	1,28 (1,12- 1,46)	1,07 (0,98- 1,16)	1,4 (1,01- 1,93)
Nessun genitore occupato	1,06 (0,93- 1,20)	0,87 (0,76- 0,98)	1,09 (1,01- 1,16)	1,19 (0,89- 1,58)
Altro	1 (0,85- 1,18)	0,8 (0,68- 0,94)	1,1 (1,01- 1,20)	0,82 (0,54- 1,23)

(a) Gruppi di riferimento: per il livello di istruzione familiare quello più elevato, per la classe sociale familiare la borghesia; le risorse economiche ottime o adeguate; per la tipologia familiare la coppia con figli; per la condizione occupazionale della madre essere figlie di donne occupate, per la tipologia familiare combinata con la condizione occupazionale dei genitori vivere in una famiglia in cui entrambi i genitori sono occupati.

L'interazionismo simbolico si colloca nell'ambito delle sociologie interpretative e situazioniste che fondano lo studio della vita quotidiana sul momento interpretativo. Il carattere saliente dell'interazionismo simbolico è costituito dall'interesse per la sfera soggettiva e per i processi attraverso cui gli individui fabbricano gli ingredienti della vita sociale sulla base dei significati che emergono dall'esperienza personale nel corso dell'interazione sociale. Nella prospettiva dell'interazionismo simbolico la vita sociale non è data ma è contrattata. Essa cioè deriva dalla concertazione delle attività degli individui che interpretano e fraintendono reciprocamente il proprio agire, sulla base delle aspettative che gli uni maturano nei confronti degli altri nei processi di interazione.

La caratteristica prettamente umana della riflessività, secondo cui l'individuo sperimenta se stesso non mediante l'osservazione diretta, ma solo in modo indiretto attraverso il punto di vista degli altri, porta a ipotizzare che in alcuni casi l'assunzione di comportamenti correlati alla salute sia il risultato del condizionamento esercitato dagli individui con cui si entra in relazione.

L'identificazione con la propria età e con i propri coetanei varia con la condizione sociale ed è più forte prima della età adulta perché è più ridotto e più difficile l'accesso ad altre risorse di identificazione sociale<sup>22</sup>. I giovani fanno riferimento a un insieme di simboli e significati condivisi nel gruppo dei pari per decifrare e interpretare la propria linea di condotta. Essi, per esempio possono credere, secondo il punto di vista e le reazioni degli altri, che sia stereotipo di virilità una rappresentazione di sé come persona che fuma e tossisce, che fa un sovrac consumo di alcolici e che guida in modo spericolato<sup>23</sup>. Nei ragazzi socio-economicamente più sfavoriti è ipotizzabile che sia più forte il condizionamento esercitato dal gruppo dei pari perché avrebbero minori occasioni di usufruire di altre risorse di identificazione sociale. In tal senso i meccanismi che intervengono sul piano dell'interazione sarebbero fortemente intrecciati anche con il capitale sociale.

Nella salute percepita e nello svolgimento di attività fisica si continuano ad osservare associazioni inverse con le caratteristiche socio-economiche, seppure di lieve entità. In questo caso la carenza di risorse di reddito continuerebbe ad influire sulla salute percepita, probabilmente anche come effetto dilazionato nel tempo di esposizione a fattori di rischio in età infantile, per la cui spiegazione si rimanda alle ipotesi formulate in merito alla salute di figli minorenni. Nei maschi e nelle femmine si osservano disuguaglianze di intensità comparabile che smentirebbe l'ipotesi secondo cui i figli maschi sarebbero maggiormente dipendenti per la propria salute dalla capacità di accudimento della madre e della famiglia. Le figlie, invece, sarebbero socializzate ad avere cura di sé e degli altri e pertanto diventerebbero prima indipendenti nella gestione della propria salute.

---

<sup>22</sup> Saraceno (a cura di) *Età e corso della vita*, Il Mulino, Bologna, 2001, p.14.

<sup>23</sup> Allo stesso modo è ipotizzabile che il richiamo all'attività simbolica abbia una certa rilevanza per la maggiore diffusione dei disturbi alimentari femminili nelle fasce giovanili come conseguenza del desiderio di adeguare la propria immagine allo stereotipo di bellezza come magrezza, anche se rimane da chiarire come mai siano maggiormente colpite le ragazze socio economicamente più avvantaggiate.

Lo stesso si può pensare per lo svolgimento di esercizio fisico: non essere abituati a praticare attività fisica da piccoli può contribuire a radicare la cattiva abitudine negli anni successivi. La fonte informativa non fornisce informazioni longitudinali necessarie per controllare questa ipotesi.

Le visite odontoiatriche non presentano differenze significative per cui sembrerebbe venire meno l'impatto della scarsità di reddito e di risorse culturali sull'accesso a questo tipo di visite mediche probabilmente perché le famiglie meno abbienti si possono avvalere dell'integrazione del reddito dei figli maggiorenni lavoratori.

## **5. Considerazioni per le politiche non sanitarie di promozione della salute**

Analisi descrittive di questo tipo offrono alcuni spunti per la ricerca di priorità nella promozione della salute che sappiano contrastare le disuguaglianze sociali. In termini di distribuzione geografica l'unica indicazione emergente dai dati è una maggiore capacità del Nord est di smussare le differenze sociali negli indicatori di salute. Questo risultato è coerente con i risultati delle analisi multilivello sui determinanti della distribuzione geografica della salute<sup>24</sup> e merita di essere interpretato alla luce del contributo che il contesto del Nord est (struttura sociale ed economica, culture e politiche locali) fornisce nel moderare gli effetti sfavorevoli della povertà nei minori.

In generale tra le politiche non sanitarie a favore dei minori risulta fondamentale il sostegno all'occupazione delle madri e la flessibilità degli orari dei servizi: tutti gli indicatori di salute sono fortemente influenzati dalla povertà di rete familiare di sostegno e di reddito.

Il forte ruolo dell'istruzione familiare suggerisce la necessità di iniziative di formazione permanente rivolte agli adulti per compensare la carenza di risorse culturali dei genitori, in particolare per fornire informazioni sull'importanza della prevenzione e sui fattori di rischio per la salute dei bambini e dei ragazzi.

La modesta correlazione dell'abitudine al fumo nei giovani con le risorse economiche familiari apre degli interrogativi sull'utilità di eventuali politiche preventive basate sull'alzamento del costo delle sigarette.

La promozione di iniziative per facilitare l'accesso a occasioni di sport gratuite o a costi molto contenuti potrebbe incentivare lo svolgimento di esercizio fisico.

La promozione della salute dei giovani maggiorenni deve prevalentemente tenere conto della omologazione al comportamento dei pari attraverso la creazione di spazi di socializzazione protetti, la promozione di campagne informative sulle dipendenze e l'attivazione di servizi come gli educatori di strada, secondo quanto

---

<sup>24</sup> Marinacci C, Spadea T, Cesaroni G, Vittori P, *La geografia della salute in Italia: immagini di salute e immagini di povertà* in questo volume.

previsto dal *Piano territoriale di intervento per l'infanzia e l'adolescenza* (art. 2 della legge 28 agosto 1997, n. 285)<sup>25</sup>.

La progettazione di politiche non sanitarie di promozione della salute deve tuttavia fare i conti con il modo in cui le caratteristiche geografiche possono modificare l'impatto delle caratteristiche socio-demografiche dei genitori sulla salute e i comportamenti insalubri dei figli. Come ha spiegato Negri a proposito della analisi delle carriere di povertà, le disuguaglianze sociali di salute sono un problema di interazione situata, per cui bisogna collocare i disagi nel concreto contesto in cui il soggetto opera<sup>26</sup>. Questo significa tenere simultaneamente conto di più fattori, individuare le situazioni più problematiche attraverso la cumulazione di diversi svantaggi sullo stesso individuo e confrontare lo stato di salute di chi possiede una determinata risorsa o disagio con chi non ce l'ha per capire se è condizionato da questa mancanza o come a tale mancanza reagisce. La considerazione delle capacità di *agency* nelle transizioni difficili ha delle importanti implicazioni nella scelta delle politiche informate dal corso della vita che come sottolinea Saraceno devono essere mirate a specifici eventi, transizioni, episodi, piuttosto che indirizzate a gruppi definiti in modo omogenei quali i figli dei disoccupati, della madri sole, eccetera.

---

<sup>25</sup> Il riferimento al piano territoriale è tratto da Saraceno C. (a cura di) *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale 1997-2000*, Carocci, Roma 2002, pag 40.

<sup>26</sup> Bagnasco A. e Negri N., *Classi, ceti e persone*, Napoli, Liguori, 1994



# LA FRAGILITÀ NELLA SALUTE DELL'ANZIANO

F. Vannoni<sup>1</sup>, G. Costa<sup>1</sup>, M. Demaria<sup>1</sup>

## Introduzione

Dagli studi sulla stratificazione per età è emerso che le scansioni del calendario del corso della vita variano nei diversi gruppi sociali. I lavoratori manuali o a bassa specializzazione, per esempio, frequentano la scuola per un numero minore di anni, iniziano a lavorare e si sposano in età più giovane rispetto alle persone che svolgono le professioni più prestigiose<sup>2</sup>. Per le persone di classe operaia, in generale, dura meno la fase dell'adolescenza per un precoce ingresso nello status di adulto e, per contro, inizia prima la vecchiaia: esse, infatti, si ritirano prima dal mondo del lavoro, subiscono una precoce riduzione dei ruoli sociali e di conseguenza un anticipato etichettamento e autoidentificazione come anziano<sup>3</sup>.

I dati epidemiologici inoltre hanno documentato rilevanti differenze nella speranza di vita per professioni e per classe sociale<sup>4</sup>, per cui gli appartenenti ad una stessa coorte si differenziano non solo nelle scansioni del corso della vita in ragione delle caratteristiche socio-economiche, ma anche nella probabilità di arrivare alla stessa età cronologica e, dunque, di essere formalmente in grado di effettuare le stesse transizioni.

---

<sup>1</sup> Servizio di epidemiologia - ASL 5 Piemonte.

Questo lavoro, per il quale Francesca Vannoni ha effettuato tutte le elaborazioni e steso le varie versioni, è frutto di discussioni con tutti gli autori.

<sup>2</sup> Saraceno C. (a cura di) *Età e corso della vita*, Il Mulino, Bologna, 2001, pp. 1-38.

<sup>3</sup> Neugarten e Moore 1968, riferimento tratto da Saraceno C. (a cura di) *Età e corso della vita*, Il Mulino, Bologna, 2001.

<sup>4</sup> Costa G., Spadea T., Vannoni F., Biocca M., Perticaroli S., *Salute e lavoro in una popolazione che invecchia*, stesso volume

Infine per le persone che hanno avuto la possibilità di diventare anziane varia, in ragione delle loro caratteristiche socio-economiche, il modo in cui vivono la propria vecchiaia, tanto da ritenere più appropriato parlare di vecchie al plurale<sup>5</sup>.

In questa ottica attraverso i dati dell'indagine Istat sullo stato di salute è possibile analizzare le differenze nelle condizioni di salute delle persone anziane e, pur con tutti i limiti imposti dalla natura dei dati di tipo trasversale, ricavare alcuni indizi sulle transizioni nella condizione di disabilità per controllare se e in che misura all'ingresso e permanenza nell'età anziana corrispondano esperienze diverse di salute e differenti sviluppi nel tempo in ragione delle caratteristiche socio-economiche. Anche in questo caso, come negli altri contributi di questa parte, si utilizzerà la dimensione sociale per rilevare differenze di salute che possano essere corrette attraverso appropriate politiche.

## 1. Materiali e metodi

Per l'analisi delle disuguaglianze sociali sono stati considerati i seguenti indicatori di salute:

- La salute percepita come misura della sensazione complessiva del proprio stato di salute attraverso i giudizi espressi in risposta alla domanda "Come va in generale la sua salute: molto male, male, discretamente, bene, molto bene" e ricodificati in due gruppi: male-molto male; discretamente; bene- molto bene.
- La morbosità cronica misura la presenza riferita e diagnosticata da un medico di specifiche malattie. Essa deriva da due domande, la prima quella in cui agli intervistati viene chiesto da quale delle patologie elencate è affetto e la seconda quella in cui viene richiesto se è stata diagnosticata da un medico. Le differenze sono analizzate attraverso un indicatore riassuntivo della presenza di una o più di una malattia. In questo gruppo sono state selezionate il diabete; la trombosi con l'embolia e l'emorragia cerebrale; la bronchite cronica insieme all'enfisema e all'insufficienza respiratoria; le malattie cardiache in cui sono incluse l'angina, l'infarto e le altre malattie del cuore; l'artrosi; la cirrosi epatica con l'epatite cronica; i tumori maligni; il parkinsonismo con il morbo di Alzheimer, l'epilessia e la perdita della memoria; altri disturbi nervosi.
- La disabilità di lungo termine è conseguenza di malattie o invalidità sul grado di autonomia individuale per lo svolgimento di alcune fondamentali funzioni della vita. Nel rilevare il fenomeno della disabilità l'Istat fa riferimento ad una batteria di quesiti, predisposti da un gruppo di lavoro dell'Oecd sulla base della classificazione Oms<sup>6</sup> (Icdh - International Classification of Disease,

---

<sup>5</sup> Saraceno C. (a cura di), *Età e corso della vita*, Il Mulino, Bologna, 2001.

<sup>6</sup> Sulla base della definizione dell'Oms (Organizzazione mondiale della sanità), per disabilità si intende "la riduzione o la perdita di capacità funzionale o dell'attività conseguente ad una menomazione", sia quest'ultima di tipo anatomico, psicologico o fisiologico.

Disability and Handicap -1980), che consentono di ricostruire specifiche dimensioni della disabilità: confinamento, difficoltà di movimento, difficoltà nelle funzioni quotidiane, difficoltà nella comunicazione<sup>7</sup>. Una persona viene definita disabile se presenta gravi difficoltà in almeno una delle citate dimensioni.

A questa scala è stata aggiunta una categoria definita di “pre-disabilità”. L’ipotesi di una categoria di predisabili poggia sulla dimostrazione di un più elevato rischio di disabilità negli anziani autonomi con peggior performance alle prove di equilibrio, di marcia, di up & go<sup>8</sup>. Nella popolazione in studio sono stati classificate come predisabili la persone che, pur non essendo disabili, presentano qualche o molte difficoltà nel salire e scendere da sole le scale, oppure nel chinarsi per raccogliere qualcosa, o ancora, quelle che con qualche difficoltà riescono a sedersi o alzarsi da una sedia oppure a mettersi e alzarsi dal letto da sole.<sup>9</sup>

- L’indice di massa corporea è un indicatore di salute obiettiva espresso come rapporto tra peso e altezza in metri al quadrato e sintetizzato secondo i valori di sottopeso (<18,5), normopeso (>=18,5 e <30) e obesità (>=30).
- Il mancato svolgimento di esercizio fisico intenso o regolare e di attività fisica leggera.

Le condizioni di salute sono state messe in relazione con tre indicatori di posizione sociale: la dotazione di risorse culturali desunte dal titolo di studio aggregato su tre livelli (1°: diploma, diploma parauniversitario, laurea; 2°: media inferiore, scuola professionale; 3°: licenza elementare, nessun titolo); il livello di soddisfazione per le risorse economiche complessive della famiglia (scarse o insufficienti vs. ottime o adeguate) e la classe sociale della persona.

L’analisi delle differenze è stata condotta calcolando i rapporti di prevalenza, ossia confrontando la proporzione di soggetti che sperimentano uno stato in un determinato gruppo con la percentuale di eventi dello stesso tipo osservati nel gruppo di riferimento (per esempio per il livello di istruzione il titolo di studio più elevato). Le analisi sono state effettuate attraverso la procedura Genmod di Sas, utilizzando la distribuzione degli errori binomiale e la funzione di *link* logaritmica per calcolare i rapporti di prevalenza come esponenziali dei coefficienti di regressione multivariata. Nel modello ciascun soggetto contribuisce con un peso relativo dato dal rapporto tra il suo peso campionario e il peso medio di tutti gli individui del campione. I gruppi di confronto sono costituiti per il livello di istruzione dai più istruiti, per le risorse

---

<sup>7</sup> Per *confinamento* si intende costrizione permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione; le *difficoltà nel movimento* comprendono le difficoltà di camminare, salire e scendere le scale, raccogliere oggetti da terra; le *Difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana* comprendono la mancanza di autonomia a svolgere tutte quelle attività di cura della propria persona, quali il lavarsi da solo, farsi il bagno o la doccia, mangiare da solo; nelle *Difficoltà della comunicazione* sono comprese le limitazioni nel vedere, sentire e parlare.

<sup>8</sup> Guralnik J. M., Ferrucci L., Simonsick E. M., Salive M. E., Wallace R. B., *Lower Extremity Function in Persons over the Age of 70 Years as a Predictor of Subsequent Disability*, in *New England Journal of Medicine*, 1995: Mar 2; 332 (9): 556-61

<sup>9</sup> Si ringrazia il Dott. Visentin per i suggerimenti forniti in merito all’individuazione delle persone predisabili.



economiche da coloro che le hanno valutate come ottime o adeguate e per la classe sociale dalla borghesia. Le analisi vertono su due fasce di età (65-74 anni e 75 anni e più) per confrontare l'impatto delle disuguaglianze sociali nei giovani anziani e negli anziani propriamente detti.

Inoltre sono state confrontate le prevalenze di predisabilità e di disabilità per tre fasce di età (65-74; 75-84; 85 e oltre) del gruppo più svantaggiato (bassa istruzione, risorse insufficienti, classe operaia) rispetto a quello più avvantaggiato (rispettivamente, alta istruzione, risorse sufficienti, borghesia).

I risultati sono presentati stratificati per sesso.

## **2. Le disuguaglianze sociali nelle condizioni di salute degli anziani**

Nelle persone di 65-74 anni più sfavorite sotto l'aspetto socio-economico si osserva un netto peggioramento nella salute percepita, nella morbosità cronica, nella predisabilità e nella disabilità (Figure 1 e 2).

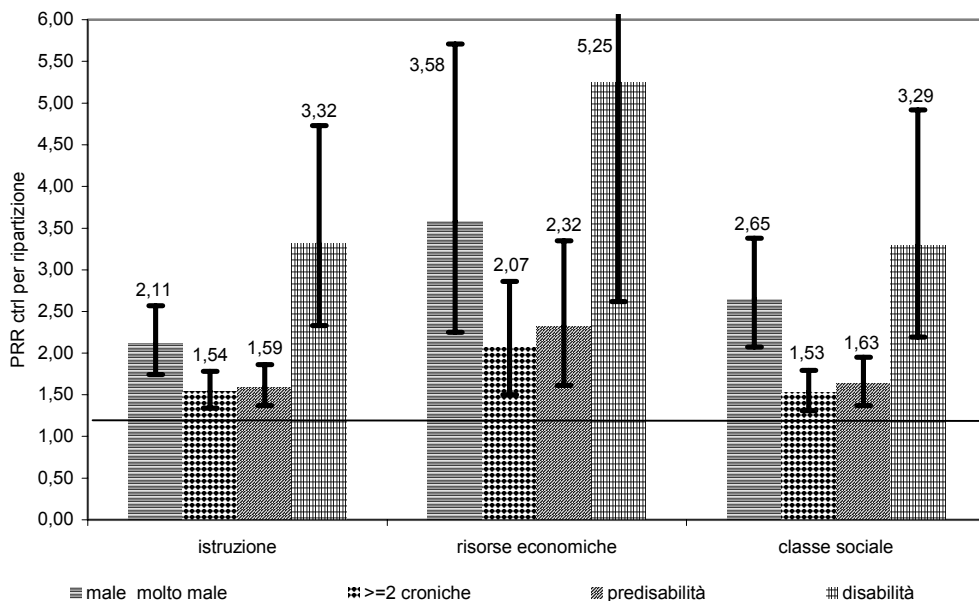
Le disuguaglianze in ragione della classe sociale appaiono più o meno dello stesso ordine di grandezza di quelle relative al livello di istruzione, mentre risultano ancora più intense quando si guarda al giudizio delle risorse economiche. La maggiore intensità delle disuguaglianze in ragione dell'insoddisfazione per le risorse economiche potrebbe essere spiegata dal fatto che la malattia crea insoddisfazione economica. Le persone cioè ritengono le loro risorse economiche inadeguate in rapporto alle spese di vario genere che devono e dovranno sostenere per fronteggiare i loro problemi di salute.

In generale negli anziani con 65-74 anni, sia uomini sia donne, fra tutte le dimensioni di salute considerate e secondo tutti gli indicatori sociali utilizzati (ad eccezione dell'istruzione tra le donne) si osservano disuguaglianze più intense nella disabilità.

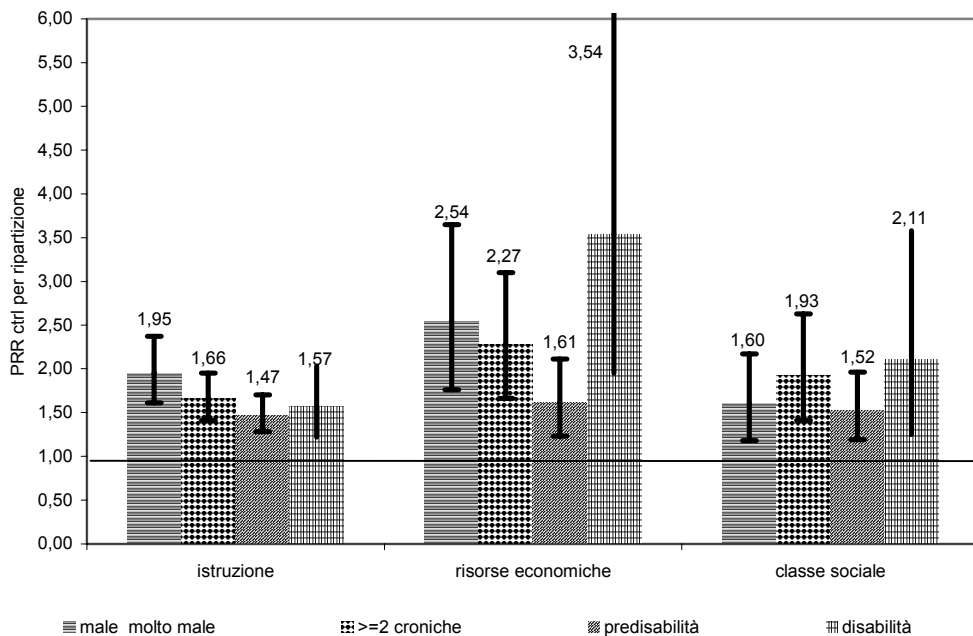
Nei grandi anziani, le disuguaglianze in ragione del livello di istruzione e della classe sociale risultano meno intense di quelle osservate nelle persone con 65-74 anni e riguardano tutte le dimensioni di salute in misura paragonabile (Figure 3 e 4). All'insoddisfazione per le risorse economiche corrispondono disuguaglianze di maggiore intensità per le stesse ragioni richiamate sopra, ma solo negli uomini. In questo caso è possibile che l'esclusione della popolazione istituzionalizzata dal campione dell'indagine abbia sottratto una buona parte di persone disabili (in particolare più donne e più povere) dall'osservazione riducendo l'intensità delle differenze misurate tra gli anziani oltre i 75 anni.

Nelle persone anziane la disabilità rappresenta quindi la dimensione di salute in cui emergono le disuguaglianze più intense ed è anche quella in cui esistono delle azioni di prevenzione specifiche per questo gruppo di popolazione.

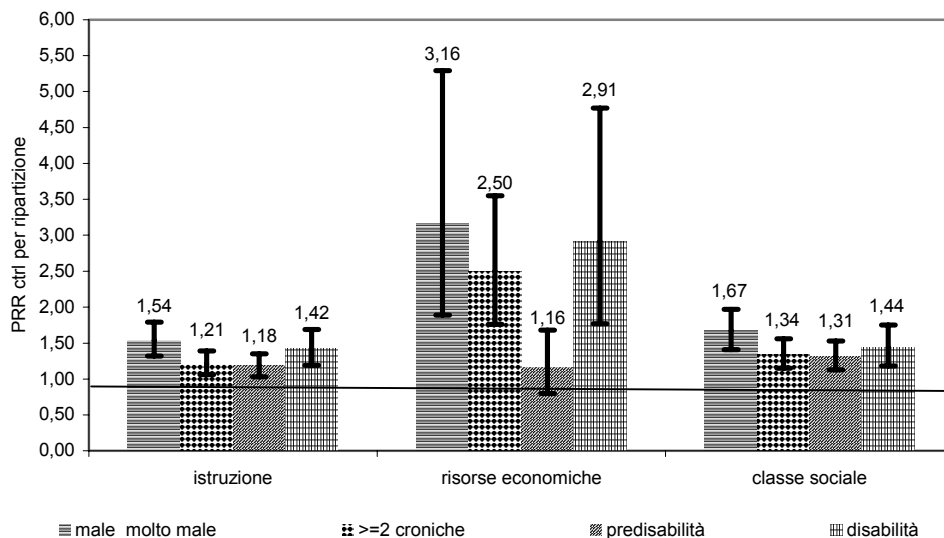
**Figura 1 - Condizioni di salute degli anziani in condizione socio-economica svantaggiata. Uomini 65-74 anni.**



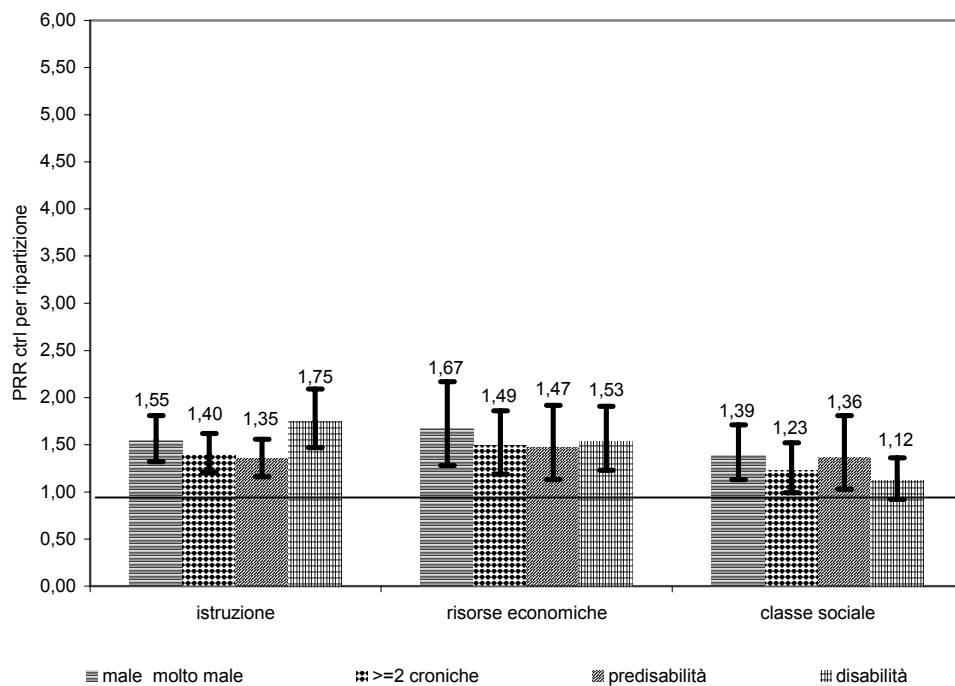
**Figura 2 - Condizioni di salute degli anziani in condizione socio-economica svantaggiata. Donne 65-74 anni.**



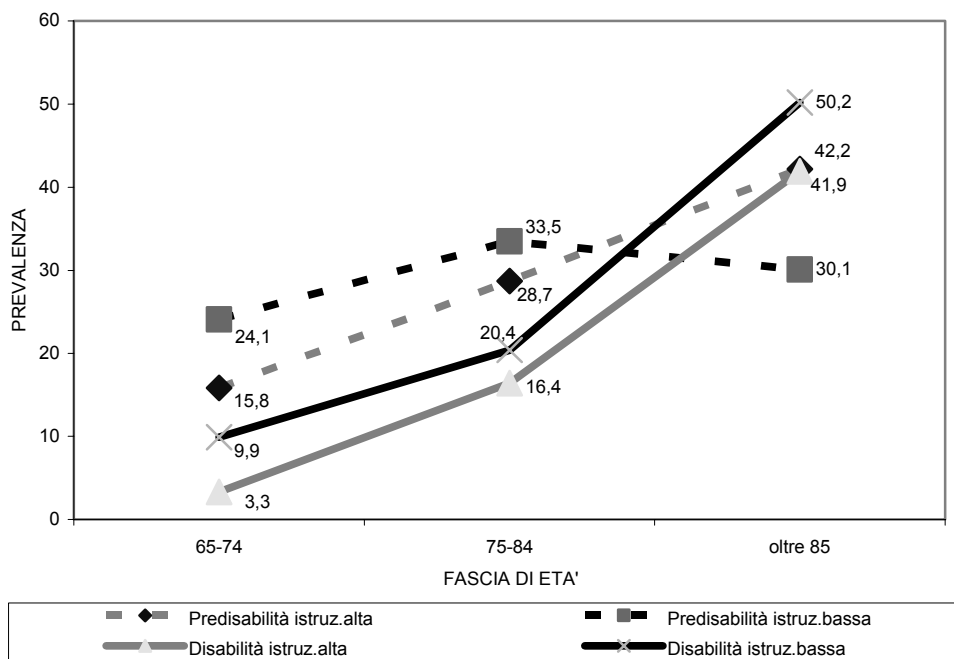
**Figura 3 - Condizioni di salute degli anziani in condizione socio-economica svantaggiata. Uomini >=75 anni.**



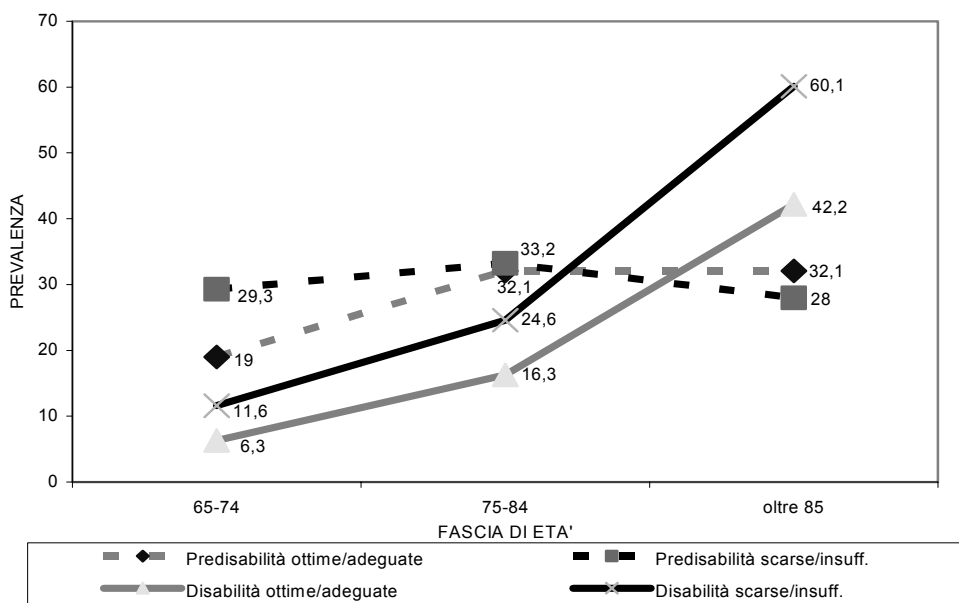
**Figura 4 - Condizioni di salute degli anziani in condizione socio-economica svantaggiata. Donne >=75 anni.**



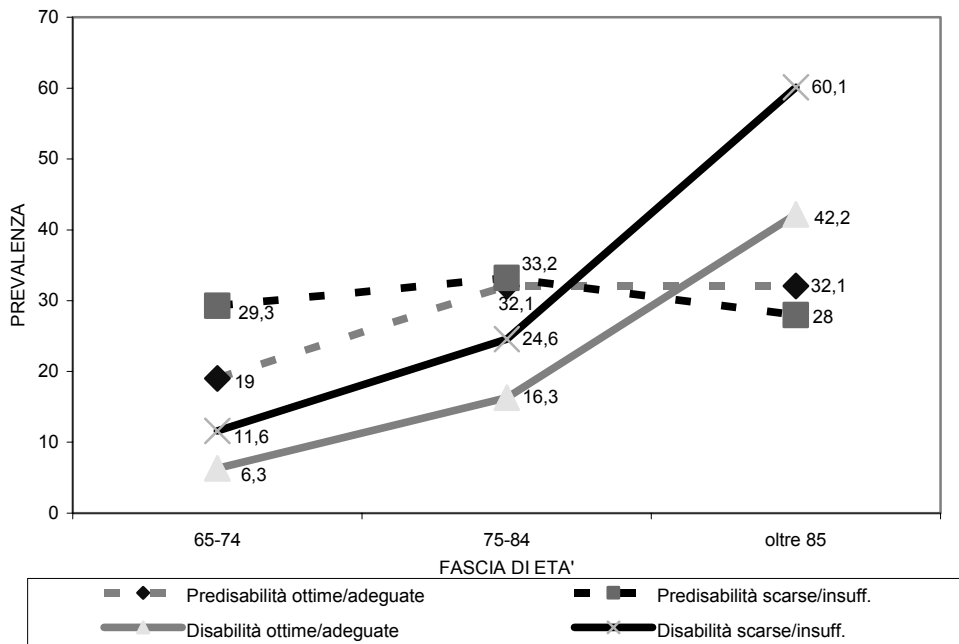
**Figura 5 - Predisabilità/disabilità per istruzione (uomini)**



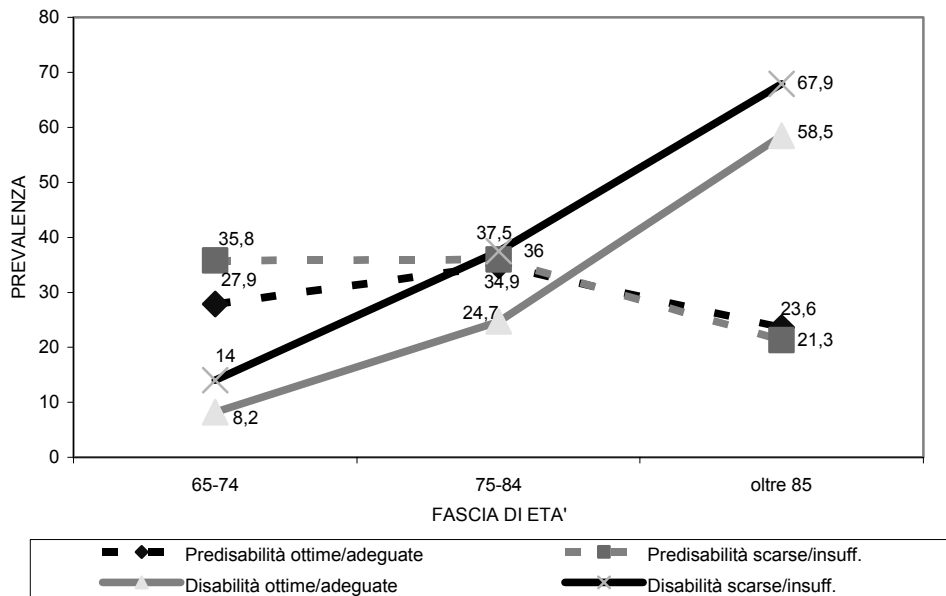
**Figura 6 - Predisabilità/disabilità per istruzione (donne)**



**Figura 7 - Predisabilità/disabilità per insoddisfazione per le risorse economiche (uomini)**



**Figura 8 - Predisabilità/disabilità per insoddisfazione per le risorse economiche (donne)**



È documentabile che un intervento capillare e tempestivo volto a mantenere le funzioni essenziali nelle persone anziane, ad esempio attraverso un'attività fisica e sociale mirata, ritarda (e quindi di fatto previene) la condizione di non autosufficienza.<sup>10</sup>

Le disuguaglianze sociali nella disabilità possono essere riconducibili a due meccanismi: nel primo caso lo svantaggio sociale agisce influenzando l'insorgere degli stati di malattia cronica che possono esitare in disabilità (lo stato di predisabilità misurerebbe in modo sensibile questa condizione); nel secondo caso lo svantaggio sociale influenzerebbe la velocità e probabilità di transizione da predisabilità a disabilità.

Le Figure 5-10 ricercano nei dati dell'indagine Salute 2000 se ci siano indizi a favore dell'uno o dell'altro meccanismo mettendo a confronto le tre fasce di età come se fossero una traiettoria di vita di un'unica coorte e non tre coorti diverse.

Nei grandi anziani oltre gli 85 anni di ambo i generi (Figure 5 e 6) si osservano prevalenze molto alte di disabilità (i valori uniti dalla linea continua) che, rispettivamente per i più e i meno istruiti (nell'ordine, colore nero e grigio) vanno dal 42 per cento al 50 per cento negli uomini e nelle donne dal 45 per cento al 63 per cento, mentre le prevalenze di predisabilità (linea tratteggiata) sono meno alte (42 per cento e 30 per cento negli uomini e 29 per cento e 22 per cento nelle donne).

La prevalenza di persone disabili cresce con l'età e presenta un aumento particolarmente consistente nei grandi anziani, con rilevanti differenze in ragione del livello di istruzione.

La predisabilità presenta un andamento completamente diverso: la quota di persone predisabili è cioè molto più elevata nella fascia di età 65-74 anni, soprattutto nelle persone meno istruite, aumenta ulteriormente nella fascia di età 75-84 anni, con però delle differenze più attenuate per livello di istruzione. Passando alla fascia di età successiva si osserva un'inversione nella relazione con il livello di istruzione: nelle persone più istruite la predisabilità aumenta (negli uomini) o rimane più o meno stabile (nelle donne) e diminuisce in quelle meno istruite, nelle quali invece cresce considerevolmente la disabilità.

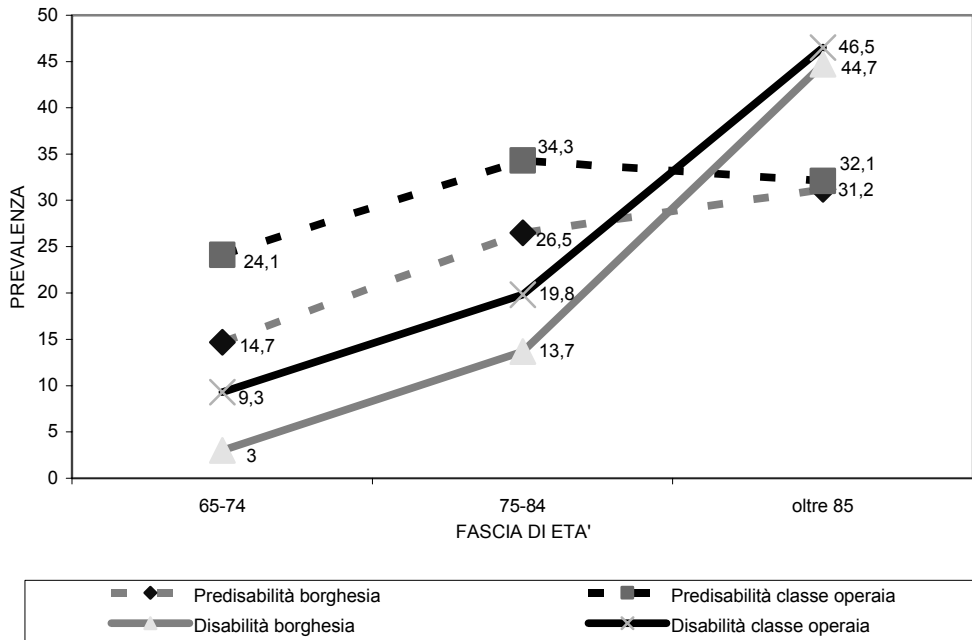
Questi dati mostrerebbero degli indizi di maggiore velocità di transizione nella disabilità per le persone meno istruite. Lo stesso fenomeno si osserva per l'insoddisfazione per le risorse economiche (Figure 7 e 8) e per la classe sociale tra gli uomini (Figure 9 e 10).

Se fosse in opera il primo meccanismo sopra richiamato, secondo il quale le disuguaglianze nella disabilità nascono dalle disuguaglianze nelle storie di vita che portano alle malattie croniche, ci si aspetterebbe che le disuguaglianze negli stati di predisabilità fossero di intensità comparabile a quella negli stati di disabilità nelle diverse fasce di età (o lievemente superiori a causa dell'attrito della mortalità dei malati più gravi tra gli anziani e dell'istituzionalizzazione selettiva dei disabili più poveri).

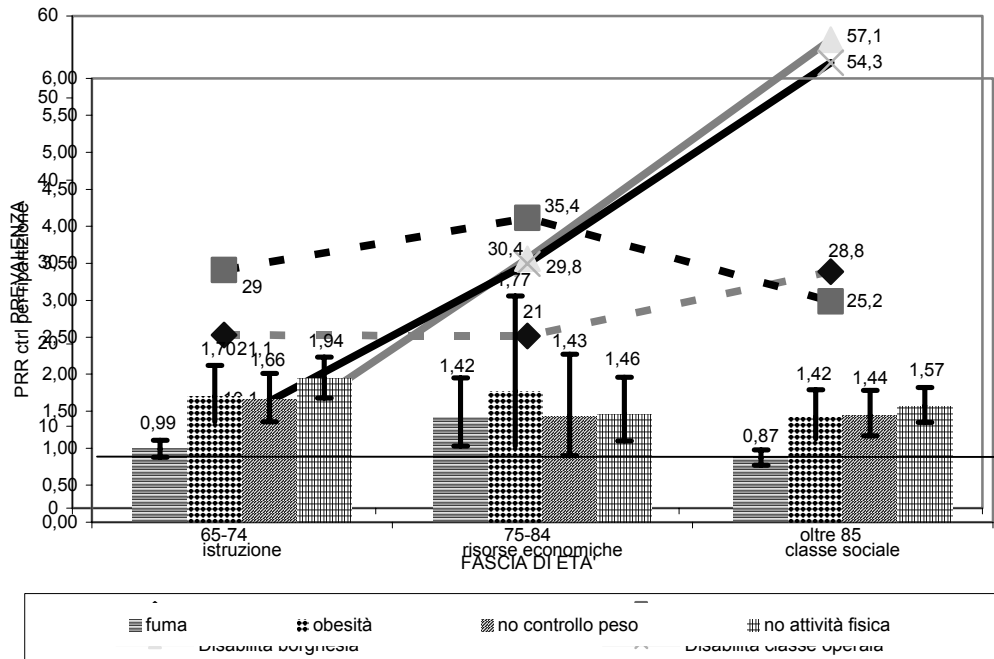
---

<sup>10</sup> Buiatti E, Ferrucci L., Cabras M.G., De Marco F., Bartolacci S., Berni R., Brizioli E., *Dalla epidemiologia alle decisioni: un modello di studio per la programmazione di servizi per gli anziani*, in *Tendenze nuove*, 4/2001 nuova serie:314-339.

**Figura 9 - Predisabilità/disabilità per classe sociale (uomini)**



**Figura 10 - Predisabilità/disabilità per classe sociale (donne)**



Se dovesse prevalere il secondo meccanismo, allora ci si aspetterebbe che le disuguaglianze nella disabilità fossero più intense e che questo fosse particolarmente vero nella fascia di età più anziana, che è quanto si osserva nei dati dell'indagine.

Purtroppo, data la natura trasversale dell'indagine nelle fasce di età si confondono due fenomeni: l'effetto dell'età e l'effetto della coorte. Utilizzare solamente dati di tipo trasversale espone infatti al grave rischio di compiere una fallacia di confronto trasversale che consiste nell'interpretare erroneamente le differenze di età riscontrate in un momento dato come descrizioni del processo di invecchiamento, ossia di equiparare le differenze trasversali tra gli strati a differenze nell'invecchiamento. Le percentuali di predisabilità e disabilità relative alle tre classi di età si riferiscono ad un singolo periodo di tempo e dunque rappresentano una sezione trasversale di persone che possono differire per coorte di appartenenza e per le strutture alle quali partecipano correntemente. Sembra tuttavia poco verosimile che la coorte più anziana abbia fatto esperienza di maggiore predisabilità nei più istruiti e di maggiore disabilità nei meno istruiti rispetto alla coorte più giovane.

Inoltre se si tiene a mente che i diversi strati di età contengono membri di coorti differenti, è evidente che i vecchi studiati oggi non sono le stesse persone che saranno vecchie in futuro e ciò impedisce di effettuare delle previsioni.

### **3. Considerazioni sui meccanismi e sulle politiche socio-sanitarie**

Il processo di invecchiamento è ineluttabile ma può essere modificato, contrariamente allo stereotipo sull'inevitabile decadenza correlata all'età prevenendo o, quanto meno, posticipando l'inizio della non autosufficienza delle persone anziane attraverso interventi mirati ad allungare il più possibile il tempo della vita libero da disabilità.

Le condizioni di salute delle persone anziane sono, tra l'altro, anche il risultato dell'esposizione pregressa a fattori di rischio e a stili di vita adottati parecchi anni addietro, vista la latenza che alcune malattie hanno prima di manifestarsi. Le disuguaglianze nelle prevalenze di malattie croniche tra i giovani anziani sta a documentare questo risultato che rimanda indietro alla responsabilità delle politiche di prevenzione da intraprendere in età adulta.

La fonte informativa non fornisce informazioni relative al passato, ma dalla letteratura epidemiologica sappiamo che queste coorti in varie misure sono interessate dalla cosiddetta inversione e transizione epidemiologica, cioè l'inversione della relazione, da diretta a inversa, tra le caratteristiche socio-economiche e i comportamenti insalubri associati alle principali cause di morte.<sup>11</sup> In ritardo su questa transizione è l'abitudine al fumo nelle donne che in queste coorti è stato e risulta tuttora più diffuso in quelle più istruite e di alta classe sociale, probabilmente perché

---

<sup>11</sup> Costa G., Faggiano F., Cadum E., Lagorio S., Arcà M., Farchi G., Demarca M., Pagnanelli F. *Le differenze sociali nella mortalità in Italia*, in Costa G., Faggiano F. (a cura di) *L'equità nella salute in Italia*, Milano, Franco Angeli, 1994



il consumo di tabacco è inteso come un comportamento emancipatorio nelle donne maggiormente attrezzate di capitale culturale e sociale.<sup>12</sup>

Oltre alla promozione di stili di vita salubri nelle classi di età che precedono quella anziana, ci sono delle azioni di prevenzione destinate alle persone anziane di tipo sanitario e sociale. Quelle più prettamente sanitarie consistono, per esempio, in adeguati trattamenti ospedalieri e di riabilitazione in seguito a malattie acute che comportano il rischio di non autosufficienza, quali la frattura del femore, dell'ictus, dello scompenso cardiaco ecc.. Aiuta a prevenire la disabilità anche l'aiuto quotidiano psicologico e materiale per le funzioni semplici della vita quotidiana mirato a promuovere un'attività fisica e sociale delle persone anziane, soprattutto di quelle in condizione fragile, cioè prossime alla perdita dell'autonomia funzionale.

La maggiore velocità di transizione dalla condizione di predisabile a quella di disabile può essere un effetto diretto del basso livello di istruzione a causa del quale, per esempio, le persone ignorano i fattori di rischio specifici della disabilità. Per esempio potrebbero non sapere che l'attività fisica aiuta a prevenire la non autosufficienza, che è necessario tenere sotto controllo il peso corporeo e alcune importanti malattie croniche.

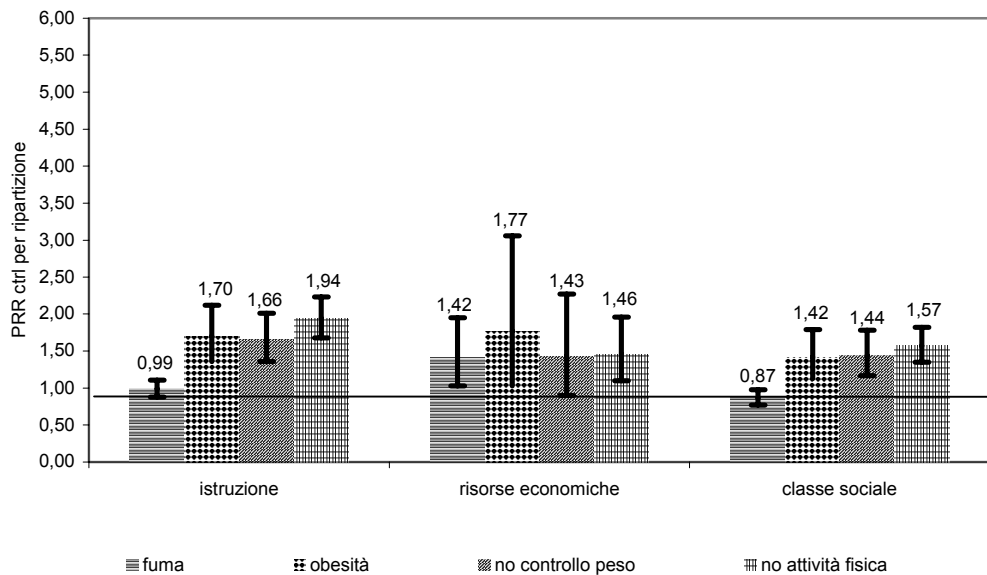
Dall'analisi delle disuguaglianze negli stili di vita delle persone anziane in effetti risulta che il livello di istruzione sembra essere il fattore che, seppur con modalità ed intensità diverse per uomini e donne con età compresa tra i 65 e i 74 anni, svolge il ruolo più importante nel mantenimento di comportamenti e stili di vita insalubri (Figure 11 e 12). Nelle persone anziane con almeno 75 anni emergono differenze meno significative e meno intense rispetto a quelle osservate nella fascia di età 65-74 anni, tranne che per l'obesità nelle donne meno istruite e per il fumo e l'obesità negli uomini con risorse economiche scarse (Figure 13 e 14). Le disuguaglianze risultano in generale relativamente contenute, ad eccezione di quelle nell'obesità e nel controllo del peso perchè nell'età anziana subentrano problemi di salute che inducono ad eliminare alcuni comportamenti insalubri e dunque ad attenuare le disuguaglianze osservate.

Inoltre, in merito alla maggiore velocità di transizione dalla condizione di predisabile a quella di disabile, è probabile un effetto diretto del basso reddito a cui sarebbero associate, per esempio, le difficoltà di accesso alle cure adeguate in fase acuta e l'impossibilità di pagare una persona che fornisca assistenza anche per le funzioni della vita quotidiana. Gli anziani a basso reddito possiedono anche meno capitale sociale che rappresenta una risorsa importante perchè influisce sulla mobilitazione fisica e sociale e determina la disponibilità di servizi e di cura ad opera della rete di assistenza amicale e parentale.

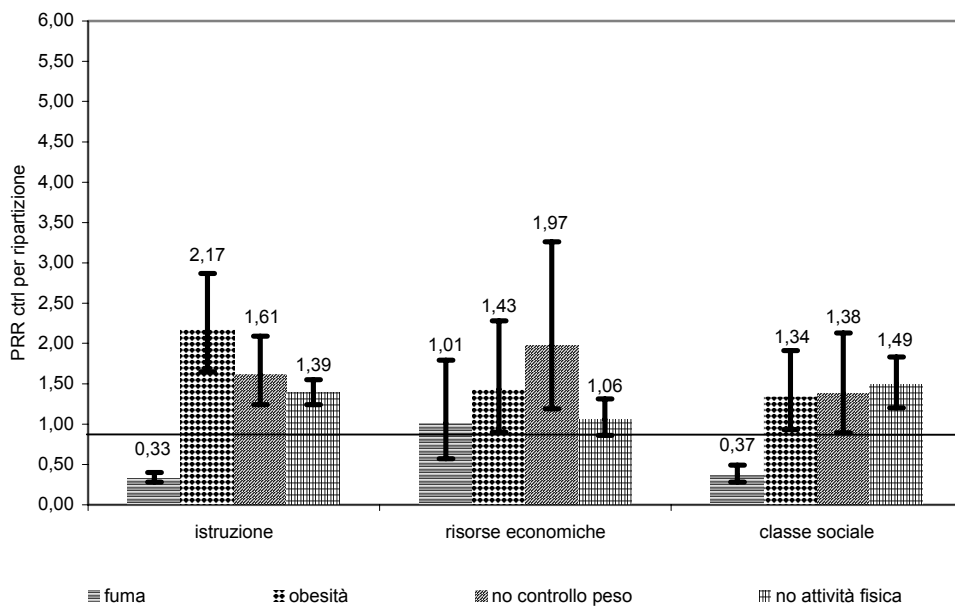
---

<sup>12</sup> Faggiano F., Versino E., Lemma P., *Decennial trends of social differentials in smoking habits in Italy*, in *Cancer Causes and Control* 12: 665-671, 2001

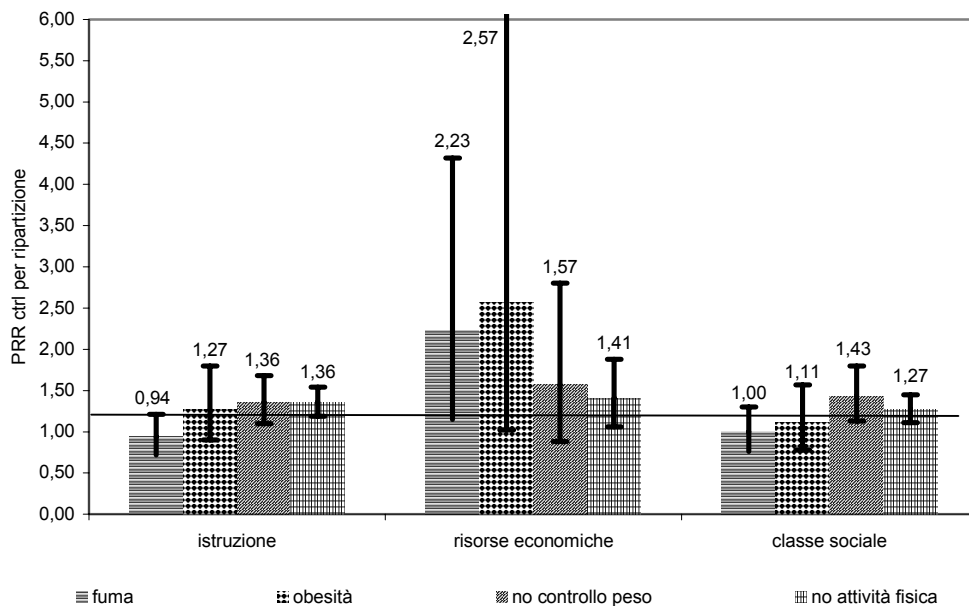
**Figura 11 - Fattori di rischio negli anziani in condizione socio-economica svantaggiata. Uomini 65-74 anni.**



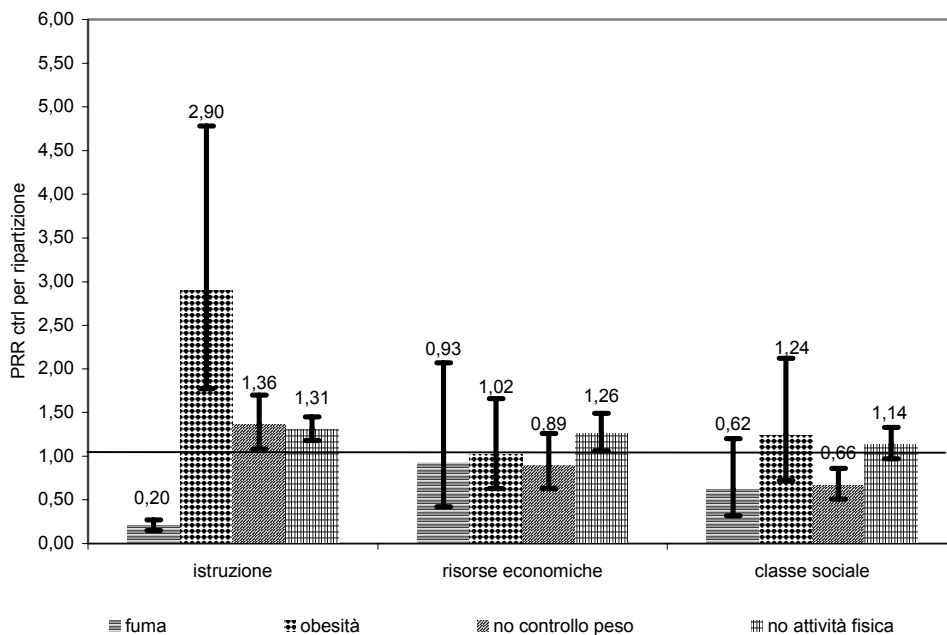
**Figura 12 - Fattori di rischio negli anziani in condizione socio-economica svantaggiata. Donne 65-74 anni.**



**Figura 13 - Fattori di rischio negli anziani in condizione socio-economica svantaggiata. Uomini >=75 anni.**



**Figura 14 - Fattori di rischio negli anziani in condizione socio-economica svantaggiata. Donne >=75 anni.**



Inoltre la rete sociale rimanda alla dimensione interazionista<sup>13</sup> perché può modificare la sensazione di perdita di alcune funzioni. In presenza di una robusta rete di assistenza informale le menomazioni potrebbero non essere percepite come tali. La rete di assistenza informale svolge in questo senso una funzione decisiva, che va valorizzata e integrata dagli interventi pubblici. In particolare occorre rivedere la visione organizzativa dei servizi riconoscendo la valenza prevalentemente sociale, piuttosto che sanitaria, delle prestazioni rivolte agli anziani.

Il fatto che certe menomazioni della vecchiaia possano essere sanate o recuperate attraverso interventi sociali fa capo al tema dell'alterabilità, e mette in luce come il processo di invecchiamento possa essere condizionato dalle politiche. Al momento le strutture sociali risultano inadeguate a mantenere il più a lungo possibile il massimo grado di autonomia delle persone anziane agendo in maniera sinergica e di supporto alla rete sociale, familiare ed amicale. Siamo cioè in presenza di un ritardo strutturale, intendendo con tale termine, la discrepanza tra i bisogni e strutture sociali antiquate, che offrono opportunità e incentivi inadeguati.<sup>14</sup> Nella ricerca sull'invecchiamento secondo la prospettiva del corso di vita, il concetto di ritardo strutturale è utile per comprendere l'incapacità delle aziende, delle famiglie e di altre strutture sociali nel procurare ruoli appaganti al gran numero di persone relativamente in salute che vivono più a lungo e che invecchiano in modo nuovo.

Buiatti e colleghi hanno condotto uno studio dei bisogni degli anziani in Toscana utile alla programmazione dei servizi sanitari e sociali rivolti a questa fascia di popolazione, da cui è emersa come alquanto carente l'erogazione dei servizi a carattere domiciliare che, secondo le stime di questi studiosi, copre circa il 10 per cento del bisogno atteso dei gruppi di anziani ancora autosufficienti o con non autosufficienza di media entità,<sup>15</sup> con una presenza decrescente al decrescere dell'intensità del bisogno.<sup>16</sup>

Gli autori sottolineano la necessità della riorganizzazione dei servizi per gli anziani secondo criteri dell'alta integrazione e della duttilità nell'articolazione dei servizi in funzione dei bisogni. Sottolineano che l'obiettivo primario dei servizi consiste nell'accompagnare gli utenti nelle diverse fasi aiutandoli a mantenere il più a lungo possibile il massimo grado di autonomia ed agendo in maniera sinergica e di supporto alla rete sociale, familiare ed amicale. In particolare ritengono necessaria una riorganizzazione della fase di residenza attraverso un più corretto rapporto fra supporto abitativo e sociale, assistenza a lungo termine, anche sanitaria, ed intervento sanitario propriamente detto per le fasi acute e subacute, l'estensione dell'assistenza a

---

<sup>13</sup> Sulla spiegazione di cosa si intenda per dimensione interazionista si rimanda a Vannoni F, Costa G., Saraceno C, Negri N, Cardano M in questo volume.

<sup>14</sup> Riley M. W in Saraceno C. (a cura di) *Età e corso della vita*, Il Mulino, Bologna, 200, p. 75.

<sup>15</sup> I bisogni stimati sono stati articolati in diverse gradazioni in ragione del numero di limitazioni sulla scala IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) e su quella ADL (*Basic Activities of Daily Living*). In particolare gli anziani ancora autosufficienti sono quelli indipendenti o disabili per la perdita di tre o più funzioni sulla scala IADL che necessitano di un sostegno di tipo sociale saltuario. Le persone con una non autosufficienza di media entità sono i disabili per perdita di una funzione ADL che necessitano di un aiuto prevalentemente sociale quotidiano, ma limitato ad alcuni momenti della giornata, specialmente se non ci sono malattie croniche in fase attiva associate. (Buiatti E, et al., 2001, p. 316 e 328).

<sup>16</sup> Buiatti E, et al. 2001, p. 332.

domicilio e un articolato sostegno alle funzioni svolte a domicilio dalla rete di supporto informale.<sup>17</sup>

Anche il *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale 1997-2000* afferma l'importanza di promuovere una visione positiva della persona anziana tramite il sostegno delle famiglie con anziani non autosufficienti, la diversificazione dell'offerta di servizi, il riconoscimento del diritto dell'anziano a scegliere dove abitare.<sup>18</sup> E sempre a questo proposito il Piano nazionale propone di favorire la permanenza a domicilio o l'inserimento in famiglie o strutture a carattere familiare di persone anziane e/o disabili con problemi di non autosufficienza, limitandone il più possibile l'istituzionalizzazione.

Nella programmazione di politiche per gli anziani occorre considerare le rilevanti disuguaglianze nella transizione verso la disabilità. Gli interventi cioè vanno indirizzati soprattutto verso la fascia di popolazione meno abbiente perchè è soprattutto in questo strato che è possibile attingere ad un potenziale di salute dimostrato dal fatto che ci sono dei gruppi di popolazione che hanno dimostrato di stare meglio probabilmente perchè dispongono di una rete di supporto amicale e familiare e/o possiedono le risorse economiche necessarie per avere un assistente a pagamento.

---

<sup>17</sup> Buiatti E, et al. 2001, p. 337.

<sup>18</sup> Saraceno C. (a cura di) *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale 1997-2000*, Carocci, Roma 2002, p. 13.

# SALUTE E LAVORO IN UNA POPOLAZIONE CHE INVECCHIA

G. Costa<sup>1</sup>, T. Spadea<sup>2</sup>, F. Vannoni<sup>2</sup>, M. Biocca<sup>3</sup>, S. Perticaroli<sup>4</sup>

## 1. Capacità lavorativa e capacità di pensionamento

Sul versante delle politiche del lavoro, il principale fenomeno esplorabile con l'indagine Istat *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000* è quello dell'invecchiamento della forza di lavoro e dei suoi effetti sulla salute. Le politiche di riforma dei regimi previdenziali enfatizzano la necessità di spostare in avanti l'età pensionabile, soprattutto quella della pensione di anzianità, per far fronte alle esigenze di bilancio nel breve periodo e per risolvere problemi di equità intergenerazionale nel lungo periodo. Tuttavia questi progetti si preoccupano assai poco di quanto diverse siano le condizioni di salute di coloro che arrivano alle nuove soglie di età pensionabile, cosa che potrebbe richiedere una differenziazione delle soglie; del resto non è chiaro quanto i posti di lavoro siano adatti ad ospitare i lavoratori più anziani che sarebbero costretti a rimanere a lavorare ma che non sono più abili a sufficienza dal punto di vista della salute e della capacità lavorativa. In entrambi questi casi, l'indagine sulla salute offre importanti spunti di riflessione.

È noto che anche nel nostro paese persistono rilevanti differenze nella speranza di vita secondo la storia professionale delle persone<sup>5</sup>. Queste differenze

---

<sup>1</sup> Dipartimento di sanità pubblica e di microbiologia - Università di Torino

<sup>2</sup> Servizio di epidemiologia - Asl 5 Regione Piemonte

<sup>3</sup> Centro di documentazione per la salute - Regione Emilia-Romagna

<sup>4</sup> Ispesl dipartimento di informazione e formazione - Roma

<sup>5</sup> Costa G, Cadum E. Lavori usuranti: problemi di identificazione, misura e valutazione degli effetti sulla salute, *L'Assistenza Sociale*, 1998, 2:53-65.

contraddicono l'impostazione egualitaria delle politiche previdenziali che di solito prevedono un allungamento dell'età pensionabile uguale per tutti e che si fondano sull'assunto che tutte le persone, al momento del pensionamento (ad esempio a 55 anni) abbiano la stessa opportunità di fruire di un uguale tempo di pensionamento nell'arco della propria restante aspettativa di vita. Le cause di queste differenze non sono univocamente attribuibili a specifiche condizioni di lavoro per sé, ma gettano le loro radici in tutte le fasi della storia di vita delle persone, ognuna delle quali dà un contributo di fattori di rischio per la salute: fattori di rischio ambientali (fisici e psicosociali) e comportamentali (a scelta del soggetto in modo più o meno "libero") e meccanismi di mobilità lavorativa condizionati dallo stato di salute.

Molte di queste cause sono contrastabili con opportuni interventi sulle condizioni e sull'organizzazione del lavoro (prevenzione ambientale, ergonomia del posto di lavoro, scelte organizzative che riducono lo stress, programmi di promozione di stili di vita sani nei luoghi di lavoro). Alcune di queste differenze non possono essere evitate, o per intrinseca non modificabilità del lavoro o per non fattibilità nel contesto storico dato (è il caso dei lavori usuranti): in queste situazioni la leva di manovra della politica previdenziale può compensare con uno scambio tra anticipazione del tempo di riposo e tempo di lavoro quello che la storia professionale ha eroso in termini di speranza di vita.

Per identificare le professioni più bisognose di questa differenziazione dell'età pensionabile, occorre disporre di indicatori appropriati e validamente misurabili. La Commissione tecnico-scientifica del Ministero del lavoro sui lavori usuranti ha definito una lista di questi indicatori che presenta ancora molte difficoltà di applicazione (DM 19 maggio 99, G.U. 208 del 4/9/99). Ad esempio l'indicatore di speranza di vita all'età pensionabile, che è quello più eloquente tra gli indicatori prescelti a questo scopo, non è idoneo a misurare in modo accurato questo fenomeno: infatti la speranza di vita nel fiore della carriera lavorativa, a 35 anni, mostra delle differenze professionali che possono essere differenti rispetto a quelle che si osservano alle soglie del pensionamento (a 55 anni). Il fatto è che le disuguaglianze nella speranza di vita a 35 anni sono influenzate dalla mortalità prematura (quella che non potrà mai essere compensata con un anticipo dell'età pensionabile, ma solo prevenuta con opportune misure). Mentre le disuguaglianze nella speranza di vita a 55 anni sono influenzate dalla selezione dei sopravvissuti, che potrebbe anche invertire rispetto a quella a 35 anni l'ordinamento della aspettativa di vita nelle diverse professioni, con le professioni più sfortunate che, avendo già dato il loro tributo di mortalità prematura negli anni precedenti, potrebbero mostrare un vantaggio nella speranza di vita a 55 anni. Inoltre le differenze nella speranza di vita sono sensibili solo agli svantaggi negli esiti di salute così sfavorevoli da influenzare la sopravvivenza della persona. Questo è chiaramente incongruente nel caso delle donne, la cui sopravvivenza entro i 60 anni è fortemente influenzata dai tumori femminili, strettamente correlati con abitudini riproduttive (ritardo nel primo figlio) tipiche delle professioni più agiate; fatto che genera degli ordinamenti delle storie professionali che nulla hanno a che fare con l'usura dovuta alle condizioni di lavoro e di vita delle persone. Dunque occorre poter disporre di indicatori di salute che misurino in modo più sensibile le differenze di salute attese tra le diverse professioni. A questo possono servire i dati dell'indagine Istat sulle condizioni di salute.

Inoltre si è detto che molte delle cause delle differenze professionali nella salute sono contrastabili con opportuni interventi sulle condizioni e sull'organizzazione del lavoro. Degli effetti di queste cause si occupa l'igiene e la sicurezza del lavoro con i suoi sistemi informativi che però non sono in grado di misurare le differenze professionali nella morbosità non specificatamente attribuibili a cause lavorative, ma da queste influenzate o modificate. In questo ambito si sa molto poco su come si modifichi la distribuzione della salute nelle diverse professioni con l'invecchiamento della forza di lavoro e quali conseguenze questo comporti sulla capacità lavorativa delle persone. Anche in questo caso l'indagine Istat sulle condizioni di salute può dare un contributo informativo sostanziale.

## 2. Materiali e metodi

Per rispondere alle domande su invecchiamento della forza lavoro ed età pensionabile sono state integrate le informazioni sulle differenze nella salute derivanti dall'indagine Istat sulle condizioni di salute e le informazioni sulle differenze professionali nella speranza di vita, disponibili nel nostro paese solo attraverso i dati dello Studio Longitudinale Torinese<sup>6</sup>, al fine di ricavare una stima delle differenze professionali nella speranza di salute.

Il metodo utilizzato per la stima della speranza di salute è quello di Sullivan<sup>7</sup>, che consiste nel calcolare attraverso le tavole di mortalità le stime attuariali classiche del numero di anni vissuti in ciascuna fascia di età quinquennale, stratificate per sesso e categoria professionale, e successivamente scomporre in anni vissuti in buona o cattiva salute, applicando le prevalenze dei diversi indicatori di salute ricavati dall'indagine Istat. Le tavole di mortalità sono calcolate a partire da tutti i residenti censiti nel 1991 di età compresa tra i 18 e i 64 anni, che si sono dichiarati occupati o in cerca di nuova occupazione o ritirati dal lavoro, e che pertanto sono classificabili sulla base dell'ultima professione dichiarata (risalendo al censimento 1981 per i pensionati). Nei prospetti è riportata la speranza di vita parziale (troncata a 74 anni) stimata a 35 e 55 anni.

Le dimensioni di salute considerate a partire dai dati dell'indagine sono la salute percepita come negativa ("male" o "molto male"), la presenza di almeno due malattie croniche (allergie, diabete, cataratta, ipertensione, angina, infarto, e le altre malattie del cuore, vene varicose con il varicocele, emorroidi, bronchite cronica insieme all'enfisema e all'insufficienza respiratoria, asma bronchiale, malattie della pelle, artrosi, lombosciatalgia, osteoporosi, ernia addominale, ulcera gastrica o duodenale, cefalea o emicrania ricorrente, altri disturbi nervosi) la presenza di almeno una disabilità, il fumo, l'obesità (valori  $\geq 30$  dell'indice di massa corporea espresso come rapporto tra peso in chili e altezza in metri al quadrato) e il mancato svolgimento di esercizio fisico intensivo o regolare o di attività fisica leggera.

---

<sup>6</sup> Costa G, Faggiano F, Lagorio S. (a cura di) *Mortalità e professioni in Italia negli anni '80*. ISPELS-Regioni, Poligrafico dello Stato, Roma, 1994

<sup>7</sup> Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Rep* 1971; 86: 347-54



L'analisi delle differenze è stata effettuata considerando la classe sociale, ottenuta dalla posizione nella professione attraverso la definizione proposta da Schizzerotto, e modificata da Vannoni<sup>8</sup>. Per l'analisi della distribuzione delle condizioni di salute per classe sociale sono stati utilizzati i rapporti di prevalenza (Prr). I Prr sono frutto di una analisi di tipo proporzionale, in cui la proporzione di soggetti che sperimentano un determinato stato (es. cattiva salute percepita) rispetto al numero totale di stati osservati (tutti i giudizi espressi in merito alla salute percepita) in un determinato gruppo di esposti (es. la classe operaia) viene confrontata con la proporzione di stati dello stesso tipo rispetto al numero complessivo di stati rilevati nel gruppo dei non esposti (la borghesia).

L'analisi delle differenze nella salute in ragione della classe sociale aggiustate per età e area geografica è stata effettuata con l'ausilio del *package* statistico Sas, utilizzando la procedura Genmod con la distribuzione degli errori binaria e la funzione di *link* logaritmica.

### 3. Speranza di salute in età pensionabile

Le differenze secondo la classe sociale nella speranza di vita, nella salute e nella speranza di salute sono riassunte nei prospetti 1-5. La speranza di vita a 35 anni mostra differenze tra i due estremi (borghesia e classe operaia) di 1,6 anni tra gli uomini e di 0,2 anni tra le donne; a 55 anni queste differenze si riducono a 0,8 anni tra gli uomini e si annullano tra le donne; in percentuale sulla speranza di vita del gruppo di riferimento lo svantaggio della classe operaia risulta stabile: del 4,3 per cento a 35 anni e del 4,4 per cento a 55 anni tra gli uomini (Prospetto 1).

**Prospetto 1 - Speranza di vita per età classe sociale e sesso -**

CLASSI SOCIALI	ETA			
	35		55	
	UOMINI		DONNE	
Borghesia	37,5	18,3	38,3	18,9
Classe media impiegatizia	36,8	17,9	38,3	19,0
Piccola borghesia	36,4	17,6	38,1	18,9
Classe operaia	35,9	17,5	38,1	18,9

Gli indicatori di salute registrano disuguaglianze tra le classi che sono di intensità variabile: tra gli uomini sono molto intense per la salute percepita e per la disabilità, molto più attenuate ancorché significative per la presenza di almeno due malattie croniche (Prospetto 2 e 3), l'abitudine al fumo e l'obesità. Tra le donne il quadro è differente, con disuguaglianze a svantaggio della classe operaia e della piccola borghesia intense per la salute percepita e per l'obesità, intermedie per la disabilità e per le malattie croniche e assente per il fumo.

<sup>8</sup> Vannoni F, Costa G, Saraceno C, Negri N, Cardano M, Marinacci C, "Famiglie con figli in condizione socio-economica svantaggiata"

**Prospetto 2 - Condizioni di salute e stili di vita in Italia 1999-2000 per classe sociale - Uomini (a)**

CLASSI SOCIALI	Salute percepita: male-molto male	>= 2 malattie croniche	Disabilità	Obesità	Fumo
Classe media impiegatizia	1,33*	1,16*	1,42*	1,00	0,97
Piccola borghesia	1,92*	1,11*	1,91*	1,21*	1,11*
Classe operaia	2,19*	1,17*	1,92*	1,22*	1,18*

RR aggiustati per età; classe di riferimento: borghesia. \*RR significativi con  $p < 0,05$

(a) Uomini con almeno 18 anni in condizione di occupati, in cerca di occupazione e ritirati dal lavoro

**Prospetto 3 - Condizioni di salute e stili di vita in Italia per classe sociale - Donne(a)**

CLASSI SOCIALI	Salute percepita: male-molto male	>= 2 malattie croniche	Disabilità	Obesità	Fumo
Classe media impiegatizia	1,19	1,08	1,04	0,87	0,95
Piccola borghesia	1,78*	1,22*	1,45*	1,84*	0,90*
Classe operaia	1,89*	1,28*	1,37*	2,00*	0,92*

RR aggiustati per età; classe di riferimento: borghesia. \*RR significativi con  $p < 0,05$

(a) Donne con almeno 18 anni in condizione di occupate, in cerca di occupazione e ritirate dal lavoro

Tra gli uomini i nuovi indicatori di speranza di salute (Prospetto 4) misurano differenze tra gli estremi più intense a 35 anni per la speranza in buona salute (2,7 anni) e per quelle libera da malattie croniche (2,2 anni) e meno intense per la speranza di vita libera da disabilità (0,6 anni). A 55 anni è soprattutto la speranza di vita libera da malattie croniche (1,4 anni) e quella libera da disabilità (1,3 anni) a mostrare differenze più sensibili, mentre quella in buona salute è paragonabile a quella totale (0,8).

**Prospetto 4 - Speranza di vita per classe sociale - Uomini**

CLASSI SOCIALI	Totale		In buona salute		Libera da malattie croniche		Libera da disabilità	
	età		età		età		età	
	35	55	35	55	35	55	35	55
Borghesia	37,5	18,3	35,9	17,7	18,9	7,6	33,9	17,7
Classe media impiegatizia	36,8	17,9	34,9	17,3	18,1	6,9	33,5	16,9
Piccola borghesia	36,4	17,6	34,7	17,2	17,5	6,6	33,6	16,9
Classe operaia	35,9	17,5	33,2	16,9	16,7	6,2	33,3	16,4

Tra le donne (Prospetto 5) le modeste differenze di classe tra gli estremi nella speranza di vita totale a 35 anni (0,2 anni) sono confermate per quella in buona salute e quella libera da disabilità (0,4 anni in entrambi i casi), mentre sono più accentuate per la speranza di vita libera da malattie croniche (1,4 anni). A 55 anni il quadro rimane invariato per la speranza di vita in buona salute (0,2 anni), mentre mostra differenze sensibili per quella libera da malattie croniche (1 anno) e da disabilità (0,7

anni). In conclusione sembra che i nuovi indicatori mettano in evidenza differenze di classe più intense, soprattutto in quei casi critici in cui l'indicatore di speranza di vita totale era meno eloquente (a 55 anni e tra le donne).

#### Prospetto 5 - Speranza di vita per classe sociale - Donne

CLASSI SOCIALI	Totale		In buona salute		Libera da malattie croniche		Libera da disabilità	
	età		età		età		età	
	35	55	35	55	35	55	35	55
Borghesia	38,3	18,9	35,8	18,0	18,8	7,1	37,1	17,8
Classe media impiegatizia	38,3	19,0	36,0	18,0	18,6	7,0	36,5	17,5
Piccola borghesia	38,1	18,9	35,7	17,9	18,1	6,4	36,7	17,6
Classe operaia	38,1	18,9	35,4	17,8	17,4	6,1	36,7	17,1

Non appena sarà disponibile la codifica dalla professione rilevata tramite questa indagine, la speranza in salute, cioè l'insieme di indicatori che riassumono l'esperienza di mortalità e quella di morbosità, potrà consentire anche di analizzare l'entità degli svantaggi tra le professioni nella speranza di vita in buona salute, o in quella indenne da malattie croniche o in quella libera da disabilità. Inoltre permetterà di valutare se tali svantaggi sono di dimensione comparabile a quella che viene normalmente ritenuta degna di essere compensata con anticipazioni dell'età pensionabile.

La riforma Dini, infatti, introduceva un anno di anticipazione per i lavoratori manuali rispetto ai non manuali (Legge 27/12/97 n.449), mentre il decreto dei lavori usuranti consentiva uno sgravio di 16 mesi di lavoro senza aggravio contributivo per il lavoratore e l'impresa nel caso di una specifica professione particolarmente usurante (di cui al DM 17 aprile 2001).

Tuttavia le politiche di anticipazione dell'età pensionabile per altre storie lavorative potenzialmente usuranti ed escluse dal DM citato incontrano molte difficoltà ad essere disciplinate in regolamenti operativi. In tutti questi altri casi, si richiede la concertazione tra le parti sociali per definire la professione usurante, onde trovare le risorse per finanziare l'anticipazione dell'età pensionabile, e questo processo di concertazione non è mai riuscito a partire; infatti è estremamente difficile trovare delle definizioni operative di professione usurante, che identifichino univocamente sia la storia professionale che ne deve beneficiare, sia la categoria di imprese e di lavoratori che, essendo alla radice di questo svantaggio, deve sopportare i costi del finanziamento del compenso.

Uno degli ostacoli più rilevanti a questa concertazione è la difficoltà ad attribuire una responsabilità specifica alla storia professionale nel generare l'usura della salute. In effetti se si analizza il profilo delle cause di morte che spiegano le differenti aspettative di vita nelle professioni, si ha l'impressione che le differenze negli stili di vita giochino un ruolo molto importante<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Cardano M, Demaria M, Vannoni F. *L'anomalia del lavoro autonomo. Lo stato di salute dei lavoratori autonomi a Torino e in Piemonte*. Stampatori, Torino, 2001)

L'Indagine Istat sulle condizioni di salute sarebbe in grado di gettare luce su questo aspetto: se si potesse valutare l'impatto delle differenze professionali nei vari indicatori di salute in termini di casi attribuibili e lo si confrontasse con quello ottenuto aggiustando tale stima per la presenza di stili di vita rischiosi per la salute (fumo, assenza di esercizio fisico, sovrappeso), si potrebbe ricavare una stima grossolana di quale quota delle differenze professionali nella salute sia compatibile con una spiegazione legata alle diverse abitudini di vita tra le diverse professioni. Facendo questo esercizio sui dati dell'indagine risulta che gli stili di vita spiegano una frazione molto modesta, intorno al 5 per cento, delle differenze professionali nella salute (dati non presentati). Purtroppo occorre considerare che questa fonte informativa, essendo di natura trasversale, non è appropriata per valutare la latenza del ruolo degli stili di vita: infatti è molto probabile che stili di vita rilevanti per la salute, al momento dell'intervista, nel caso dei malati siano influenzati dallo stato di malattia.

Infine, sempre a proposito di disciplina dell'età pensionabile, non è chiaro se lo scambio tra tempo di lavoro usurante e tempo di pensionamento sia benefico per la salute; gli studi di mobilità sociale<sup>10</sup> dimostrano che l'esperienza di pensionamento potrebbe non essere vantaggiosa per la salute soprattutto per le persone che provengono da storie professionali meno ricche di opportunità e più usuranti per le capacità lavorative. A Torino i lavoratori in buona salute che sono andati in pensione tra il 1981 e il 1991 hanno poi mostrato significativi eccessi di mortalità negli anni novanta rispetto ai lavoratori che erano rimasti attivi (ad es. i lavoratori autonomi pensionati mostravano un RR di mortalità pari a 1,38,  $p < 0,05$ , rispetto a quelli rimasti attivi). È un po' come se la capacità lavorativa servisse non solo per lavorare con profitto e soddisfazione, ma anche per andare in pensione sapendo fruire delle opportunità che questo nuovo tempo di vita offre. Purtroppo anche in questo caso le informazioni disponibili non sono sufficienti per stabilire se gli interventi di anticipazione della pensione siano benefici per la salute: occorrerebbero studi di natura longitudinale che potessero indagare diverse dimensioni di salute. Comunque è probabile che le politiche di promozione della capacità lavorativa negli ambienti di lavoro possano assicurare non solo una forza di lavoro adeguata in una popolazione che invecchia, ma anche una capacità individuale di andare in pensione in salute; a questo punto diventerebbe meno rilevante l'anticipazione dell'età pensionabile come leva di compensazione di storie meno fortunate; una disciplina pensionistica che lasciasse libertà all'individuo di scegliersi il tempo giusto per la pensione, anche sulla base della propria capacità funzionale residua, diventerebbe più benefica per un tempo di pensionamento in salute.

#### **4. Morbosità e invecchiamento**

L'altra dimensione di interesse nei dati dell'indagine Istat sulle condizioni di salute è quella che osserva la distribuzione per età della prevalenza delle condizioni di

---

<sup>10</sup> Cardano, Costa, De Maria *Health-related social mobility a test of selection hypothesis based on the Turin Longitudinal Study*, sottomesso a pubblicazione

salute secondo le carriere professionali. In una popolazione lavorativa che invecchia è rilevante conoscere la prevalenza delle compromissioni di salute alle diverse età per poter valutare l'adeguatezza dei posti di lavoro e dell'organizzazione del lavoro a questa transizione.

Nelle Figure 1-4 la prevalenza campionaria di salute percepita come non buona e quella di almeno una malattia cronica tra quelle gravi e invalidanti (diabete, angina con infarto e le altre malattie del cuore, trombosi, embolia, emorragia cerebrale, bronchite cronica, artrosi e artrite, cirrosi epatica o epatite cronica, tumore maligno, parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria, altri disturbi nervosi) sono esaminate rispetto all'età e alla condizione professionale nei due sessi.

Una differenza di più del 10 per cento separa occupati e non occupati in tutte le età, a documentazione di come la salute sia un fattore di discriminazione della forza lavorativa, a cui si chiede di essere sana. Ma già a 45 anni in entrambi i sessi la popolazione occupata presenta in circa il 20 per cento dei casi almeno una malattia cronica e in circa il 40 per cento dei casi una salute soggettiva non buona (con un maggior svantaggio tra le donne). Tra gli occupati (Figure 5-8) la classe operaia presenta le prevalenze più alte di salute soggettiva ed oggettiva compromessa a tutte le età fino ai 65 anni. La prevalenza dei fumatori tra gli uomini è intorno al 40 per cento a quarant'anni e comincia a decrescere da quell'età in tutte le classi salvo la classe operaia (Figura 9). Sempre tra gli uomini classe operaia e lavoro autonomo non fanno esercizio fisico in circa il 35 per cento dei casi in tutte le fasce di età lavorativa (Figura 10). La situazione femminile dell'abitudine al fumo è un po' differente, con le classi borghesi e medie impiegatizie che presentano una più ampia diffusione del fumo oltre i 50 anni; ma già ai quarant'anni la situazione è invertita con la classe operaia che mostra una prevalenza di fumatrici leggermente superiore alle altre (Figura 12). Fino alla soglia dei 59 anni le donne della classe operaia e della piccola borghesia sono maggiormente esposte al rischio di essere obese (Figura 14) e di non svolgere esercizio fisico (Figura 13).

Le differenze professionali nella morbosità e nelle abitudini di vita rischiose per la salute dimostrano che i 40 anni sono una soglia già abbastanza sensibile al di sopra della quale tutte le dimensioni che determinano la capacità lavorativa di una persona cominciano un progressivo processo di compromissione: le dimensioni della salute soggettiva, quelle della vitalità (esercizio fisico), sia quelle della capacità di proteggersi la salute (fumo e prevenzione secondaria), sia quelle della morbosità cronica. Inoltre questa soglia investe le diverse professioni in modo differenziato. Le politiche di promozione della capacità lavorativa e di adattamento delle condizioni di lavoro alla capacità lavorativa residua dei lavoratori devono iniziare prima di queste soglie e in modo differenziato per i diversi tipi di lavoro, se si vuole evitare una contraddizione tra necessità produttiva e risorse disponibili nella forza di lavoro che invecchia.

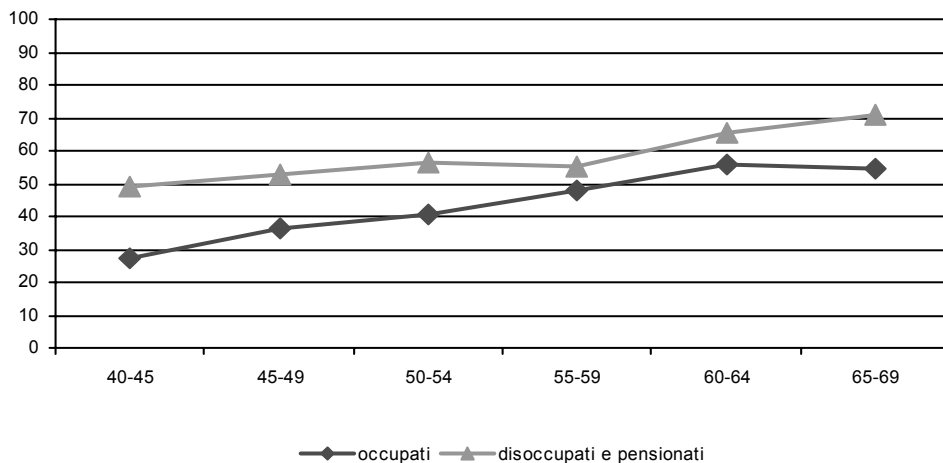
## Conclusioni

In conclusione le stime di speranza di salute elaborate con i dati dell'indagine Istat sulle condizioni di salute 1999/2000 mostrano differenze consistenti tra le diverse carriere professionali la cui intensità è compatibile con gli attuali margini di flessibilità dell'età pensionabile previsti per i lavoratori manuali e per alcune professioni usuranti. Inoltre la classe operaia presenta un prematuro deterioramento della capacità lavorativa e degli indicatori di salute, fatto che suggerisce la necessità di politiche di prevenzione del disagio ergonomico nei posti di lavoro (da adattare alle caratteristiche funzionali dei lavoratori che invecchiano), e di politiche di prevenzione (esempio pratica di esercizio fisico) per il mantenimento delle capacità funzionali dei lavoratori, sia di politiche di mobilità che offrano alternative occupazionali adeguate alle capacità residue di professioni particolarmente usurate.

Un dubbio importante che rimane all'attenzione delle politiche del lavoro e del pensionamento è se la situazione fotografata da questi dati sia riproducibile anche per il futuro. In verità, data la natura trasversale di queste immagini, si hanno pochi elementi per prevedere se queste differenze nella salute si manterranno inalterate o si modificheranno nelle prossime generazioni di lavoratori che si affacceranno alla soglia del pensionamento, fatto che vale soprattutto per quella famosa gobba dei *baby-boomers* degli anni cinquanta che entrerà nell'età pensionabile a cavallo del 2010. Andrebbe analizzato il *trend* temporale degli indicatori di salute nelle ultime indagini sulla salute, per ricavare una stima del diverso andamento della salute nelle diverse generazioni di lavoratori, e ricavare indizi in proposito.

In conclusione le politiche di gestione dell'età pensionabile si dovranno confrontare periodicamente con la distribuzione della salute per professioni e per età, in modo da adattare i propri obiettivi alla dimensione e alla direzione delle differenze osservate. Questo significa che è più che mai necessaria una fonte informativa periodica sulle differenze nelle condizioni di salute della forza di lavoro; questa stessa fonte potrebbe colmare *una tantum* anche le lacune informative riscontrate in questa discussione, come gli effetti sulla salute dei processi di mobilità fuori dalla forza di lavoro e la distribuzione delle condizioni di lavoro.

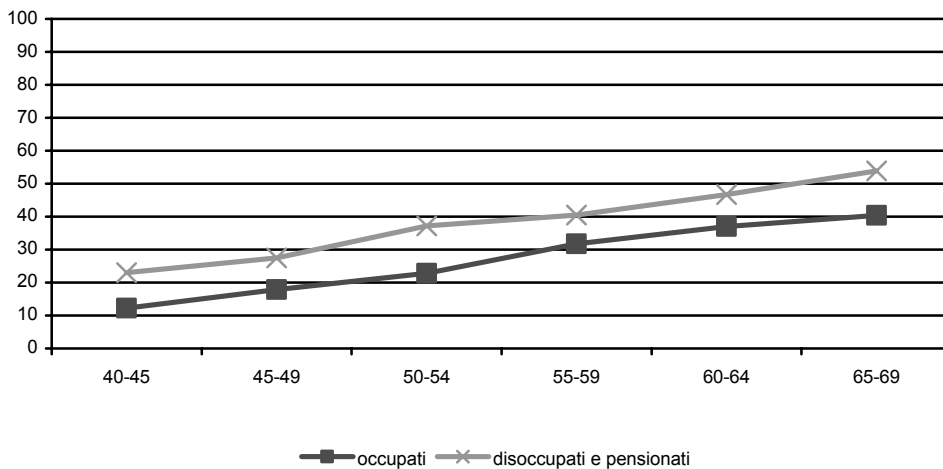
**Figura 1 - Prevalenza di salute percepita non buona (a) in Italia 1999-2000 per condizione occupazionale e classi di età - Uomini (b)**



(a) Salute percepita = discretamente - male - molto male.

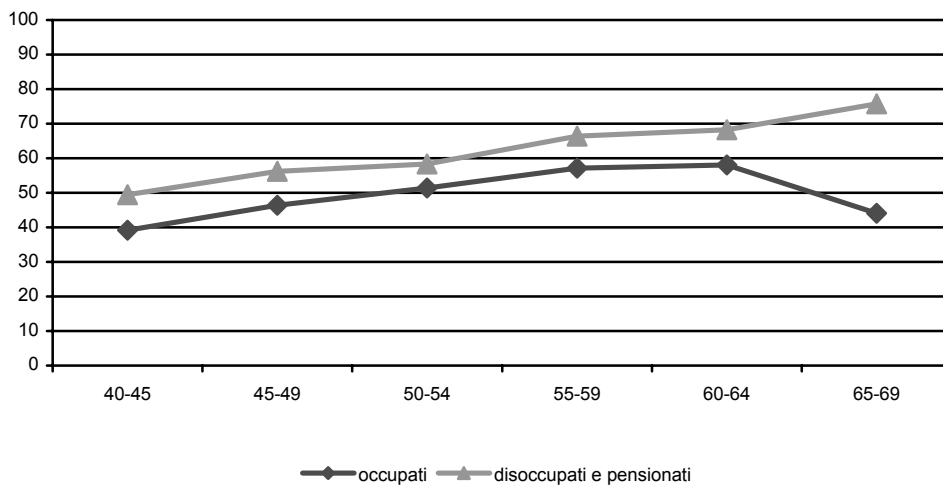
(b) Uomini occupati, in cerca di nuova occupazione, ritirati dal lavoro con almeno 40 anni.

**Figura 2 - Prevalenza di almeno una malattia cronica in Italia 1999-2000 per condizioni occupazionale e classe di età - Uomini (a)**



(a) Uomini occupati, in cerca di nuova occupazione, ritirati dal lavoro con almeno 40 anni.

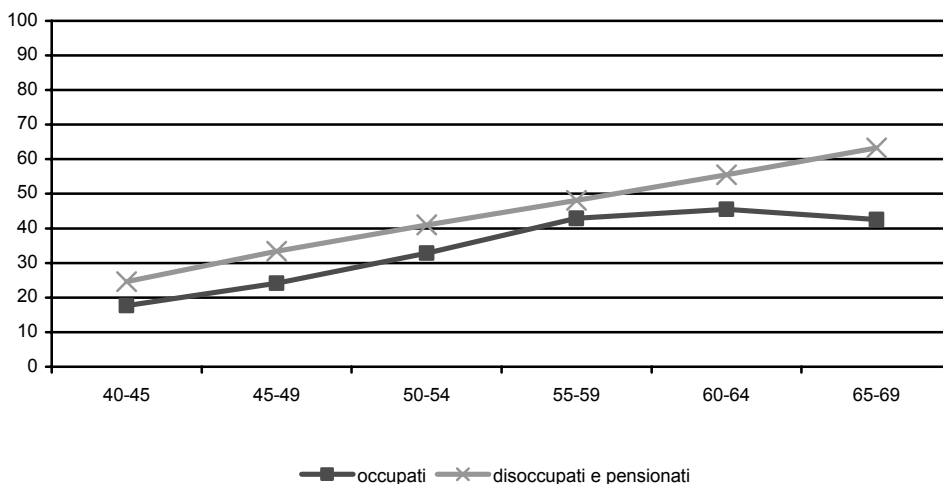
**Figura 3 - Prevalenza di salute percepita non buona (a) in Italia 1999-2000 per condizione occupazionale e classi di età - Donne (b)**



(a) Salute percepita = discretamente - male - molto male.

(b) Donne occupate, in cerca di nuova occupazione, ritirate dal lavoro con almeno 40 anni.

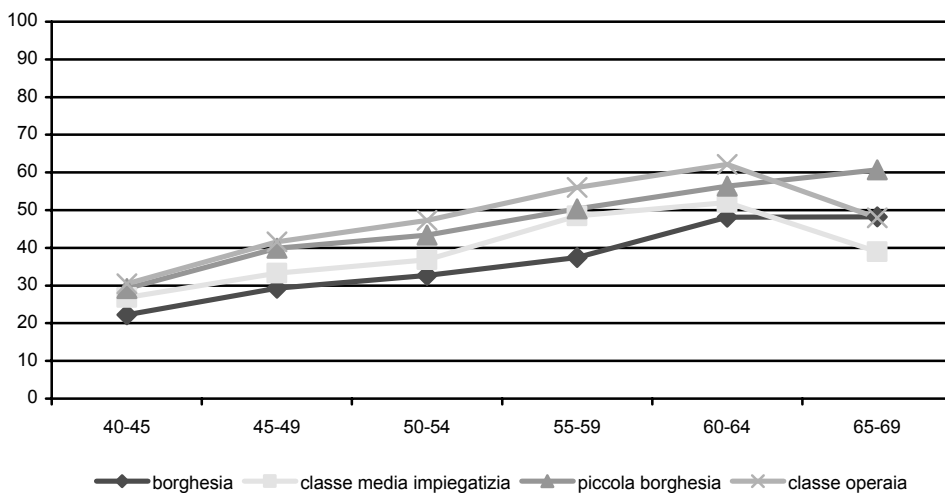
**Figura 4 - Prevalenza di almeno una malattia cronica in Italia 1999-2000 per condizioni occupazionale e classe di età - Donne (a)**



(a) Donne occupate, in cerca di nuova occupazione, ritirate dal lavoro con almeno 40 anni

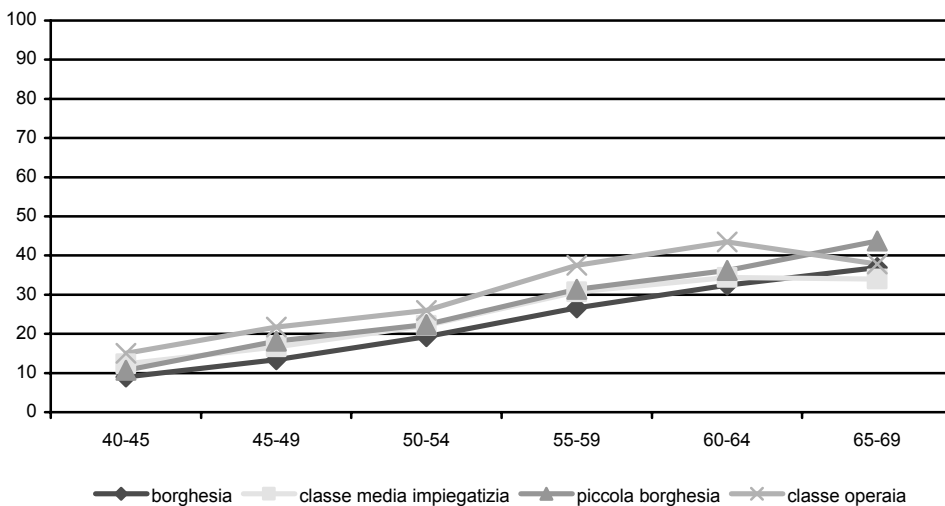


**Figura 5 - Prevalenza di salute percepita non buona(a) in Italia 1999-2000 per classe sociale e classi di età - Uomini (b)**



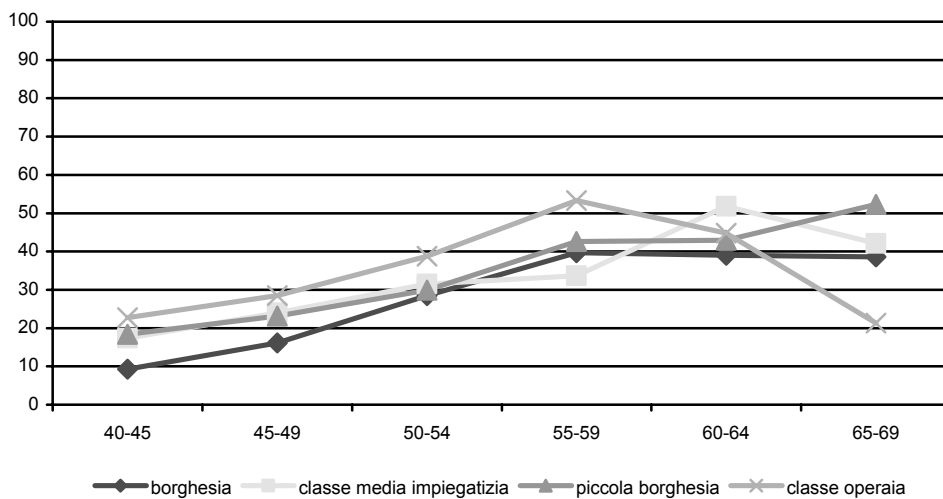
(a) Discretamente- male-molto male.  
 (b) Uomini occupati con almeno 40 anni.

**Figura 6 - Prevalenza di almeno una malattia cronica in Italia 1999-2000 per classe sociale - Uomini (a)**



(a) Uomini occupati con almeno 40 anni.

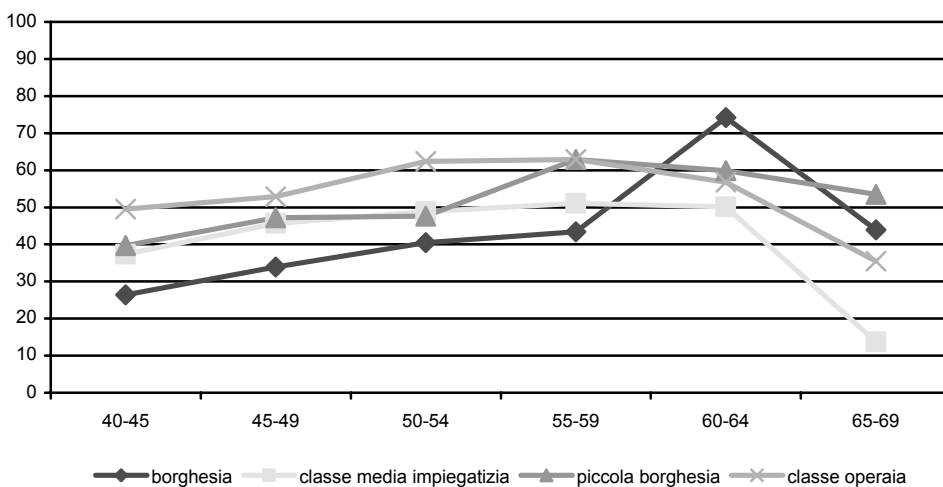
**Figura 7 - Prevalenza di salute percepita non buona (a) in Italia 1999-2000 per classe sociale e classi di età - Donne (b)**



(a) Discretamente- male-molto male.

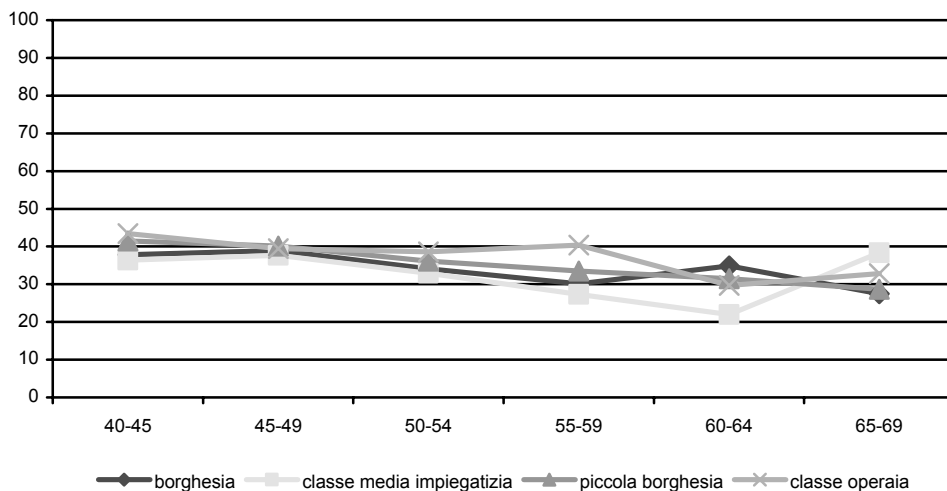
(b) Donne occupate con almeno 40 anni.

**Figura 8 - Prevalenza di almeno una malattia cronica in Italia 1999-2000 per classe sociale e classi di età - Donne (a)**



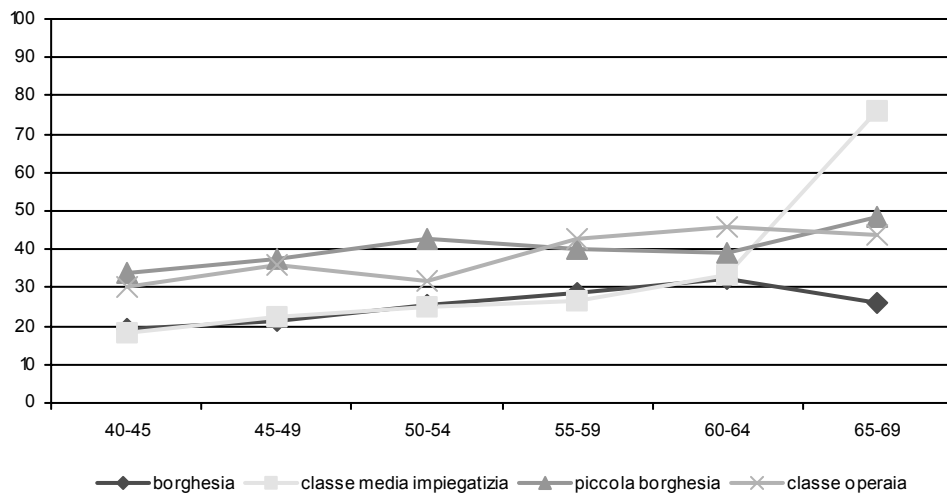
(a) Donne occupate con almeno 40 anni.

**Figura 9 - Prevalenza di fumatori (a) in Italia 1999-2000 per classe sociale e classi di età**



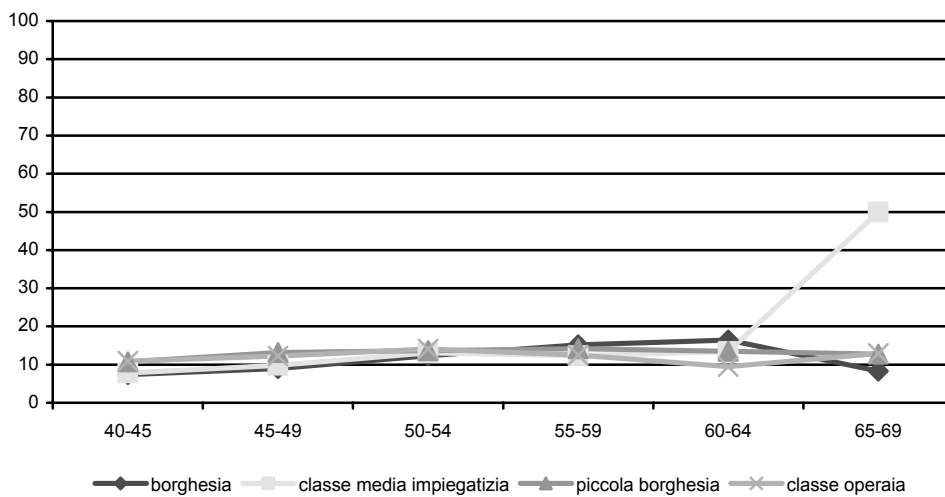
(a) Uomini occupati con almeno 40 anni.

**Figura 10 - Prevalenza di mancanza di esercizio fisico in Italia 1999-2000 per classe sociale e classi di età - Uomini (a)**



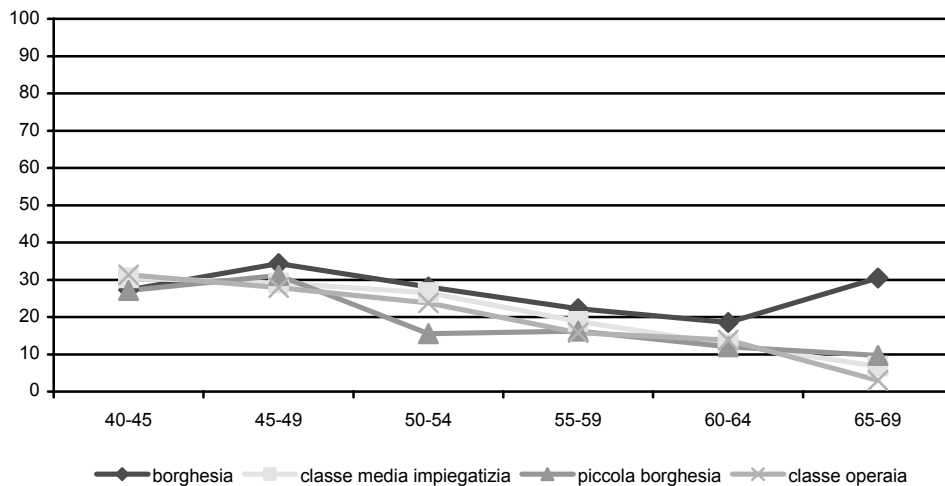
(a) Uomini occupati con almeno 40 anni.

**Figura 11 - Prevalenza di uomini (a) obesi in Italia 1999-2000 per classe sociale e classi di età.**



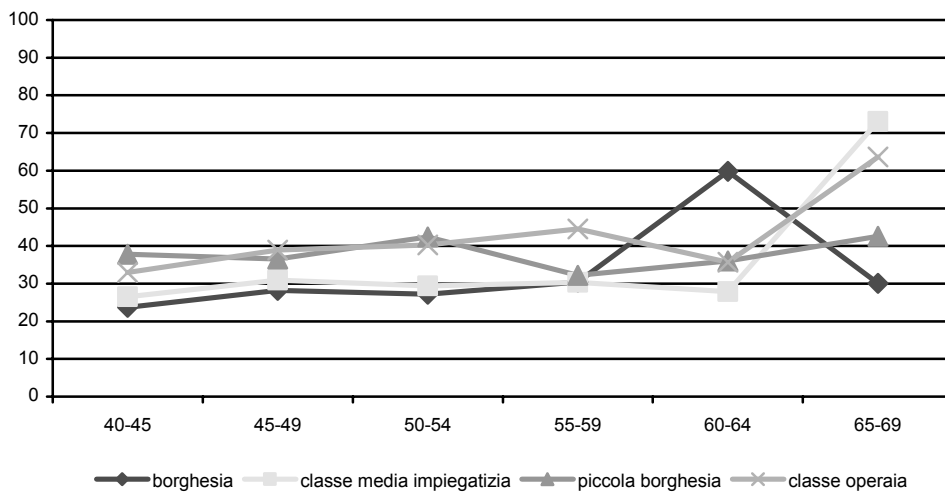
(a) Uomini occupati con almeno 40 anni.

**Figura 12 - Prevalenza di fumatrici (a) per classe di sociale e classi di età.**



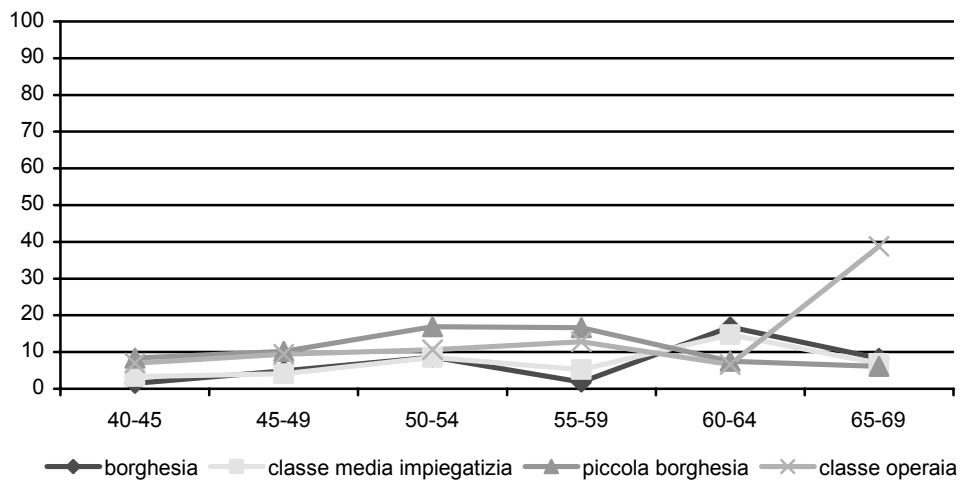
(a) Donne occupate con almeno 40 anni.

**Figura 13 - Prevalenza di mancanza di esercizio fisico in Italia 1999-2000 per classe sociale e classi di età - Donne (a)**



(a) Donne occupate con almeno 40 anni.

**Figura 14. Prevalenza di donne (a) obese per classe sociale e classi di età.**



(a) Donne occupate con almeno 40 anni.

# PROBLEMI AMBIENTALI E SALUTE NELLA PERCEZIONE DELLE PERSONE

*E. Cadum<sup>1</sup>, M. Demaria<sup>1</sup>, M. Martuzzi<sup>2</sup>, G. Costa<sup>3</sup>*

## **1. Introduzione**

Il presente studio si propone di descrivere le associazioni esistenti tra gli indicatori di qualità dell'ambiente di vita e di percezione dei problemi ambientali da un lato e gli indicatori di salute dall'altro, presenti nell'Indagine multiscopo Istat *Aspetti della vita quotidiana - Anno 1998*. Per la prima volta una sezione specifica dedicata ai problemi ambientali è stata inserita in un'indagine di popolazione, che contestualmente raccoglie altre informazioni sulle condizioni di vita, consentendo in tal modo di valutare l'associazione tra i problemi ambientali e le condizioni di salute riferite dagli intervistati.

## **2. Materiali e metodi**

Nel 1998 l'Indagine multiscopo dell'Istat è stata sovracampionata nelle aree metropolitane ed ha interessato complessivamente 77.443 individui in 28.782 famiglie.

Nella presente analisi sono state escluse le persone che hanno dichiarato di aver cambiato residenza nel corso degli ultimi 12 mesi (non era disponibile

---

<sup>1</sup> Area epidemiologica ambientale, Arpa Piemonte - Grugliasco (TO)

<sup>2</sup> Centro europeo ambiente e salute, Oms - Roma

<sup>3</sup> Dipartimento igiene e medicina preventiva - Università di Torino

un'informazione su cambiamenti precedenti), il che ha portato ad un campione complessivo di 73.971 persone. Dall'analisi sono state inoltre escluse volta per volta le persone che hanno risposto "non so" alle domande che chiedevano di descrivere la zona in cui era situata l'abitazione. Le variabili ambientali analizzate e le numerosità corrispondenti sono riportate nel Prospetto 1.

**Prospetto 1 - Numerosità assoluta degli eventi in studio**

	Uomini		Donne		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Totale campione utilizzato in analisi	35824	48,43	38147	51,57	73971	100,0
Residenti in zona con molto traffico	6851	9,26	7436	10,05	14287	19,31
Residenti in zona con inquinamento elevato dell'aria	5150	6,96	5664	7,66	10814	14,62
Residenti in zona con molto rumore	5022	6,79	5505	7,44	10527	14,23
Residenti vicino a centrali termoelettriche	1166	1,58	1183	1,60	2349	3,18
Residenti vicino a inceneritori o discariche di rifiuti	1354	1,83	1373	1,86	2727	3,69
Residenti vicino industrie chimiche o farmaceutiche	1205	1,63	1203	1,63	2408	3,26
Residenti vicino industrie petrolifere e/o petrolchimiche	455	0,62	479	0,65	934	1,26
Residenti vicino ripetitori radio-TV e telefonici	4333	5,86	4469	6,04	8802	11,90
Residenti vicino linee elettriche ad alta tensione	4716	6,38	4816	6,51	9532	12,89
Salute percepita: molto male	2204	2,98	3280	4,43	5484	7,41
Salute percepita: molto bene	28282	38,23	27961	37,80	56243	76,03
Diabete	1163	1,57	1418	1,92	2581	3,49
Iperensione arteriosa	3301	4,46	4466	6,04	7767	12,89
Infarto del miocardio	670	0,91	342	0,46	1012	1,37
Angina pectoris e altre malattie cardiache	977	1,32	1146	1,55	2123	2,87
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria	1749	2,36	1372	1,85	3121	4,22
Asma bronchiale	1141	1,54	1002	1,35	2143	2,90
Malattie allergiche	2170	2,93	2595	3,51	4765	6,44
Tumori (inclusi linfoma e leucemia)	290	0,39	481	0,65	771	1,04
Ulcera gastrica o duodenale	1247	1,69	899	1,22	2146	2,90
Cirrosi epatica	136	0,18	79	0,11	215	0,29
Disturbi nervosi	1095	1,48	1831	2,48	2926	3,96

Le patologie oggetto di analisi sono riferite, senza nessun controllo indipendente sulla veridicità da parte degli intervistatori.

L'analisi è stata condotta stratificando i dati per sesso, per dominio campionario e, alternativamente, per area geografica.

L'età è stata classificata in classi quinquennali; la variabile sull'abitudine al fumo è stata classificata in due categorie: a) non fumatori e b) fumatori ed ex fumatori; quella sull'abitudine all'alcool è stata classificata in 2 categorie: a) forti bevitori (oltre 0,5 litro di vino e alcolici fuori pasto) e b) normali bevitori ed astemi; quella dell'istruzione è stata riclassificata in 3 categorie secondo il titolo di studio dichiarato: 1) analfabeta, alfabeto e licenza elementare, 2) licenza di scuola media inferiore, 4) licenza di scuola media superiore, laurea o più; i domini territoriali dell'indagine Multiscopo Istat sono stati riclassificati in 3 gruppi: 1) aree metropolitane (corrispondenti ai comuni di Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Palermo, Catania, Cagliari) e loro comuni periferia 2) comuni con meno di 50 mila abitanti, 3) comuni con più di 50 mila

abitanti; per l'area geografica è stata utilizzata la classificazione originale Istat in 5 aree: Nord-ovest, Nord-est, Centro, Sud e Isole.

Le variabili ambientali in analisi sono state riclassificate in 4 grandi gruppi: 1) zona con degrado socio-ambientale (caratterizzata da sporcizia nelle strade, microcriminalità, presenza di odori sgradevoli) utilizzata nei modelli successivi come ulteriore controllo, 2) zona con elevato inquinamento urbano (ad elevato traffico, rumore, inquinamento atmosferico), 3) zona con inquinamento industriale (con presenza di centrali termoelettriche, o inceneritori, o industrie chimiche o petrolchimiche) e 4) zone con presenza di campi elettromagnetici (Emf), caratterizzati dalla presenza di linee elettriche o ripetitori radio-Tv nelle vicinanze.

Le variabili di risposta utilizzate sono state: la presenza di patologie croniche, sia singole, sia cumulate (1 o +), sia riclassificate come patologie da stress (ipertensione, ulcera, disturbi nervosi), reattive (asma e malattie allergiche), e cardiache (angina e infarto cardiaco); lo stato di salute autopercepito, il consumo di farmaci, il ricorso a servizi sanitari, la soddisfazione complessiva del proprio stato, l'intenzione di cambiare abitazione.

Il peso di ciascun soggetto in analisi non è stato identico: in mancanza del valore esatto della varianza campionaria è stato calcolato un peso relativo, proporzionale alla probabilità associata a ciascun soggetto nel campione, stimato a partire dal coefficiente di riporto all'universo, diviso per la media complessiva dei coefficienti; questo ha permesso di tenere conto del sovracampionamento effettuato nelle aree metropolitane.

Per l'analisi è stato scelto un modello di regressione logistica multipla, che ha permesso di ottenere stime più stabili dei tassi di prevalenza standardizzati e di controllare contemporaneamente per più fattori (età, istruzione, abitudine al fumo, abitudine all'alcool, dominio campionario, area geografica, degrado socio-ambientale). Le variabili sono state inserite come *dummy*; per le variabili ambientali per le quali era possibile una maggiore gradazione, la categoria di riferimento per l'analisi dei rischi ha corrisposto a coloro che hanno dichiarato di risiedere in zone senza la presenza della variabile in esame (degrado socio-ambientale, inquinamento urbano, inquinamento industriale, Emf). Per ogni descrittiva ambientale è stato calcolato l'odds ratio (prevalente, Por) di presentare una patologia risiedendo in una zona esposta rispetto al non avere una patologia non risiedendo in una zona esposta. L'analisi è stata condotta con modelli di complessità crescente (approccio *forward*) e i rischi sono stati stratificati per dominio campionario o per area geografica, essendo queste due variabili risultate fattori indipendenti di rischio.

La significatività statistica delle stime è data dagli intervalli di confidenza al 95 per cento degli Odds Ratio.

### **3. Risultati**

Alcune variabili caratterizzanti la zona di residenza dei soggetti campionati sono caratterizzate da un elevato grado di correlazione (Prospetto 2). In particolare sono caratterizzate da un valore alto di correlazione le variabili "inquinamento



atmosferico”, “rumore” e “traffico”, come ci si poteva attendere, ma sono stati riscontrati valori alti, seppur inferiori, con la variabile “area con degrado sociale”, ad indicare la compresenza in alcune aree di un concentrato di fattori di rischio ambientali difficilmente separabili.

**Prospetto 2 - Correlazioni tra alcune variabili (Pearson corr.)**

Traffico	1,00					
Rumore	0,55	1,00				
Inquinamento atmosferico	0,56	0,56	1,00			
Campi elettrici	0,05	0,10	0,10	1,00		
Inquinamento industriale	0,02	0,03	0,12	0,23	1,00	
Degrado	0,26	0,30	0,36	0,09	0,08	1,00

La variabile di degrado socio-ambientale della zona di residenza (Prospetto 3) è risultata correlata con tutti gli indicatori di cattiva salute, sia con lo stato di cattiva salute autopercepita sia con lo stato di presenza di patologie croniche, senza differenze significative tra i due sessi. È risultata essere inoltre il più potente determinante tra quelli considerati dell'intenzione di cambiare zona di residenza; è correlata con una maggiore insoddisfazione generale e veicola verosimilmente un effetto di contesto sociale.

**Prospetto 3 - Prevalence Odds Ratio (a), per sesso, della variabile “residenza in area con degrado ambientale” con indicatori di salute selezionati**

Patologia riferita	Uomini	Donne
Cattiva salute	<b>1,25</b> ( 1,10- 1,41)	<b>1,18</b> ( 1,06- 1,31)
Malattie croniche (1 o +)	<b>1,10</b> ( 1,03- 1,17)	<b>1,11</b> ( 1,04- 1,18)
Ricorso a servizi sanitari	<b>1,29</b> ( 1,16- 1,42)	<b>1,19</b> ( 1,06- 1,33)
Insoddisfazione	<b>1,36</b> ( 1,26- 1,46)	<b>1,28</b> ( 1,20- 1,37)
Cambio abitazione	<b>2,73</b> ( 2,31- 3,23)	<b>2,23</b> ( 1,88- 2,65)
Malattie cardiache	<b>1,19</b> ( 1,03- 1,37)	<b>1,33</b> ( 1,16- 1,52)
Malattie da stress	<b>1,13</b> ( 1,04- 1,23)	1,01 ( 0,94- 1,10)
Malattie reattive	<b>1,13</b> ( 1,03- 1,24)	<b>1,20</b> ( 1,10- 1,31)

(a) Nota: POR controllati per classi di età, istruzione, abitudini al fumo e al bere, ripartizione geografica, I valori statisticamente significativi sono in grassetto.

La variabile di inquinamento atmosferico urbano (Prospetti 4 e 5) è risultata correlata con la presenza di patologie croniche, soprattutto cardiache (angina), negli

uomini; è risultata un determinante dell'aumento del ricorso ai servizi sanitari, soprattutto nei comuni medio-grandi (forse a causa della maggiore offerta di servizi presente in queste aree) ed infine è risultata determinare significativamente l'intenzione di cambiare zona di residenza.

**Prospetto 4 - Prevalence Odds Ratio (a), per sesso, della variabile "inquinamento atmosferico urbano" con indicatori di salute selezionati**

Patologia riferita	Uomini	Donne
Cattiva salute	1,08 ( 0,98- 1,20)	1,05 ( 0,96- 1,15)
Malattie croniche (1 o +)	1,07 ( 1,01- 1,13)	1,08 ( 1,02- 1,14)
Ricorso a servizi sanitari	1,35 ( 1,23- 1,48)	1,10 ( 0,99- 1,21)
Insoddisfazione	1,14 ( 1,07- 1,22)	1,11 ( 1,05- 1,18)
Cambio abitazione	2,12 ( 1,76- 2,55)	1,89 ( 1,57- 2,28)
Malattie cardiache	1,13 ( 1,00- 1,27)	1,00 ( 0,88- 1,12)
Malattie da stress	1,08 ( 1,00- 1,16)	1,08 ( 1,01- 1,16)
Malattie reattive	1,01 ( 0,93- 1,09)	1,04 ( 0,97- 1,12)

(a) Nota: POR controllati per classi di età, istruzione, abitudini al fumo e al bere, ripartizione geografica, I valori statisticamente significativi sono in grassetto

**Prospetto 5 - Prevalence Odds Ratio (a), per sesso, di classi della variabile "residenza in area con inquinamento atmosferico urbano" con indicatori di salute selezionati**

Patologia riferita	Molto inquinata	Abbastanza inquinata	Poco inquinata	Per niente inquinata
Infarto del miocardio M	1,10 ( 0,84-1,44)	0,98 ( 0,77-1,24)	0,96 ( 0,78-1,19)	1
Infarto del miocardio F	1,15 ( 0,83-1,60)	0,85 ( 0,64-1,13)	0,63 ( 0,48-0,83)	1
Angina pectoris M	1,17 ( 0,93-1,47)	1,12 ( 0,92-1,37)	1,06 ( 0,88-1,26)	1
Angina pectoris F	1,13 ( 0,92-1,39)	1,02 ( 0,86-1,22)	0,82 ( 0,70-0,97)	1
Malattie allergiche M	1,31 ( 1,12-1,53)	1,03 ( 0,89-1,18)	1,12 ( 0,99-1,27)	1
Malattie allergiche F	1,47 ( 1,29-1,69)	1,16 ( 1,02-1,32)	1,11 ( 0,99-1,24)	1

(a) Nota: POR controllati per classi di età, istruzione, abitudini al fumo e al bere, ripartizione geografica e dominio campionario, I valori statisticamente significativi sono in grassetto

Correlata con la precedente è la variabile indicativa di area caratterizzata da livelli di rumore crescenti (vedi Prospetto 6). Spiccano tra i risultati di questa analisi

le correlazioni riscontrate tra elevati livelli di rumore, ipertensione arteriosa, angina pectoris, infarto, patologie reattive da stress e cattive condizioni di salute autoriferita.

**Prospetto 6 - Prevalence Odds Ratio (a), per sesso e per livelli di rumore della variabile “residenza in area rumorosa” con indicatori di salute selezionati**

Patologia riferita	Molto rumorosa	Abbastanza rumorosa	Poco rumorosa	Per niente rumorosa
Ipertensione arteriosa M	1,13 (0,99-1,29)	1,04 (0,93-1,18)	1,04 (0,94-1,16)	1
Ipertensione arteriosa F	1,00 (0,89-1,12)	0,92 (0,83-1,01)	0,90 (0,82-0,98)	1
Infarto del miocardio M	1,22 (0,93-1,59)	1,18 (0,93-1,49)	1,10 (0,90-1,36)	1
Infarto del miocardio F	0,81 (0,57-1,15)	0,70 (0,52-0,95)	0,81 (0,63-1,04)	1
Angina pectoris M	<b>1,25</b> (1,00-1,55)	1,01 (0,83-1,24)	1,09 (0,92-1,30)	1
Angina pectoris F	1,19 (0,97-1,46)	0,98 (0,82-1,18)	1,06 (0,90-1,25)	1
Disturbi nervosi M	0,93 (0,75-1,17)	1,19 (0,99-1,42)	0,86 (0,73-1,01)	1
Disturbi nervosi F	<b>1,32</b> (1,13-1,54)	1,02 (0,89-1,18)	0,93 (0,82-1,06)	1
Ulcera gastro-duodenale M	0,81 (0,67-0,99)	0,98 (0,84-1,16)	0,87 (0,76-1,00)	1
Ulcera gastro-duodenale F	1,04 (0,85-1,28)	0,86 (0,71-1,03)	0,73 (0,61-0,86)	1
Salute percepita: pessima M	1,13 (0,96-1,34)	0,89 (0,76-1,03)	0,91 (0,80-1,04)	1
Salute percepita: pessima F	1,14 (0,98-1,32)	0,98 (0,86-1,12)	0,96 (0,86-1,07)	1

(a) Nota: POR controllati per classi di età, istruzione, abitudini al fumo e al bere, ripartizione geografica e dominio campionario, I valori statisticamente significativi sono in grassetto

La variabile indicativa di inquinamento industriale della zona di residenza (vedi Prospetto 7 e 8) è risultata correlata soprattutto con un aumento delle patologie croniche in generale e patologie cardiache (negli uomini) e allergiche (sia negli uomini sia nelle donne) in particolare; è risultata un determinante di insoddisfazione generale del proprio stato ed è emersa la sua correlazione con l'intenzione di cambiare zona di residenza, anche se in misura minore rispetto alle variabili precedenti. Il risiedere in un'area caratterizzata da fonti di inquinamento di tipo industriale presenta i maggiori eccessi di rischio nel centro-sud del Paese e nelle aree metropolitane rispetto alle altre tipologie di comuni considerati.

La variabile indicativa di presenza di campi elettromagnetici (linee elettriche e ripetitori radio-TV) nella zona di abitazione e residenza (vedi Prospetto 9) è risultata sorprendentemente essere associata ad un gran numero di patologie croniche (soprattutto reattive, ma anche diabete, ipertensione, patologie cardiache, tumori, disturbi nervosi), non determinando tuttavia maggiore insoddisfazione generale del proprio stato né mostrando di essere correlata con l'intenzione di cambiare zona di residenza. Si presenta con i maggiori eccessi di rischio nel sud e nelle isole (sia tra le donne, sia tra gli uomini) e nei comuni delle aree metropolitane e di dimensione maggiore (> 50 mila abitanti). Il risultato è di difficile interpretazione, anche perché

non è associata a degrado socio-ambientale, e perché le associazioni emerse sono senza una plausibilità biologica conosciuta.

**Prospetto 7 - Prevalence Odds Ratio (a), per sesso, della variabile “residenza in area con inquinamento da aree industriali” con indicatori di salute selezionati**

Patologia riferita	Uomini	Donne
Cattiva salute	0,99 ( 0,83- 1,18)	0,94 ( 0,81- 1,09)
Malattie croniche (1 o +)	<b>1,14</b> ( 1,04- 1,25)	<b>1,12</b> ( 1,03- 1,22)
Ricorso a servizi sanitari	<b>1,25</b> ( 1,09- 1,42)	1,03 ( 0,88- 1,20)
Insoddisfazione	<b>1,15</b> ( 1,03- 1,28)	<b>1,31</b> ( 1,20- 1,44)
Cambio abitazione	<b>1,34</b> ( 1,06- 1,70)	<b>1,49</b> ( 1,17- 1,89)
Malattie cardiache	1,15 ( 0,95- 1,39)	0,91 ( 0,74- 1,13)
Malattie da stress	1,05 ( 0,94- 1,18)	<b>1,13</b> ( 1,01- 1,26)
Malattie reattive	1,12 ( 0,99- 1,27)	<b>1,24</b> ( 1,11- 1,39)

(a) Nota: POR controllati per classi di età, istruzione, abitudini al fumo e al bere, ripartizione geografica e dominio campionario, i valori statisticamente significativi sono in grassetto.

**Prospetto 8 - Prevalence Odds Ratio (a), per sesso, della variabile “residenza in area con inquinamento da aree industriali” con indicatori di salute selezionati, per dominio campionario**

Patologia riferita	Aree metropolitane	Comuni > 50.000 ab.	Comuni <= 50.000 ab.
Cattiva salute	1,15 ( 0,84- 1,58)	1,01 ( 0,67- 1,52)	0,86 ( 0,66- 1,11)
Malattie croniche (1 o +)	<b>1,34</b> ( 1,14- 1,57)	0,97 ( 0,77- 1,22)	1,08 ( 0,95- 1,22)
Ricorso a servizi sanitari	<b>1,58</b> ( 1,26- 1,97)	1,16 ( 0,83- 1,62)	1,04 ( 0,86- 1,27)
Insoddisfazione	<b>1,25</b> ( 1,03- 1,51)	1,06 ( 0,82- 1,38)	1,07 ( 0,91- 1,25)
Cambio abitazione	<b>2,36</b> ( 1,71- 3,26)	0,82 ( 0,42- 1,60)	0,72 ( 0,46- 1,14)
Malattie cardiache	0,97 ( 0,66- 1,43)	1,30 ( 0,85- 1,98)	1,17 ( 0,90- 1,51)
Malattie da stress	<b>1,46</b> ( 1,19- 1,79)	0,88 ( 0,66- 1,18)	0,90 ( 0,77- 1,06)
Malattie reattive	1,21 ( 0,98- 1,50)	1,10 ( 0,79- 1,52)	1,05 ( 0,89- 1,24)

(a) Nota: POR controllati per sesso, classi di età, istruzione, abitudini al fumo e al bere, ripartizione geografica, i valori statisticamente significativi sono in grassetto.

**Prospetto 9 - Prevalence Odds Ratio (a), per sesso, della variabile “residenza in area con presenza di campi elettromagnetici” con indicatori di salute selezionati, per dominio campionario**

Patologia riferita	Uomini	Donne
Cattiva salute	1,10 ( 0,97- 1,24)	1,10 ( 0,98- 1,23)
Malattie croniche (1 o +)	<b>1,15</b> ( 1,08- 1,23)	<b>1,30</b> ( 1,21- 1,38)
Ricorso a servizi sanitari	<b>1,15</b> ( 1,03- 1,27)	0,94 ( 0,84- 1,06)
Insoddisfazione	<b>1,11</b> ( 1,02- 1,20)	<b>1,11</b> ( 1,04- 1,19)
Cambio abitazione	0,97 ( 0,80- 1,18)	0,99 ( 0,81- 1,21)
Malattie cardiache	1,12 ( 0,97- 1,29)	<b>1,39</b> ( 1,21- 1,61)
Malattie da stress	<b>1,17</b> ( 1,08- 1,27)	<b>1,13</b> ( 1,04- 1,22)
Malattie reattive	<b>1,24</b> ( 1,13- 1,35)	<b>1,43</b> ( 1,32- 1,56)
Diabete	<b>1,18</b> ( 1,01-1,36)	1,14 ( 0,99-1,31)
Ipertensione	<b>1,14</b> ( 1,04-1,26)	1,08 ( 0,99-1,19)
Angina	<b>1,24</b> ( 1,06-1,47)	<b>1,23</b> ( 1,04-1,44)
Asma	<b>1,25</b> ( 1,08-1,45)	<b>1,32</b> ( 1,13-1,53)
Malattie allergiche	<b>1,29</b> ( 1,17-1,42)	<b>1,47</b> ( 1,34-1,61)
Tumore	<b>2,01</b> ( 1,57-2,57)	<b>1,27</b> ( 1,02-1,59)
Ulcera	<b>1,24</b> ( 1,08-1,42)	<b>1,21</b> ( 1,03-1,43)

(a) Nota: POR controllati per sesso, classi di età, istruzione, abitudini al fumo e al bere, ripartizione geografica, I valori statisticamente significativi sono in grassetto,

#### 4. Discussione e conclusioni

L’analisi sui fattori ambientali quali determinanti della salute percepita e riferita si è rivelata ricca di spunti stimolanti e meritevoli di riflessione: l’ambiente di residenza e di vita è un forte determinante dello stato di salute percepito e dello stato di soddisfazione generale delle persone.

Si confermano associazioni conosciute tra inquinamento di origine atmosferica e industriale con alcune patologie (croniche) e con uno stato di malessere della popolazione; si segnalano associazioni non riportate in precedenza tra campi elettromagnetici e alcune patologie.

Questa è la prima analisi condotta sull’Indagine multiscopo dell’Istat 1998, contenente una speciale sezione dedicata all’ambiente, e ha voluto essere una prova per valutare l’attendibilità di questa fonte a fini descrittivi. Nonostante la possibilità di condurre analisi sofisticate a livello individuale, con la possibilità di disporre di informazioni sui principali fattori di rischio correlati con le patologie in esame, l’attendibilità dei risultati è limitata dalla sua caratteristica intrinseca di essere

un'indagine trasversale, nella quale manca l'elemento temporale e una sostanziale caratterizzazione dei rischi occupazionali e della mobilità residenziale dei soggetti intervistati. L'assenza di valutazioni oggettive sulle patologie dichiarate, sul degrado ambientale della zona di residenza e sulle caratteristiche ambientali del luogo di lavoro limitano ulteriormente l'attendibilità dei risultati ottenuti.

In particolare sono da considerare alcune cautele nell'interpretazione dei risultati, derivanti dal fatto che le indagini trasversali non sono adatte a valutare associazioni di tipo causale, non rispettando il requisito della temporalità nell'associazione. Inoltre nelle indagini Multiscopo Istat le condizioni di salute sono autoriferite, essendo indagini sulle condizioni di vita realizzate per intervista e non di tipo Hes (Health examination survey), inoltre non è rilevata la presenza della diagnosi effettuata da un medico; con la conseguenza che la certezza per quanto riguarda l'attendibilità delle patologie sofferte è piuttosto limitata, soprattutto per quelle patologie molto specifiche. Le ricodifiche proposte di alcune patologie non sono validate e la definizione di residenza in vicinanza a fattori di rischio ambientale è imprecisa, non essendo presente un'indicazione della distanza della residenza dalla sorgente più vicina.

Va ricordato tuttavia che, pur con le dovute cautele, nell'indagine Multiscopo analizzata sono confermate associazioni ben conosciute, ad esempio nel sesso maschile sono emersi i seguenti valori di rischio:

- abitudine al bere e cirrosi : OR di 2,10 (1,40-3,15),
- abitudine al fumo e bronchite: OR di 1,53 (1,36-1,74),
- abitudine al fumo e tumori: OR di 1,33 (1,02-1,75),

La conferma di queste associazioni depone quindi per una discreta attendibilità di alcune patologie riferite.

La prevalenza di patologie tumorali è invece sicuramente sottostimata (per es. rispetto ai dati dei registri tumori italiani) e l'indicazione va considerata con estrema cautela.

In conclusione dall'analisi dell'indagine multiscopo dell'Istat sugli Aspetti della vita quotidiana - 1998 emergono le seguenti indicazioni per il futuro:

- le domande sulla presenza di fattori di rischio ambientale nella zona di residenza meriterebbero di essere inserite stabilmente nelle indagini multiscopo, non solo in alcuni anni;
- la presenza di fattori di rischio nell'area di residenza dei soggetti dovrebbe essere definita con maggiore precisione (distanza delle fonti, numero);
- occorrerebbe pensare a variabili che descrivano con maggiore precisione un'eventuale stato di degrado sociale della zona di residenza, per poter migliorare le conoscenze sugli effetti interattivi tra fattori sociali e ambientali;
- le patologie riferite dovrebbero essere convalidate da diagnosi ed essere riferite a classificazioni più precise.



# IL PERCORSO DELLA MATERNITÀ: GRAVIDANZA, PARTO E ALLATTAMENTO AL SENO

---

Coordinatore: *L. L. Sabbadini* - Istat

---





## INTRODUZIONE

*L. L. Sabbadini<sup>1</sup>*

Negli ultimi anni si è sviluppata in Italia una particolare attenzione al momento della gravidanza e della nascita anche sotto la spinta delle esigenze delle donne e di una nuova coscienza femminile. Oltre a promuovere il benessere psicofisico della donna e del nascituro, si è andato affermando l'orientamento ad una maggiore partecipazione delle donne alla fase della gravidanza e al momento del parto. In molte regioni sono state promosse o consolidate le iniziative per la preparazione alla nascita ed il coinvolgimento dei partner. Per favorire il parto fisiologico e migliorare le condizioni in cui esso avviene, sono stati riorganizzati i reparti di ostetricia e, in alcune realtà locali, sono sorte le Case di maternità ed attivate iniziative per l'assistenza al parto a domicilio. Si cerca dunque di consentire alle gestanti di scegliere le modalità del parto, di favorire la presenza al parto di persone di fiducia della donna, di avere vicino il neonato durante la degenza, in altri termini di vivere la nascita il più possibile, non come condizione patologica, ma come evento naturale.

Nonostante il processo di cambiamento in atto, l'evento nascita in Italia è ancora fortemente medicalizzato e questo è uno degli aspetti negativi che unificano l'Italia. Le donne sono sottoposte ad un numero elevato di ecografie; la media nazionale è di 5,2 ecografie a fronte delle tre raccomandate dai protocolli internazionali. Lo scostamento rispetto alle indicazioni è rilevante in tutto il paese ed è particolarmente preoccupante se si considera che tra le donne che non hanno avuto disturbi gravi o ricoveri in gravidanza si osserva una media di 4,9 ecografie.

---

<sup>1</sup> Istat - Direzione centrale per le indagini su condizioni e qualità della vita.

L'Italia si distingue anche per il numero elevato di parti cesarei (29,9 per cento) che scende solo lievemente (26,8 per cento) tra quante hanno gravidanze fisiologiche (Prospetto 1). Anche da altre rilevazioni<sup>2</sup> emerge nettamente, non solo la notevole distanza dalle raccomandazioni Oms, che indica una percentuale massima del 15 per cento, ma anche la crescita del tasso di cesarei dall'11,2 per cento del 1980 al 33,2 per cento del 2000. Pur essendo il Sud l'area del paese nella quale la medicalizzazione della gravidanza e del parto è più accentuata, anche per le regioni del Centro Nord, con la sola eccezione della provincia di Bolzano, si evidenziano quote elevate di donne che sono sottoposte a parto cesareo ed eseguono un numero di ecografie superiore a quello raccomandato.

**Prospetto 1 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni per parto cesareo e numero medio ecografie secondo la ripartizione geografica - Anni 1999-2000**

	Donne con cesareo (a)	Donne con cesareo in assenza di disturbi gravi e ricoveri durante la gravidanza (b)	Donne con cesareo in assenza di disturbi gravi e ricoveri durante la gravidanza (c)	Numero medio ecografie	Numero medio ecografie di donne senza disturbi gravi e ricoveri durante la gravidanza
Nord ovest	24,5	23,3	64,2	5,1	4,8
Nord est	25,3	21,1	54,4	4,9	4,7
Centro	29,8	28,0	62,0	4,9	4,7
Sud	34,8	30,7	62,1	5,5	5,3
Isole	35,8	30,3	53,4	5,5	5,1
<b>Italia</b>	<b>29,9</b>	<b>26,8</b>	<b>60,0</b>	<b>5,2</b>	<b>4,9</b>

\* Disturbi gravi: diabete, ipertensione, gestosi, minaccia di parto pre-termine, minaccia d'aborto  
 (a) per 100 donne che hanno avuto figli nei cinque anni precedenti l'intervista  
 (b) per 100 donne che non hanno riferito disturbi gravi o ricoveri in gravidanza  
 (c) per 100 donne che hanno avuto un parto cesareo

L'Italia è dunque accomunata nel suo complesso da tale problema. Emerge comunque un secondo aspetto del percorso nascita, che presenta un andamento analogo nelle diverse aree territoriali del paese, anche se con alcune differenze tra le regioni: la crescita dell'allattamento al seno. Si è passati da una quota del 76 per cento nel 1994 di donne che hanno allattato al seno i loro bambini ad una dell'81,1 per cento nel 1999-2000.

L'andamento è presumibilmente determinato dalla maggiore consapevolezza delle donne sull'importanza dell'allattamento e dall'attenzione particolare che negli

<sup>2</sup> Schede di dimissione ospedaliera materne (Sdo), Certificato di assistenza al parto (Cedap).

ultimi anni è stata posta dagli operatori sanitari sugli effetti positivi dell'allattamento al seno per la salute del nascituro e della madre.

Accanto a questi aspetti, che interessano tutto il territorio del nostro paese, permangono in modo evidente differenze che, in molti casi, evidenziano vere e proprie criticità soprattutto nel Sud del paese.

In particolare le differenze più nette tra Centro-Nord e Sud si osservano per i corsi di preparazione alla nascita e il coinvolgimento paterno. La minore possibilità delle donne del Sud di fruire di questo tipo di assistenza è un fatto ed è fortemente connessa alla carenza e indisponibilità delle strutture. Da questo punto di vista l'Italia è assolutamente divisa a metà.

Emerge inoltre un problema di carenza nell'assistenza e nell'informazione per alcuni segmenti della popolazione femminile. In particolare si tratta di una piccola quota di donne giovani, poco istruite che risiedono prevalentemente nel Sud, che utilizzano le strutture sanitarie meno di quanto raccomandato dai protocolli e non si sottopongono ad alcun controllo di prevenzione.

Una criticità da non sottovalutare che emerge dall'indagine riguarda le donne che durante la gravidanza hanno continuato a svolgere lavori pesanti, nonostante la normativa che regola la materia<sup>3</sup>. E' evidente che è molto difficile valutare quanto l'indagine fornisca una stima precisa poiché l'attribuzione di "lavoro pesante" si basa su quanto percepito e dichiarato delle donne intervistate. Tuttavia i risultati mostrano che, tra le donne con mansioni pesanti (346 mila), oltre tre quarti (280 mila) non è stata trasferita a ruoli adeguati alla condizione di gestante. Tra queste ultime la quota di parti pre-termine (12 per cento) è molto più elevata della media (7 per cento) e quella di minacce di aborto durante la gravidanza (32 per cento) è circa il doppio della media (16 per cento). La situazione sembra essere preoccupante se si considera che, tra quante hanno svolto lavori pesanti, alcune non hanno con molta probabilità neanche portato a termine la gravidanza anche se l'entità del fenomeno non è quantificabile perché l'informazione non è rilevata con l'indagine.

Infine una segnalazione di non poco conto riguarda l'allattamento al seno in tre regioni italiane. Un segmento consistente di donne in Sicilia, Calabria e Liguria, nonostante abbia avuto un parto spontaneo, non allatta i suoi bambini al seno, presumibilmente più per una scarsa sensibilità sull'importanza dell'allattamento da parte delle donne e per una mancata promozione da parte delle strutture, che per problemi patologici durante la gravidanza o al momento del parto. Anche in questo caso si tratta prevalentemente di donne giovani con un basso livello di istruzione.

L'indagine sulle condizioni di salute consente dunque di evidenziare sia le uniformità che la variabilità sul territorio di alcuni aspetti del percorso della nascita fornendo in tal modo un supporto, non solo per la progettazione di politiche nazionali e locali, ma anche per la verifica dello stato di attuazione delle leggi che tutelano la maternità e promuovono la salute ed il benessere delle donne e dei bambini. Gli approfondimenti della sessione hanno consentito di approfondire la tematica e di evidenziare le esigenze conoscitive emergenti da tenere in considerazione per la

---

<sup>3</sup> Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151 "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53".

prossima indagine con la quale, oltre a garantire la serie storica delle principali variabili considerate, si introdurranno alcuni quesiti sul numero dei figli che hanno avuto le donne intervistate, sulle condizioni in cui sono avvenuti gli eventuali parti precedenti, sui motivi del mancato allattamento ed altri ancora che consentiranno di avere un panorama più preciso della situazione.

# DIFFERENZE TERRITORIALI NEL PERCORSO DELLA NASCITA

*L. L. Sabbadini<sup>1</sup>, L. Iannucci<sup>1</sup>*

## **Introduzione**

Il percorso nascita presenta forti differenze territoriali nei comportamenti adottati e nell'assistenza durante la gravidanza. In particolare si possono osservare evidenti diversità per quanto riguarda l'età al parto, la partecipazione a corsi di preparazione, il coinvolgimento del partner, la disponibilità delle strutture ad accogliere le richieste delle donne ed il tipo di strutture e medici scelti durante la gravidanza.

Nello studio verrà presentata la situazione specificamente per ciascuno degli aspetti cui si è fatto cenno per poi arrivare alla definizione, tramite tecniche di analisi multivariata, di tipologie di percorsi di nascita fortemente connotati da un punto di vista territoriale e delle caratteristiche delle donne coinvolte.

## **1. L'età alla nascita dei figli**

I dati evidenziano come si sia consolidata, negli ultimi anni, la scelta di avere figli sempre più spesso in età matura. L'età media delle donne alla nascita del primo figlio è infatti aumentata da 25,2 anni nel 1981 a 28,1 nel 1997 e le gravidanze di

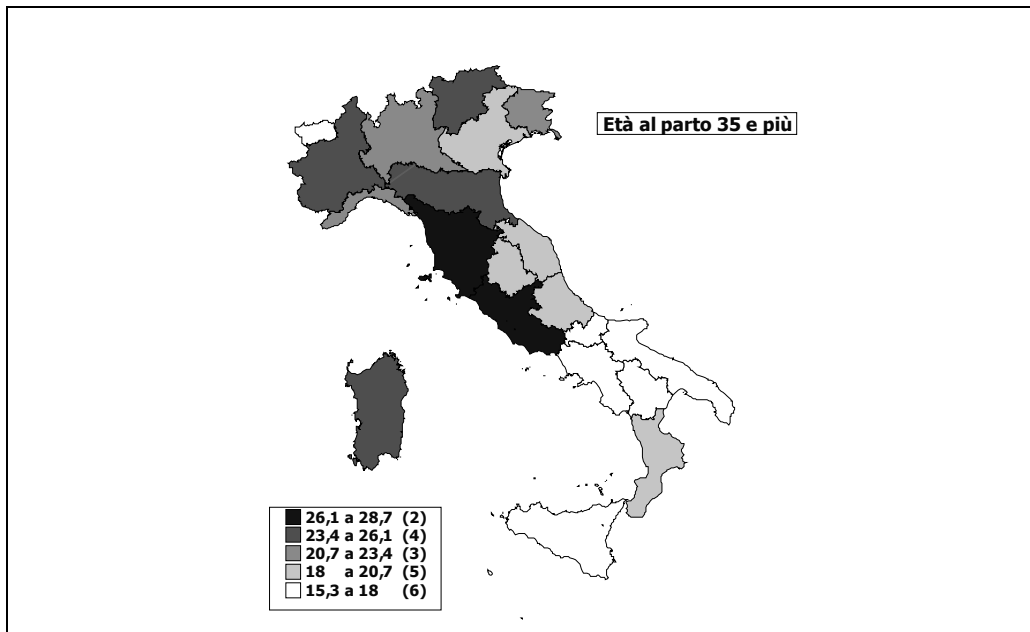
---

<sup>1</sup> Istituto nazionale di statistica - Roma

donne con 35 anni e più sono passate da 65mila (pari all'11,5 per cento del totale) nel 1990 a 93mila (il 17,5 per cento) nel 1997.<sup>2</sup>

Le informazioni dell'indagine sulla salute mostrano come tale andamento non riguardi tutto il territorio nazionale nello stesso modo. In particolare Lazio e Toscana hanno la quota più alta di donne che hanno partorito ad oltre 34 anni (rispettivamente 28,7 per cento e 27,6 per cento) mentre le regioni del sud e la Sicilia hanno quote inferiori al 18 per cento. Specularmente si osservano le percentuali più elevate di mamme giovani (prima dei 25 anni) nelle regioni del Sud ed in Sicilia dove la quota raggiunge il 20,6 per cento.

**Grafico 1 - Età al parto per regione**



## 2. La scelta tra pubblico e privato

Rilevanti differenze si osservano tra le regioni italiane, per quanto riguarda il tipo di medico scelto e il tipo di struttura utilizzata dalle donne per esami, diagnosi prenatale e parto.

L'utilizzo solo del medico pubblico è massimo nel Trentino Alto Adige, mentre in Campania, Calabria, Lazio e Piemonte si ricorre più frequentemente al ginecologo privato. Le donne si rivolgono al ginecologo privato che lavora anche in ospedale soprattutto nelle Marche, in Abruzzo e Friuli-Venezia Giulia (Prospetto 1).

La maggioranza delle donne in gravidanza fa esami in strutture pubbliche, la quota è intorno all'80 per cento in tutto il nord, in Toscana e Umbria. È minoritaria

<sup>2</sup> Istat, *Nascite: caratteristiche demografiche e sociali*, Anni 1997-998

invece in Campania e Sicilia, dove prevale l'uso di strutture accreditate (rispettivamente 44,8 per cento e 30,8 per cento).

Anche per la diagnosi prenatale è prevalente il ricorso a strutture pubbliche nel Nord e in alcune regioni del Centro; superano l'80 per cento di ricorso al pubblico Piemonte, Val d'Aosta, Trentino, Veneto, Liguria, Toscana e Marche. È invece minoritaria la quota di donne che si rivolgono a presidi pubblici nel Lazio (45,5 per cento) e in Campania (39,4 per cento). Nel Lazio si ricorre più frequentemente a strutture private (36,9 per cento) e in Campania a quelle accreditate (43,7 per cento).

**Prospetto 1 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni per tipo di medico, tipo di struttura per esami, diagnosi prenatale e parto secondo la regione di residenza - Anni 1999-2000**

	% donne seguite da un medico pubblico (a) (1)	% di donne che hanno fatto esami in struttura pubblica (a)	% di donne che hanno fatto la diagnosi prenatale in struttura pubblica (b)	% di donne che hanno partorito in struttura pubblica (a)
Piemonte	19,7	85,2	82,7	94,8
Valle d'Aosta	22,6	77,5	86,9	98,2
Lombardia	19,4	80,8	73,4	93,2
Trentino-Alto Adige	46,2	79,6	85,3	95,5
Veneto	25,7	82,1	81,9	97,1
Friuli-Venezia Giulia	20,9	87,2	72,7	92,4
Liguria	13,3	83,5	84,7	97,9
Emilia-Romagna	29,2	85,9	78,8	93,5
Toscana	16,4	88,7	86,7	96,9
Umbria	19,2	85,0	72,2	97,4
Marche	24,6	76,9	84,0	95,5
Lazio	11,7	69,3	45,5	84,6
Abruzzo	9,7	78,0	74,2	89,8
Molise	11,6	78,4	79,0	99,0
Campania	12,6	40,1	39,4	70,8
Puglia	17,1	63,2	70,6	94,2
Basilicata	22,1	74,6	73,8	96,9
Calabria	12,4	57,1	57,6	76,1
Sicilia	20,0	56,3	53,3	85,4
Sardegna	32,3	78,0	74,2	94,4
<b>Italia</b>	<b>19,1</b>	<b>70,9</b>	<b>66,7</b>	<b>89,1</b>

(1) tra le donne seguite da un medico pubblico si includono anche quelle seguite da medico di base, e ostetrico/a

(a) per 100 donne con un figlio di età 0-5

(b) per 100 donne con un figlio di età 0-5 che hanno fatto la diagnosi prenatale



Le donne scelgono di partorire soprattutto in strutture pubbliche. Le percentuali più elevate di ricorso a strutture accreditate o private si osservano in Campania (rispettivamente 19,1 per cento e 10,2 per cento) e Calabria (13,3 per cento e 10,4 per cento). Le donne si rivolgono in misura consistente a strutture accreditate e private anche in Sicilia (7,6 per cento e 7 per cento) e nel Lazio (7,2 e 6,9 per cento).

### 3. Comportamenti innovativi e accessibilità delle strutture

Una netta differenza tra Nord e Sud si osserva nei comportamenti innovativi per l'assistenza durante la gestazione ed il parto.

In particolare la partecipazione al corso di preparazione al parto, la cui importanza è ampiamente sottolineata dalle ricerche condotte<sup>3</sup> in quanto associata ad una riduzione degli esiti negativi per la salute della mamma e del bambino, è maggioritaria in tutto il Centro-Nord con il massimo in Toscana (67,7 per cento), mentre rimane sotto il 40 per cento al Sud con quote minime in Calabria e Basilicata (18 per cento). Anche il coinvolgimento del padre nel corso di preparazione al parto, è più alto nel Centro-Nord e supera il 40 per cento in Piemonte, Val d'Aosta e Trentino-Alto Adige (Prospetto 2).

Per quanto riguarda la presenza di familiari o amici al momento del parto o del travaglio, ampiamente raccomandati nelle linee guida del WHO<sup>4</sup> e nazionali,<sup>5</sup> negli ultimi anni si è accentuata la tendenza a condividere il momento del travaglio e del parto con una persona di sostegno. In media, nei cinque anni precedenti la rilevazione, ben il 74,6 per cento delle donne che hanno avuto un parto naturale<sup>6</sup> ha dichiarato di avere avuto qualcuno vicino nel momento del travaglio e della nascita e la quota di donne che ha avuto questo sostegno è salita dal 71,5 per cento delle donne che hanno avuto figli 4-5 anni prima della rilevazione, al 77 per cento delle donne che li hanno avuti meno di due anni prima.

In tutto il Nord, in Toscana ed Umbria hanno avuto vicino il padre del bambino o qualche altro familiare al momento del parto circa il 90 per cento delle donne. La vicinanza dei familiari al momento della nascita è invece sotto il 50 per cento in Basilicata, Puglia, Molise e Campania.

Tra le persone che sono presenti a sostenere le donne durante il parto, prevale la figura del padre del bambino (62,7 per cento). Nel Nord, al momento della nascita, è quasi sempre presente il partner. Nelle regioni dell'Italia meridionale invece una

---

<sup>3</sup> Baglio G. Spinelli A., Donati S., Grandolfo M.E., Osborn J., "Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato" in *Ann. Ist. Super. Sanità*, vol.36, n.4, 2000, pp. 465-478.

<sup>4</sup> Le raccomandazioni sulla nascita redatte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1985 sostengono l'importanza del supporto psicologico per le donne al momento del parto e parlano di libero accesso di una persona di fiducia in sala parto come fattore determinante per la riduzione degli esiti negativi.

<sup>5</sup> "Regolamento dei diritti e dei doveri dell'utente malato"- DCPM 19 maggio 1995 - Carta dei servizi pubblici sanitari

<sup>6</sup> Si fa riferimento ai soli parti spontanei od operativi (ventosa e forcipe)

quota consistente di donne è assistita da altri familiari, prevalentemente dalla madre (13,8 per cento).

**Prospetto 2 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni per partecipazione al corso di preparazione al parto, presenza del partner al corso, presenza del partner o altri familiari al momento del travaglio o del parto secondo la regione di residenza - Anni 1999-2000**

	% di donne che hanno partecipato ad un corso di preparazione al parto (a)	% di donne che hanno partecipato ad un corso di preparazione al parto col padre (b)	% di donne che hanno avuto qualcuno vicino durante il parto (c)	% di donne che hanno avuto il padre vicino durante il parto (c)
Piemonte	63,5	45,4	93,5	89,0
Valle d'Aosta	64,3	40,8	96,7	86,3
Lombardia	60,6	33,3	90,6	84,7
Trentino- Alto Adige	62,1	42,6	91,6	89,2
Veneto	63,8	26,0	87,0	81,4
Friuli-Venezia Giulia	63,7	31,4	89,6	85,9
Liguria	51,5	27,3	91,7	80,7
Emilia-Romagna	59,7	31,5	90,0	77,4
Toscana	67,7	36,9	89,3	79,9
Umbria	53,0	17,5	91,6	73,7
Marche	49,0	20,1	75,9	68,4
Lazio	60,0	20,1	66,5	53,0
Abruzzo	37,2	28,8	71,6	54,0
Molise	31,2	7,2	48,0	38,2
Campania	20,0	13,4	49,6	29,9
Puglia	20,2	10,4	44,4	26,2
Basilicata	18,0	13,4	40,5	18,3
Calabria	18,1	21,5	66,5	39,5
Sicilia	25,4	21,2	65,0	50,6
Sardegna	27,8	13,3	54,6	41,3
<b>Italia</b>	<b>45,8</b>	<b>25,1</b>	<b>74,6</b>	<b>62,7</b>

(a) donne che hanno partecipato al corso per l'ultimo figlio o per una precedente gravidanza per 100 donne con un figlio di età 0-5

(b) per 100 donne con un figlio di età 0-5 che hanno frequentato il corso

(c) per 100 donne con un figlio di età 0-5 che hanno avuto un parto spontaneo

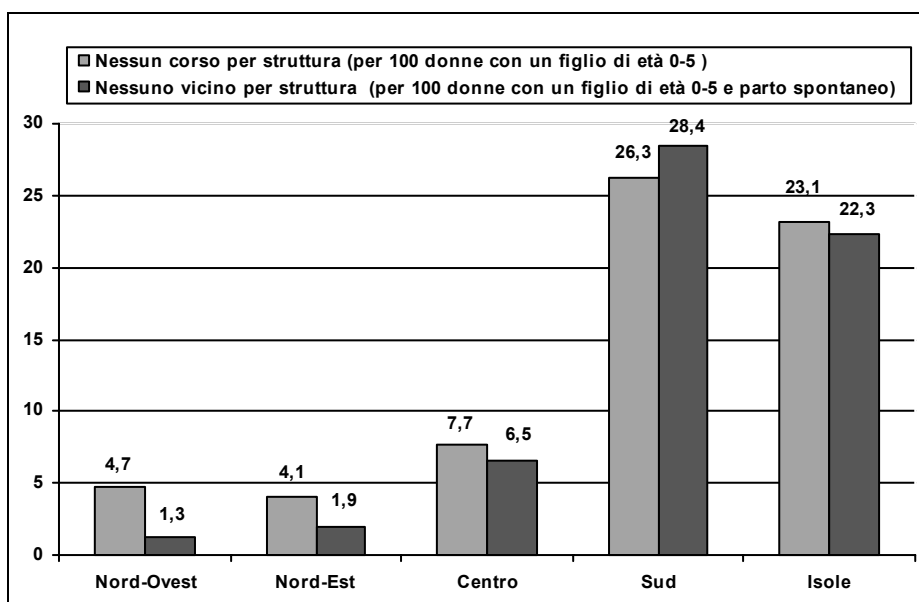
La distanza tra Nord e Sud appare consistente anche analizzando l'accessibilità e la disponibilità delle strutture a rispondere alla richiesta delle donne di prepararsi alla nascita e di vivere l'evento con il supporto del partner o di una persona della famiglia.

Ben il 26,3 per cento delle donne del Sud ed il 23,1 per cento delle donne in Sicilia e Sardegna, riferiscono la mancanza o la difficile accessibilità di strutture che offrono la preparazione al parto. Lo stesso motivo per la mancata partecipazione è citato nel Nord solo da circa il 4 per cento delle donne (Grafico 2).

Esigenze imposte dalla struttura impediscono di avere qualcuno vicino al 28,4 per cento delle donne del Sud e al 22,3 per cento delle donne dell'Italia insulare che hanno un parto spontaneo, mentre il problema è pressoché inesistente nel Nord Italia (poco più dell'1 per cento) e residuale nel Centro (6,5 per cento).

Una conferma in più della minore apertura delle strutture sanitarie nel Sud ad accogliere una richiesta sempre più diffusa da parte delle donne e che è diventata una routine in altre parti del Paese.

**Grafico 2 - Donne che non hanno fatto corsi di preparazione al parto o non hanno avuto nessuno vicino durante il parto per mancata disponibilità delle strutture - Anni 1999-2000**



#### 4. Le donne italiane tra carenze assistenziali e medicalizzazione

Con l'obiettivo di individuare diversi percorsi della maternità omogenei in relazione ai comportamenti adottati e al sostegno assistenziale ricevuto ed evidenziare le criticità ed i profili delle donne a rischio, è stata condotta sui dati a disposizione un'analisi multivariata<sup>7</sup>, dalla quale si delinea una tipologia di nove gruppi fortemente caratterizzati dal punto di vista territoriale (Prospetto 3).

<sup>7</sup> Per sintetizzare i numerosi aspetti che caratterizzano il percorso della maternità delle donne è stata applicata l'analisi delle corrispondenze multiple. In particolare sono stati considerati nell'analisi: le

Emergono due primi gruppi di donne che hanno avuto un parto spontaneo, uno del Centro-Nord che è abbastanza numeroso (28,4 per cento ) e uno del Sud composto dal 12,4 per cento del campione.

**Prospetto 3 - Partizione in gruppi delle donne che hanno avuto figli negli ultimi cinque anni secondo le modalità del percorso della maternità - Anni 1999-2000**

Gruppi	Dimensione del gruppo %	Area territoriale	Caratteristiche
1. Donne con parto spontaneo ben assistite che si rivolgono a strutture pubbliche aperte al coinvolgimento attivo di padri e madri	28,4	Nord-est (37%) Nord-ovest (30%) Centro (23%)	Donne del Centro-Nord diplomate e laureate che hanno figli tra i 30 e i 39 anni. Corsi di preparazione alla nascita, spesso con il partner. Prima visita ed ecografia entro il terzo mese di gravidanza. Effettuano più di 3 ecografie. Informate diagnosi prenatale. Assistenza e parto in strutture pubbliche. Presenza del partner al momento del parto e scelta posizione al parto. Allattamento al seno ed allattamento esclusivo.
2. Donne con parto naturale ben assistite, ma medicalizzate, che si rivolgono a strutture accreditate e private con scarsa apertura al coinvolgimento del partner nella preparazione alla nascita	12,4	Sud (53%) Isole (20%)	Donne che hanno figli a 25-34 anni del Sud diplomate o laureate. Assistenza adeguata ed informazione sulla diagnosi prenatale. Non fanno il corso di preparazione alla nascita e anche quando lo frequentano non hanno il partner vicino. Hanno qualcuno vicino al momento del travaglio/parto ma non scelgono la posizione del parto. Sono sottoposte a 7 e più ecografie e 7 e più visite. Allattamento al seno ed allattamento esclusivo
3. Donne poco informate e poco assistite che hanno avuto un parto spontaneo.	6,2	Sud (46%)	Donne del Sud, tra le quali molte ventenni, con basso titolo di studio che non lavorano. Ecografia e visita dopo il terzo mese di gravidanza. Meno di tre ecografie. Non sono informate né sottoposte a diagnosi prenatale. Non fanno corsi, molto spesso per mancanza di strutture. Non hanno nessuno vicino al parto, spesso per imposizione delle strutture e non scelgono la posizione al parto. Si rivolgono a strutture pubbliche e sono seguite da un ginecologo pubblico. Allattano al seno, ma spesso non allattano in modo esclusivo
4. Donne con parto spontaneo completamente tradizionale che si sono rivolte soprattutto alle strutture pubbliche e non hanno avuto accesso ad assistenza innovativa per carenze delle strutture.	14,2	Sud (56%) Isole (18%)	Donne del Sud, soprattutto fino a 29 anni, con basso titolo di studio e prevalentemente casalinghe. Sono sottoposte ad ecografie e visite entro i primi tre mesi ma non sono informate né sottoposte a diagnosi prenatale. Non frequentano corsi di preparazione, spesso per mancanza di strutture. Non hanno nessuno vicino al parto, spesso per imposizione delle strutture e non scelgono la posizione al parto. Si rivolgono a strutture pubbliche ma sono seguite da ginecologi privati o privati/ospedale. Allattano al seno, spesso in modo esclusivo.

caratteristiche socio-demografiche delle madri, i fattori di rischio in gravidanza, l'assistenza in gravidanza, la partecipazione attiva delle donne e dei loro partner gestazione e al momento del parto, la medicalizzazione della gravidanza e del parto, l'orientamento verso le strutture pubbliche o quelle private per l'assistenza, la disponibilità delle strutture ad accogliere le richieste delle donne su corsi di preparazione e modalità del parto e l'allattamento al seno. Sui primi quattro fattori individuati (tipo di parto, livello di assistenza, tipo di struttura, allattamento) che spiegano il 20,7 per cento dell'inerzia totale è stata applicata l'analisi dei gruppi.

**Prospetto 3 (segue) - Partizione in gruppi delle donne che hanno avuto figli negli ultimi cinque anni secondo le modalità del percorso della maternità - Anni 1999-2000**

Gruppi	Dimensione del gruppo %	Area territoriale	Caratteristiche
5. Donne poco informate e poco assistite che hanno avuto un parto cesareo in assenza di disturbi gravi in gravidanza	6,0	Sud (54%)	Donne del Sud, soprattutto fino a 29 anni, poco istruite che si sono rivolte a strutture pubbliche per assistenza e parto. Ecografia e visita dopo il terzo mese di gravidanza. Non sono informate né sottoposte a diagnosi prenatale. Non fanno corsi, molto spesso per mancanza di strutture. Si rivolgono a strutture pubbliche. Hanno allattato al seno, per un periodo anche esclusivamente. Hanno allattato per poco tempo.
6. Donne con cesareo in presenza di disturbi che non sono riuscite ad avere un parto spontaneo seguite in strutture private o accreditate	5,6	Sud (67%)	Donne del Sud tra i 25 e i 34 anni con titolo di studio elevato ben informate ed assistite. Non partecipano a corsi di preparazione. Tentano il parto spontaneo con travaglio indotto e scelgono l'anestesia epidurale per il cesareo. Effettuano 7 e più ecografie e visite. Allattamento al seno, ma per un breve periodo e non in modo esclusivo.
7. Donne con cesareo in presenza di disturbi che non sono riuscite ad avere un parto spontaneo seguite nelle strutture pubbliche	10,3	Nord-est (29%) Nord-ovest (24%) Centro (22%)	Donne del Centro Nord, diplomate o laureate con buona posizione professionale. Hanno figli tra i 30 e i 39 anni e presentano disturbi gravi in gravidanza. Partecipano ai corsi di preparazione alla nascita spesso con i partner. Hanno una buona assistenza durante la gestazione. Allattato al seno anche in modo esclusivo.
8. Donne con parto spontaneo che non allattano al seno i loro bambini	10,3	Sicilia (13%) Calabria (9%) Liguria (6%)	Donne con basso titolo di studio. Prima visita entro il terzo mese di gravidanza ed informate sulla diagnosi prenatale. Non hanno disturbi gravi o ricoveri. Nessun corso di preparazione, spesso per mancanza di strutture. Non scelgono la posizione al parto ma hanno qualcuno vicino ed in particolare il padre.
9. Donne con parto cesareo che non allattano al seno con disturbi gravi e parti pretermine	6,6	Sud (32%), Isole (22%), Nord-ovest (19%)	Donne di bassa istruzione. Prima ecografia e prima visita entro il terzo mese di gestazione. Non hanno fatto il corso di preparazione, spesso per mancanza di strutture. Hanno effettuato 7 e più ecografie e visite. Si sono rivolte prevalentemente a strutture pubbliche e sono seguite da ginecologi privati/ospedale.

Il primo gruppo include le trentenni del centro-nord laureate e diplomate, quindi con alto titolo di studio, che utilizzano strutture pubbliche, aperte al coinvolgimento attivo di entrambi i genitori. Generalmente queste donne hanno un elevato livello d'informazione e di assistenza in gravidanza e arrivano a scegliere anche la posizione al parto. Hanno seguito un corso di preparazione alla nascita spesso con la partecipazione del partner il quale è stato vicino anche al momento del travaglio o del parto. Sono donne molto sensibilizzate che allattano al seno ed, almeno per un periodo, in modo esclusivo. Una quota elevata di queste donne, che sembra abbiano vissuto il momento della gravidanza e del parto in modo naturale e col massimo dell'informazione, ha effettuato però molte ecografie pur in assenza di gravi disturbi in gravidanza. Queste donne, che, in gran parte, mostrano di avere comportamenti adeguati e di usufruire di un buon livello di assistenza, anche se si

sottopongono ad un numero troppo elevato di accertamenti ecografici, sono concentrate in zone del Centro-nord.

Il secondo gruppo si avvicina molto al primo come caratteristiche e comportamenti delle donne interessate, perché è composto da donne che hanno figli tra i 25 ed i 34 anni, con titolo di studio elevato che hanno avuto un'adeguata assistenza ed informazione ed hanno allattato i loro bambini al seno. Tuttavia, queste donne, che vivono nel Sud, pur avendo avuto un parto spontaneo, non hanno fatto corsi di preparazione, spesso per mancanza di strutture, ed hanno avuto una minore possibilità di coinvolgimento paterno nel momento del parto o del travaglio rispetto al primo gruppo. Si distinguono anche per un ricorso prevalente a strutture accreditate per gli esami in gravidanza e per il parto e per essersi sottoposte ad un numero più elevato di visite ed ecografie rispetto al primo gruppo.

Sono quindi donne cui sono state offerte minori opportunità da parte delle strutture e per questa ragione non hanno potuto vivere l'esperienza della gravidanza e del parto con un maggiore coinvolgimento paterno.

Emergono poi due gruppi (complessivamente circa il 20 per cento del campione), entrambi con parto spontaneo, che sono di altrettanto interesse perché sono accomunati da una criticità: sono donne poco informate e poco assistite. Queste donne, che risiedono prevalentemente nel Sud ed hanno un basso livello di istruzione, non hanno frequentato corsi di preparazione, né hanno avuto qualcuno vicino al momento del parto o del travaglio per carenza delle strutture. Inoltre non sono informate, né si sono sottoposte a diagnosi prenatale.

Uno dei due gruppi, in particolare, anche se di piccole dimensioni (6 per cento) è molto critico perché è costituito da donne che hanno fatto meno delle tre ecografie raccomandate dai protocolli internazionali e non sono state sottoposte a visite ed ecografie entro il terzo mese di gravidanza. Si tratta di donne giovani che hanno avuto figli prima dei 25 anni, non occupate che, per la gravidanza, si rivolgono a strutture pubbliche e sono seguite da un ginecologo pubblico. Allattano al seno i loro bambini, ma spesso non in modo esclusivo.

Il secondo tra i due gruppi critici è caratterizzato dalla presenza di donne che hanno avuto figli prima dei 30 anni ed hanno vissuto la stessa situazione in termini di carenza assistenziale e scarsità di informazione, anche se in misura più lieve. Si tratta di casalinghe che hanno avuto un parto spontaneo completamente tradizionale e si sono rivolte a strutture pubbliche anche se sono state seguite da ginecologi privati o privati/ospedale. Allattano al seno, spesso in modo esclusivo.

L'analisi individua inoltre, tre gruppi di donne che, pur differenziandosi nel percorso assistenziale, sono accomunate dal fatto di aver avuto un parto cesareo.

Si potrebbe definire il primo gruppo come "i cesarei del Sud non giustificati". L'indagine non consente di stabilire se un cesareo sia giustificato o meno. Tuttavia numerosi indizi fanno presumere che il cesareo sia stato determinato da carenze assistenziali più che da problemi gravi sorti in gravidanza o al momento del parto. Si tratta infatti di donne che hanno partorito prevalentemente prima dei 30 anni e che non hanno avuto alcun disturbo grave durante la gravidanza. Il loro profilo presenta analogie con il gruppo di giovani donne, poco assistite e poco informate che hanno però avuto un parto spontaneo. Anche queste giovani sono di basso livello di

istruzione, si rivolgono a strutture pubbliche, non hanno frequentato corsi di preparazione alla nascita spesso per mancanza di strutture, hanno effettuato un numero di ecografie inferiori a quelle raccomandate, molte di loro hanno fatto accertamenti ecografici e visite solo dopo il terzo mese di gravidanza e non sono state informate né sottoposte a diagnosi prenatale.

Ci sono poi due gruppi di donne che hanno avuto un parto cesareo in presenza di disturbi in gravidanza, uno del Centro-Nord e uno del Sud. Ambedue sono formati da donne con titolo di studio elevato, che sono ben informate ed assistite. In entrambi i gruppi, emerge nettamente il tentativo di avere un parto spontaneo; si osserva infatti, tra queste donne, una quota elevata per le quali si è cercato di avere un parto indotto. Hanno infatti scelto l'anestesia epidurale per un cesareo che non sono riuscite ad evitare e ciò conferma la loro volontà di vivere il parto nel modo più naturale possibile. Il parto cesareo non ha tuttavia impedito a queste donne di allattare al seno. Oltre la collocazione territoriale, ciò che distingue questi due gruppi è l'età al parto più elevata delle donne del Centro-Nord mentre nel Sud è maggiore il ricorso a strutture private ed accreditate per l'assistenza in gravidanza e al parto ed è più alto il livello di medicalizzazione in gravidanza.

Emergono infine due gruppi di donne che si caratterizzano per il fatto di non allattare al seno i propri bambini e si distinguono per il tipo di parto.

Nel primo caso (10,3 per cento) si tratta di donne con parto spontaneo che hanno un basso titolo di studio. Sono concentrate per lo più in tre regioni d'Italia, Sicilia, Calabria e Liguria. Dall'analisi non emergono indizi su problemi avuti prima o dopo il parto che possano aver indotto queste donne a non allattare i loro figli. Non hanno però frequentato i corsi di preparazione alla nascita, spesso per mancanza di strutture e durante il parto non hanno avuto la possibilità di scegliere la posizione.

Il secondo gruppo invece, formato dal 6,6 per cento delle donne, si trova in una situazione diversa. Nel gruppo è presente la quota più elevata di ultraquarantenni. Sono donne che non allattano, ma hanno avuto disturbi gravi o ricoveri in gravidanza che spesso hanno condotto ad un parto pre-termine e possono quindi aver incontrato delle difficoltà ad avviare l'allattamento.

## **Bibliografia**

- Baglio G. Spinelli A., Donati S., Grandolfo M.E., Osborn J., “Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato” in Ann. Ist. Super. Sanità, vol.36, n.4, (2000)
- Chalmers I., Enkin M. & Keirse M.J.N.C. 1989. Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, Oxford
- Donati S., Spinelli A., Grandolfo M. E., Baglio G., Andreozzi S., Pediconi M., Salinetti S., “L’assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia” in Ann. Ist. Super. Sanità, vol. 35, n. 2 (1999)
- Istat, Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno, Anni 1999-2000
- Istat, Nascite: caratteristiche demografiche e sociali, Anni 1997-1998





# MEDICALIZZAZIONE DELLA GRAVIDANZA E DEL PARTO

*A. Spinelli<sup>1</sup>*

## **Introduzione**

In Italia, fino ad oggi, sono stati condotti pochi studi a livello nazionale, o su grossi campioni rappresentativi, volti a valutare l'assistenza in gravidanza e al parto. Nel 1995-96 il Reparto di indagini campionarie di popolazione del Laboratorio di epidemiologia dell'Istituto superiore di sanità condusse uno studio per valutare le conoscenze delle donne, i loro atteggiamenti e comportamenti nell'affrontare la gravidanza, il parto ed il puerperio. In 13 regioni italiane furono intervistate 9004 donne entro due mesi dal parto<sup>2</sup>.

Inoltre c'è da sottolineare che, con l'entrata in vigore della Legge 127/97, anche il sistema informativo italiano sulle nascite e sugli esiti dei concepimenti, attraverso i modelli D1 e D2 dell'Istat, ha subito un'interruzione. Attualmente si sta procedendo a una riorganizzazione del flusso di produzione delle statistiche sulle nascite e dal 1997 gli unici dati disponibili sul fenomeno provengono dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera che permette però di effettuare solo alcune limitate valutazioni<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Laboratorio di epidemiologia e biostatistica - Istituto superiore di sanità

<sup>2</sup> Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. (2000), "Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato" in *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 36, 465-478.

<sup>3</sup> Dobson R., Caesarean section rate in England and Wales hits 21 per cento. *BMJ* 2001; 323: 951.

I dati raccolti dall'Indagine Istat sulle condizioni di salute del 1999-2000 rappresentano quindi un importante ed utile supporto conoscitivo per tutti coloro che si occupano di assistenza alla nascita nel nostro Paese<sup>4</sup>.

In particolare, in questa relazione sarà affrontato l'aspetto dell'aumentato ricorso a procedure medico-tecniche ("medicalizzazione") della gravidanza e del parto.

## Risultati

Dai dati raccolti è risultato che, come negli altri paesi dell'Europa occidentale, quasi tutte le donne che hanno avuto figli negli ultimi cinque anni (99,6 per cento) sono state seguite da un operatore sanitario durante la gravidanza. Tuttavia, a differenza di altri Paesi, l'80,9 per cento è ricorso al ginecologo privato. Infatti, come riportato nel Prospetto 1, nel 48,7 per cento dei casi a livello nazionale è stato il ginecologo privato che lavora anche in una struttura pubblica che ha seguito principalmente la donna in gravidanza e nel 32,2 per cento il ginecologo che lavora solo nel privato. Nettamente più basso è risultato il ricorso al ginecologo che lavora unicamente in una struttura pubblica (16,2 per cento), al medico di base (2 per cento) e ad un'ostetrica (1 per cento).

Esistono comunque delle differenze territoriali. Le donne del Nord-est si rivolgono di più al ginecologo che lavora a tempo pieno nella struttura pubblica (26,4 per cento) contro l'11,3 per cento dell'Italia meridionale (Prospetto 1).

**Prospetto 1 - Figura professionale che ha seguito principalmente la donna durante la gravidanza per ripartizione geografica - Indagine multiscopo Istat - Anni 1999-2000 (per 100 donne della stessa ripartizione geografica)**

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Figura professionale				
	Ginecologo privato che lavora anche in ospedale	Ginecologo privato	Ginecologo che lavora in una struttura pubblica	Medico di base	Ostetrica
Nord-ovest	50,8	30,2	15,6	2,8	0,6
Nord-est	48,3	23,0	26,4	1,8	0,5
Centro	51,8	33,0	12,6	1,9	0,7
Sud	47,5	38,4	11,3	1,6	1,3
Isole	43,4	33,9	19,1	1,7	1,9
<b>Italia</b>	<b>48,7</b>	<b>32,2</b>	<b>16,2</b>	<b>2,0</b>	<b>1,0</b>

<sup>4</sup> Donati S., Spinelli A., Grandolfo M.E., Baglio G., Andreozzi S., Pediconi M., Salinetti S., "L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia" in *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 1999; 35(2): 289-296.

È nel Sud e nelle Isole, invece, che emerge il ricorso maggiore al ginecologo privato (38,4 per cento e 33,9 per cento), mentre nel Centro Italia prevale la tendenza a rivolgersi al ginecologo privato che lavora anche in ospedale (51,8 per cento). Analizzando il dato per alcune caratteristiche socio-demografiche delle donne, emerge che il ginecologo privato è scelto più frequentemente dalle donne con titolo di studio elevato (35,8 per cento) e da una quota consistente di lavoratrici in proprio (36,7 per cento) e di dirigenti, imprenditrici o libere professioniste (34,2 per cento). Ricorrono invece più frequentemente al ginecologo che lavora in una struttura pubblica le donne con basso titolo di studio (28,7 per cento) e le operaie ed apprendiste (20,6 per cento).

Nel Prospetto 2 sono riportati alcuni indicatori di assistenza in gravidanza. In media le donne hanno riferito di aver fatto circa una visita al mese in gravidanza (numero medio e mediano di visite = 7). In particolare il 23,2 per cento ha contattato per la prima volta un operatore sanitario al primo mese di gravidanza, il 44 per cento al secondo, il 26,1 per cento al terzo, solo il 6,7 per cento dopo il terzo mese. Il mese di gestazione mediano in cui è stata effettuata la prima visita è il secondo (Prospetto 2). Considerando le caratteristiche demografiche delle intervistate, si è osservato un ricorso più tardivo tra le donne giovani e tra quelle con un basso livello di istruzione: infatti il 13,2 per cento delle donne con meno di 24 anni e il 13,8 per cento di quelle con licenza elementare o nessun titolo di studio hanno effettuato visite mediche solo dopo il terzo mese. Solo lo 0,3 per cento delle donne non ha effettuato visite durante tutto il periodo della gravidanza. Un numero inferiore di visite è risultato tra le donne che sono state seguite principalmente in gravidanza dai medici di base, dalle ostetriche o dai ginecologi che lavorano solo in strutture pubbliche, rispetto a quelle che si sono rivolte ai ginecologi privati.

**Prospetto 2 - Visite, ecografie ed analisi del sangue effettuate durante la gravidanza dalle donne che hanno partorito nei cinque anni precedenti l'intervista - Indagine Multiscopo Istat - Anni 1999-2000**

<b>VISITE (a)</b>	
Numero medio visite	6,8
Numero mediano visite	7,0
Mese mediano della prima visita	2° mese
<b>ECOGRAFIE (b)</b>	
Numero medio ecografie	5,2
Numero mediano ecografie	5,0
Mese mediano della prima ecografia	3° mese
<b>ESAMI DEL SANGUE (c)</b>	
Donne che hanno fatto 4 o più esami del sangue	58,5

(a) Calcolati sulle donne che hanno effettuato almeno una visita in gravidanza

(b) Calcolati sulle donne che hanno effettuato almeno una ecografia in gravidanza

(c) Per 100 donne che hanno partorito nei cinque anni precedenti l'intervista

A fronte delle tre ecografie raccomandate dal protocollo nazionale d'assistenza alla gravidanza, il numero e mediano di ecografie è stato pari a cinque (Prospetto 2) ed il 24 per cento del campione ha dichiarato di essere stata sottoposta a

sette o più esami ecografici in gravidanza. Il mese mediano di effettuazione della prima ecografia è risultato essere il terzo mese di gravidanza, in accordo con altri studi.

Per le donne con gravidanze a rischio si osserva un numero medio di ecografie di poco superiore di quello riportato dalle donne senza disturbi in gravidanza: 5,9 per chi ha avuto minacce d'aborto e 6,2 per chi ha sofferto di gestosi rispetto a un 4,9 per le donne senza alcun disturbo grave o ricovero in gravidanza.<sup>5</sup>

Per quanto riguarda le analisi del sangue, il 58,5 per cento delle donne ha dichiarato di averne fatte 4 o più (Prospetto 2), con quote più alte nell'Italia Nord occidentale (63,2 per cento) e nell'Italia insulare (59,1 per cento).

A livello territoriale il numero medio di ecografie più elevato si rileva al Sud e nelle Isole (5,5 per cento), con un 30 per cento di 7 o più ecografie (Prospetto 3). Inoltre risultano a maggior rischio di ecografie le donne seguite in gravidanza da un ginecologo privato.

**Prospetto 3 - Numero di ecografie effettuate durante la gravidanza per ripartizione geografica - Indagine multiscopo Istat- Anni 1999-2000 (per 100 donne della stessa ripartizione geografica)**

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Numero di ecografie (a)		
	1-3	4-6	7 e più
Nord-ovest	28,4	50,5	21,1
Nord-est	28,6	54,7	16,7
Centro	24,4	56,7	18,8
Sud	21,1	48,4	30,5
Isole	20,8	48,0	30,2
<b>Italia</b>	<b>24,7</b>	<b>51,5</b>	<b>23,8</b>

L'analisi multivariata con un modello di regressione logistica, che considera l'effetto indipendente di ciascuna di queste variabili, conferma l'importanza, nel rischio di effettuare più di 3 ecografie, della figura che ha seguito la donna in gravidanza, dell'insorgenza di patologie in gravidanza, della parità e del luogo di residenza (Prospetto 4). Infatti, ad esempio le donne assistite in gravidanza dal ginecologo pubblico hanno un rischio inferiore del 48 per cento di effettuare più di tre ecografie in gravidanza rispetto a quelle seguite dal ginecologo privato (Or adj=0,52) mentre tra le donne residenti nell'Italia meridionale questo rischio aumenta del 42 per cento rispetto alle residenti al Nord.

I corsi di preparazione al parto sono stati frequentati solo dal 29,7 per cento delle donne (Prospetto 5). Si osservano anche in questo caso forti differenze per area geografica (10,4 per cento al Sud e 42-43 per cento al Nord) e per istruzione (39 per

<sup>5</sup> Le patologie in gravidanza considerate sono: diabete, ipertensione, gestosi, minacce di parto pretermine e minaccia d'aborto.

cento delle donne con istruzione secondaria o superiore contro il 4 per cento di quelle con nessun titolo di studio o licenza elementare).

**Prospetto 4 - Variabili associate a più di tre ecografie in gravidanza - Modello di regressione logistica**

VARIABILI	MODALITÀ	OR adj	IC 95%
CORSO DI PREPARAZIONE ALLA NASCITA	<i>Si</i>	1	
	<i>No</i>	1,10	0,96-1,26
ETÀ MATERNA	< 25	1	
	25-29	1,09	0,87-1,36
	30-34	1,25	1,00-1,56
	> 34	1,09	0,86-1,40
PARITÀ	<i>Primipare</i>	1	
	<i>Pluripare</i>	0,65	0,57-0,75
ASSISTENZA IN GRAVIDANZA	<i>Ginecologo privato</i>	1	
	<i>Ginecologo pubblico</i>	0,52	0,45-0,61
	<i>Altro</i>	0,40	0,29-0,56
PATOLOGIE INSORTE IN GRAVIDANZA	<i>Si</i>	1	
	<i>No</i>	0,65	0,48-0,62
AREA GEOGRAFICA DI RESIDENZA	<i>Nord</i>	1	
	<i>Centro</i>	1,08	0,89-1,30
	<i>Sud e Isole</i>	1,42	1,22-1,64

Fra quante non hanno partecipato a corsi di preparazione al parto, 70,3 per cento dell'intero campione nazionale, i motivi prevalenti (Prospetto 5) sono risultati essere l'aver già frequentato corsi per una precedente gravidanza (22,2 per cento) o problemi di tempo a disposizione (22,0 per cento). Sono tuttavia molte le donne che non hanno potuto usufruire di questa opportunità perché non esisteva una struttura disponibile (19,3 per cento), mentre il 18,6 per cento delle donne ha dichiarato di non aver ritenuto utili questi corsi o che non ne conosceva l'esistenza al momento della gravidanza (6,7 per cento).

Ancora una volta si osservano rilevanti differenze territoriali. Ben il 29,3 per cento delle donne residenti in Italia meridionale ed il 28,2 per cento di quelli dell'Italia insulare dichiarano di non aver potuto usufruire della preparazione al parto per mancanza di servizi disponibili.

Considerando le caratteristiche socio-demografiche delle intervistate, la scarsa informazione è risultato il motivo maggiore per le donne con più basso titolo di studio (19 per cento contro il 3,3 per cento di laureate e diplomate) e lo stesso vale per la percezione di inutilità dei corsi (22,5 per cento contro il 14,2 per cento delle più istruite).

**Prospetto 5 - Motivo di non partecipazione al corso di preparazione al parto per ripartizione geografica - Indagine multiscopo Istat - Anni 1999-2000 (per 100 donne della stessa ripartizione geografica)**

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Non ha partecipato ad un corso (a)	Motivo per cui non ha partecipato al corso (b)					
		Già frequentato durante un'altra gravidanza	Non è utile	Non c'è struttura disponibile/non è nelle vicinanze	Problemi di tempo	Non ne conoscevo l'esistenza	Altro
Nord-ovest	57,9	32,0	22,0	8,2	21,2	3,9	12,8
Nord-est	56,4	33,0	16,5	7,3	23,2	3,0	16,9
Centro	61,7	35,6	15,2	12,5	23,7	2,1	10,9
Sud	89,6	12,1	17,3	29,3	22,9	10,0	8,3
Isole	81,9	9,5	22,3	28,2	18,1	10,8	11,1
<b>Italia</b>	<b>70,3</b>	<b>22,2</b>	<b>18,6</b>	<b>19,3</b>	<b>22,0</b>	<b>6,7</b>	<b>11,2</b>

(a) Per 100 donne che hanno partorito nei cinque anni precedenti l'intervista

(b) Per 100 donne che non hanno partecipato ad un corso di preparazione al parto

I risultati del modello di regressione logistica (Prospetto 6) confermano l'effetto importante del territorio e del livello di istruzione, oltre a quello dell'età materna (le donne più giovani frequentano meno i corsi di preparazione al parto).

**Prospetto 6 - Variabili associate al non aver frequentato il corso di preparazione alla nascita - Indagine multiscopo Istat - Anni 1999-2000 - Modello di regressione logistica**

VARIABILI	MODALITÀ	OR adj	IC 95%
ETÀ MATERNA	< 25	1	
	25-29	0,44	0,35-0,56
	30-34	0,38	0,30-0,47
	> 34	0,46	0,36-0,58
PARITÀ	Primipare	1	
	Pluripare	1,16	1,03-1,32
ASSISTENZA IN GRAVIDANZA	Ginecologo privato	1	
	Ginecologo pubblico	0,96	0,83-1,12
	Altro	0,93	0,66-1,33
ISTRUZIONE	Bassa	1	
	Alta	0,40	0,36-0,45
AREA GEOGRAFICA DI RESIDENZA	Nord	1	
	Centro	1,26	1,07-1,48
	Sud e Isole	5,08	4,46-5,78

Infine molto elevato è risultato il ricorso al taglio cesareo, con un valore nazionale pari al 29,9 per cento e una variazione regionale da 15,5 per cento a

Bolzano a 38,8 per cento in Campania (Prospetto 7). Questi dati sono in perfetto accordo con quelli rilevati attraverso altri studi e dalle schede di dimissione ospedaliera del Ministero della Salute e mostrano un aumento del ricorso a tale procedura con il passare degli anni <sup>6</sup>.

#### Prospetto 7 - Modalità di espletamento del parto - Confronto tra indagini

MODALITÀ PARTO	Istat '83 (4)	ISS '95-'96 (1)	Istat '99-'00 Indagine multiscopo (3)	Scheda di dimissione ospedaliera 2000 (2)
Parto spontaneo	82,4	72,4	67,7	65,1
Taglio cesareo	<b>14,5</b>	<b>25,5</b>	29,9	33,2
Ventosa	2,2	1,8	1,8	1,5
Forcipe	<b>0,8</b>	<b>0,2</b>	0,5	0,2

Analizzando i dati dell'indagine Istat sulle condizioni di salute con un modello di regressione logistica (Prospetto 8), il rischio di partorire mediante taglio cesareo è risultato maggiore al crescere dell'età materna, per le donne che partoriscono in struttura privata (dove si osserva una quota di cesarei pari al 47,6 per cento dei parti), per quelle che non hanno frequentato un corso di preparazione alla nascita, per le residenti al Sud e per quelle con disturbi in gravidanza.

#### Prospetto 8 - Variabili associate al taglio cesareo nelle primipare - Indagine multiscopo Istat - Anni 1999-2000 - Modello di regressione logistica

VARIABILI	MODALITÀ	OR adj	IC 95%
CORSO DI PREPARAZIONE ALLA NASCITA	<i>Si</i>	1	
	<i>No</i>	1,20	1,00-1,45
ETÀ MATERNA	< 25	1	
	25-29	0,96	0,75-1,22
	30-34	1,26	1,00-1,66
	> 34	1,53	1,12-2,09
ASSISTENZA IN GRAVIDANZA	<i>Ginecologo privato e Ginecologo pubblico</i>	1	
	<i>Altro</i>	0,87	0,68-1,10
		1,46	0,88-2,37
PATOLOGIE INSORTE IN GRAVIDANZA (a)	<i>Si</i>	1	
	<i>No</i>	0,66	0,54-0,81
STRUTTURA DOVE È AVVENUTO IL PARTO	<i>Privata</i>	1	
	<i>Pubblica/accreditata</i>	0,84	0,56-1,26
AREA GEOGRAFICA DI RESIDENZA	<i>Nord</i>	1	
	<i>Centro</i>	1,15	0,89-1,46
	<i>Sud e Isole</i>	1,64	1,35-2,00

(a) Le patologie considerate nella variabile sono diabete, ipertensione, gestosi e minaccia di parto pre-termine.

<sup>6</sup> Istat, *Annuario di Statistiche Demografiche*, Vol XXXII, Edizione 1983. Tomo II. Roma 1985.  
 Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. (2000), "Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato" in *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 36, 465-478.  
 Dobson R., Caesarean section rate in England and Wales hits 21 per cento. *BMJ* 2001; 323: 951.



## **Discussione e conclusioni**

I dati dell'indagine Istat sulle condizioni di salute del 1999-2000 presentati in questa relazione confermano, per quanto riguarda l'assistenza in gravidanza e al parto, l'aumento in Italia del ricorso a una serie di procedure la cui utilità non è basata su evidenze scientifiche. Si evidenzia inoltre che il loro utilizzo è spesso totalmente indipendente dalle caratteristiche socio-demografiche delle donne e dalle condizioni fisiche ed è invece associato principalmente alla disponibilità delle strutture coinvolte e alla loro organizzazione.

Ad esempio, se gli organismi internazionali e nazionali indicano con 2-3 il numero raccomandato di ecografie in gravidanza, i dati dell'Indagine mostrano un valore medio e mediano di 5 ecografie, con notevoli differenze se a seguire la donna è stato un ginecologo privato o pubblico o un altro operatore sanitario.

I corsi di preparazione alla nascita, che rappresentano invece un utile strumento per aumentare la consapevolezza delle donne e che sono risultati in altri studi essere associati ad una riduzione di esiti negativi per la salute della madre e del bambino<sup>7</sup>, sono stati frequentati solo dal 29,7 per cento, con grandi variazioni tra ripartizioni geografiche, molto probabilmente dovute alla disponibilità di servizi e operatori che effettuano questi corsi.

Infine preoccupante risulta il dato sul ricorso al taglio cesareo per il parto. Attualmente il dato nazionale italiano, 29,9 per cento in questa indagine e 33,2 per cento dai dati delle Schede di dimissione ospedaliera del 2000, risulta di molto più elevato rispetto ai valori degli altri paesi europei<sup>8</sup>. Inoltre il confronto negli anni mostra un aumento del fenomeno: nel corso di 20 anni si è triplicata la percentuale di tagli cesarei, con incrementi ancora maggiori nel Sud Italia.

In conclusione i dati sottolineano, ancora una volta, la necessità di una approfondita discussione in Italia dell'appropriatezza di molte delle procedure adottate nell'assistenza in gravidanza e al parto.

## **Ringraziamenti**

Si ringraziano Laura Iannucci dell'Istat per l'elaborazione dei modelli di regressione e Silvia Andreozzi dell'Istituto superiore di sanità per il supporto nella produzione delle tabelle.

---

<sup>7</sup> Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 1999-2000.

<sup>8</sup> Ministero della Salute. Direzione generale della programmazione sanitaria - sistema informativo sanitario - Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2000 (<http://www.ministerosalute.it>).

## Bibliografia

- Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. (2000), “Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato” in *Annali dell’Istituto Superiore di Sanità*, 36, 465-478.
- Dobson R., Caesarean section rate in England and Wales hits 21 per cento. *BMJ* 2001; 323: 951.
- Donati S., Spinelli A., Grandolfo M.E., Baglio G., Andreozzi S., Pediconi M., Salinetti S., “L’assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia” in *Annali dell’Istituto Superiore di Sanità* 1999; 35(2): 289-296.
- Istat, *Annuario di Statistiche Demografiche*, Vol XXXII, Edizione 1983. Tomo II. Roma 1985.
- Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” Anni 1999-2000.
- Ministero della Salute. Direzione generale della programmazione sanitaria - sistema informativo sanitario - Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2000 (<http://www.ministerosalute.it>).



## QUALI GLI STIMOLI DERIVABILI DAL CONFRONTO DEI DATI DELL'INDAGINE MULTISCOPO ISTAT CON LE RACCOMANDAZIONI BASATE SU PROVE DI EFFICACIA PER UN AZIONE DI GOVERNO DELL'AREA ASSISTENZIALE MATERNO-INFANTILE

*G. Gori<sup>1</sup>*

Il governo clinico rappresenta la risposta operativa alla normativa che intende orientare i servizi verso una attenzione sistematica e continuativa alla promozione ed al mantenimento della qualità dell'assistenza. Elementi chiave sono costituiti da efficacia ed appropriatezza nella pratica clinica e nelle scelte organizzative e da efficienza nell'uso delle risorse.

È auspicabile che si implementino forme di governo simili nei processi di allocazione delle risorse all'interno delle aree assistenziali e di indirizzo delle politiche sanitarie a livello nazionale e regionale.

Una delle aree assistenziali più importanti, per le ovvie implicazioni sociali, è quella delle cure materne infantili, area erroneamente ma spesso ritenuta dai decisori non strategicamente rilevante e quindi penalizzata nella allocazione delle risorse.

Investire, allocare risorse in modo appropriato ed efficiente in questo settore è invece strategicamente un grande investimento per il futuro. Creare le condizioni perché i futuri cittadini nascano in salute e la mantengano, si stabiliscano relazioni parentali sane vuol dire, ad esempio, costruire le premesse per avere adolescenti ed adulti che ragionevolmente consumeranno tra qualche lustro meno risorse sociali e sanitarie.

---

<sup>1</sup> Direzione U. O. di Ginecologia ed Ostetricia "Ospedale G. B. Morgagni - L. Pierantoni" - AUSL di Forlì

Nel 1977 Archibald Cochrane nella sua fondamentale opera “Efficacia ed Efficienza” ha dato degli ostetrici il giudizio più negativo forse della storia della specialità consegnandoci il “cucchiaino di legno” per essere la specialità che meno utilizzava metodi di valutazione di efficacia, appropriatezza ed efficienza degli interventi che somministrava durante la gravidanza ed il parto.

Da allora molta strada è stata fatta (forse proprio per quel giudizio così sferzante, tra i tre fondatori di quella fonte di “evidenza scientifiche” che è la Cochrane Library troviamo due ostetrici) ed oggi disponiamo in campo materno infantile di un patrimonio ricco ed articolato di strumenti per la valutazione della efficacia, appropriatezza ed efficienza delle cure perinatali.

I decisori di ogni processo - auspicabilmente esplicito - di allocazione delle risorse e di indirizzo delle politiche sanitarie a livello nazionale e regionale dispongono potenzialmente di almeno tre fonti di informazioni, derivate dal confronto tra dati ed evidenze scientifiche.

- La prima fonte di informazioni è quella fornita dalle risultanze del confronto tra dati correnti di esito<sup>2</sup> (elaborazione Sdo e Cedap) con prove di efficacia derivate da studi clinici controllati randomizzati (Rct) e/o metanalisi (ad es.: derivate dalla *Cochrane Library*).
- La seconda fonte di informazioni è quella data dalle risultanze del confronto tra i dati di descrizione/ percezione soggettiva dell’assistenza erogata fatta dai professionisti (*audit*<sup>3</sup> regionali e nazionali) con modelli di efficacia desunti ancora da Rct, metanalisi e linee guida basate sull’evidenza e prodotte da agenzie pubbliche e/o società scientifiche<sup>4</sup> (Nice, Rcof, Scog, etc.).
- La terza fonte di informazioni è quella data dalle risultanze del confronto tra i dati di descrizione/percezione soggettiva dell’assistenza riferiti dagli utenti con modelli di appropriatezza quali le raccomandazioni di grandi agenzie governative o sovranazionali (ad es.: Who, Unicef, Ministeri della salute, etc.)

I dati derivati dalla Indagine Istat sulle condizioni di salute<sup>5</sup> rappresentano un esempio di questa terza fonte di informazioni e possono essere utilmente rapportati ad una serie di Raccomandazioni dell’Organizzazione mondiale della sanità (Who).

Secondo le raccomandazioni contenute in Valori e principi per l’assistenza

---

<sup>2</sup> Schede di dimissione ospedaliera materne e neonatali (Sdo), Certificato di assistenza al parto (Cedap)

<sup>3</sup> Ricognizione delle modalità con cui si eroga l’assistenza nei diversi punti nascita presenti nel territorio descritte dai professionisti

<sup>4</sup> National Institute for Clinical Excellence (Nice), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Rcof), Society of Obstetrician and Gynaecologists of Canada (Scog).

<sup>5</sup> *Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno*. Indagine multiscopo “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”- Anni 1999-2000. Roma: Istat 2001

perinatale nel contesto Europeo <sup>6</sup> l'assistenza per la gravidanza ed il parto normali dovrebbe essere: demedicalizzata, basata sull'uso di tecnologia appropriata, regionalizzata, basata su prove di efficacia, multidisciplinare, olistica, centrata sulla famiglia, culturalmente appropriata ed infine dovrebbe coinvolgere le donne nel prendere decisioni.

Se confrontiamo tali raccomandazioni con i dati derivanti dall'indagine Istat sulle condizioni di salute, mentre il documento Who raccomanda "L'assistenza dovrebbe essere demedicalizzata" i dati Istat mostrano che il 99,6 per cento delle donne che hanno avuto figli negli ultimi cinque anni sono state seguite da un operatore sanitario durante la gravidanza, ma che la figura professionale scelta più frequentemente dalle donne è quella del ginecologo (97,1 per cento) e che solo l'1 per cento delle donne è stato seguito principalmente da un'ostetrica.

È difficile pensare che nella la situazione italiana ci sia un'appropriatezza nell'uso della tecnologia in quanto il numero medio di ecografie è di 5,2 ed una donna su quattro ne ha eseguite 7 o più. Peraltro il numero di ecografie non appare giustificato dalla presenza di patologie, esso è infatti elevato anche tra le donne che non hanno riferito alcun disturbo in gravidanza. Si osserva un numero maggiore di ecografie nel Sud e nelle Isole (5,5) mentre nel Nord-Ovest si effettuano più visite (7,2).

Per assistenza regionalizzata si intende che ogni caso deve essere riferito al livello appropriato di cura. Dai dati risulta che soltanto lo 0,2 per cento delle donne partorisce in casa e la distribuzione tra pubblico e privato non sembra essere basata sui livelli appropriati di cura. Sembra infatti, che le donne vengano indirizzate ad una struttura più che a un'altra, non in base alla tipologia del caso ma in funzione di come è organizzato il servizio. L'89,1 per cento partorisce in una struttura pubblica seguono, a grande distanza, le strutture private accreditate (6,2 per cento) e quelle private (4,4 per cento). Il ricorso alla struttura pubblica per il parto è maggiore al Nord e al Centro, nel Nord-Est raggiunge 95,2 per cento. Molto più basso nell'Italia Meridionale (81,3 per cento), dove l'11,6 per cento delle donne si rivolge all'assistenza sanitaria privata.

La distribuzione così diversa sul territorio del taglio cesareo fa sorgere dei dubbi che l'assistenza sia basata su prove di efficacia. Secondo i risultati dell'Indagine Istat sulle condizioni di salute, il 29,9 per cento delle donne ha avuto un parto cesareo e il 67,7 per cento un parto spontaneo ma il fenomeno è maggiormente diffuso nel Sud e Isole: 35,8 per cento delle donne nell'Italia insulare e 34,8 per cento nell'Italia meridionale sono state sottoposte a parto cesareo. Una percentuale particolarmente alta si raggiunge nelle strutture private (47,6 per cento), superiore di quasi venti punti percentuali a quella che si rileva nelle strutture pubbliche (28,5 per cento).

È difficile immaginare che in Italia l'assistenza sia multidisciplinare, la figura professionale prevalentemente scelta dalle donne è quella del ginecologo privato mentre soltanto il 16 per cento si rivolge ad un ginecologo che lavora nella struttura

---

<sup>6</sup> 1st Perinatal Task Force Meeting (Venezia, 16-18 April 1998)

pubblica, probabilmente nei consultori, dove si riceve più facilmente un'assistenza multidisciplinare.

Ancor meno si può parlare di un'assistenza olistica, il che significherebbe avere anche sensibilità e attenzione verso gli aspetti emozionali della gravidanza. Ad un numero molto alto di donne viene negata la presenza del marito, dei genitori e degli amici. Fra quante sono state sole al momento della nascita del loro bambino ben il 46,7 per cento ha riferito che ciò è avvenuto per imposizione della struttura sanitaria. La percentuale sale al 59,7 per cento nell'Italia insulare ed al 58,7 per cento in quella meridionale.

Per lo stesso motivo è difficile immaginare che l'assistenza sia centrata sulla famiglia. La nascita di un bambino è prima di tutto un evento personale, familiare e sociale prima che un problema medico. L'indagine Istat rileva diversità geografiche molto marcate, se il padre è presente al parto nella quasi totalità dei casi nel Nord-ovest (85,5 per cento), solo 31,7 per cento delle donne residenti nel Sud ed il 48,4 per cento nelle Isole ha avuto il compagno vicino durante il travaglio o il parto.

L'assistenza dovrebbe essere culturalmente appropriata ma in realtà le donne hanno pochi contatti con le nostre strutture. Le differenze a livello territoriale nei corsi di preparazione al parto sono molto nette: nell'Italia del nord le donne che frequentano corsi di preparazione al parto superano il 40 per cento e anche nel centro la percentuale si mantiene abbastanza elevata (38,3 per cento), nell'Italia meridionale invece solo il 10,4 per cento delle donne ha partecipato a corsi di preparazione al parto.

Per Who "L'assistenza dovrebbe coinvolgere le donne nel prendere decisioni", ma i dati Istat dimostrano che 16,7 per cento delle donne non è stato informato da nessuno circa la possibilità di diagnosi prenatale. Il livello di informazione aumenta con il crescere dell'età materna e arriva a 94,2 per cento fra chi ha avuto figli a 40 anni e più; bassi livelli di informazione (71,7 per cento) si osservano tra le giovani fino a 24 anni. La percentuale di informazione più bassa si rileva nelle Isole (76,6 per cento) e nel Sud (78,1 per cento); la quota più alta si osserva nel Nord-ovest (89,9 per cento).

Gli indicatori forniti consentono dunque di verificare se queste raccomandazioni sono rispettate. Sarebbe auspicabile che le unità operative monitorassero la proporzione di travagli assistiti da soli ostetrici, la proporzione di tagli cesarei e l'andamento del Bologna *score*. Quest'ultimo è un punteggio che va calcolato per ogni travaglio fisiologico e deriva da una serie di variabili che indicano l'adeguamento rispetto a questo tipo di raccomandazioni nel tempo. Il punteggio complessivo annuo (o del periodo considerato) del punto nascita è dato dalla media dei Bologna *score*.

I dati della multiscopo forniscono solo il confronto tra quello che è riferito dalle donne e le raccomandazioni. Le informazioni fornite possono già influenzare le scelte dei decisori, ma appare fin troppo evidente come i decisori non possano basarsi solo su questo confronto raccomandato/riferito.

## Tavola per il calcolo del Bologna Score

Persona di fiducia (marito, compagno, parente, ostetrica, doula)	Non presente durante il travaglio ed il parto	Presente durante il travaglio ed il parto
Partogramma	0 Non utilizzato	1 Utilizzato
Ossitocina, analgesia, manovra di Kristeller, episiotomia, ventosa, forcipe, T.C.	0 Utilizzate	1 Non utilizzate
Posizione al parto	0 Posizione litotomica (anche se scelta dalla donna)	1 Posizione libera
Contatto pelle-pelle madre neonato per almeno 30'	0 Non effettuato	1 Effettuato
<b>TOTALE</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

In altri termini, non possiamo ignorare che se da un lato disponiamo di numerose prove di efficacia indispensabili per orientare le scelte di governo in area materno infantile, dall'altro sono carenti i dati e l'Istat fornisce solo una parte dei dati che servono ai decisori: mancano importanti segmenti della raccolta dati di un auspicabile osservatorio epidemiologico materno-infantile nazionale.

Infatti l'analisi delle Sdo è poco descrittiva, l'elaborazione del nuovo Cedap fatica a decollare, del tutto mancante infine è il versante della indagine sulla soggettività percepita dagli operatori (audit).

Esiste una grande preoccupazione per la epidemia di tagli cesarei che interessa il nostro paese, confermata anche dall'indagine Istat, ma non è possibile pensare una qualsiasi azione di governo clinico o politico/amministrativo del fenomeno senza poter disporre di tutti i dati necessari alla sua interpretazione. Altri paesi, che prima di noi si sono posti il problema, questo tipo di indagini le hanno condotte (ad es. il servizio sanitario nazionale del Regno Unito (Nhs) inglese con la ricerca Caesarean Section: The National Sentinel Audit Report).

In conclusione, la modalità di raccolta dati utilizzata nell'indagine Istat, pur rappresentando una fonte rilevante e altrimenti irraggiungibile su "vissuto" di donne e coppie, non è altrettanto in grado di restituire la completezza dell'informazione sulle procedure e sugli esiti degli interventi assistenziali e sociali in gravidanza. Procedure ed esiti che andrebbero valutati utilizzando anche le altre due prime fonti di informazioni indicate, per rendere disponibili gli elementi indispensabili al processo decisionale di governo dell'area perinatale.





## L' ALLATTAMENTO AL SENO: TREND E DIFFERENZE TERRITORIALI

*L. Iannucci<sup>1</sup>, L. L. Sabbadini<sup>1</sup>, G. Sebastiani<sup>1</sup>*

### **Premessa**

Numerosi studi mostrano i vantaggi dell'allattamento al seno per la salute del bambino e della mamma e l'importanza che il neonato sia allattato, almeno per un periodo, esclusivamente al seno.

Ricerche epidemiologiche condotte in Europa, negli Stati Uniti ed in Canada hanno dimostrato che l'allattamento diminuisce l'incidenza di alcune patologie che possono colpire il neonato, in particolare, le infezioni delle vie respiratorie e delle vie urinarie, l'otite media, la meningite, il botulismo ed i disturbi intestinali. Altri studi mostrano come l'allattamento al seno sia un possibile fattore di protezione contro la sindrome della "morte in culla", l'insorgenza del diabete mellito insulino-dipendente, della sindrome di Crohn, delle coliti ulcerose, del linfoma, delle malattie allergiche e di altre malattie croniche dell'apparato digerente. L'allattamento è anche posto in relazione con un possibile aumento dello sviluppo cognitivo.

Sono numerosi anche i benefici per la salute delle donne che allattano. Da molto tempo è riconosciuto che l'allattamento, a causa dell'aumento del livello di ossitocina, riduce il rischio di emorragie dopo il parto e consente un più rapido ritorno dell'utero alle dimensioni precedenti la gravidanza. Recenti ricerche dimostrano come le donne che allattano al seno hanno un precoce ripristino del peso che avevano prima

---

<sup>1</sup> Istituto nazionale di statistica

della gravidanza ed hanno una minore incidenza di osteoporosi, tumori della mammella e delle ovaie.<sup>2</sup>

L'Oms raccomanda l'allattamento al seno almeno per tutto il primo anno di vita evidenziando come il latte materno sia un alimento naturale ed ideale per il neonato e come l'allattamento sia un naturale prolungamento della relazione tra madre e figlio iniziata con la gravidanza.

L'Oms fornisce precise indicazioni per la promozione della pratica dell'allattamento dalla nascita alla dimissione dall'ospedale o dalla clinica ("10 passi per allattare al seno con successo"). Innanzitutto si raccomanda che il personale sanitario sia adeguatamente informato e preparato su come favorire l'allattamento. I passi da compiere sono: informare le donne sui vantaggi dell'allattamento, fare in modo che si inizi ad allattare immediatamente dopo il parto, incoraggiare l'allattamento a richiesta del neonato, sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (*rooming-in*), evitare l'uso di tettarelle artificiali e succhiotti durante il periodo dell'allattamento, creare gruppi che sostengano la donna anche dopo le dimissioni dall'istituto di cura in cui è avvenuto il parto.

## 1. L'allattamento in Italia

Nell'ambito dell'Indagine Istat sulle condizioni di salute condotta nel 1999-2000, le informazioni raccolte sul tema dell'allattamento si riferiscono all'ultimo figlio che le donne avevano avuto nei cinque anni precedenti la rilevazione, che si stima siano 2 milioni e 442 mila.

Per rilevare il fenomeno dell'allattamento al seno è stata utilizzata la definizione Oms di *complementary feeding*, vale a dire l'allattamento con latte materno anche con l'aggiunta di alimenti nutritivi liquidi (incluso latte liquido o in polvere), semiliquidi e solidi.

L'allattamento esclusivo è invece rilevato facendo riferimento alla definizione Oms di *exclusive breast feeding*, vale a dire alimentazione solo con latte materno senza l'integrazione neppure di liquidi non nutritivi (acqua, tè, camomilla, ecc.) anziché quella di *Predominant breast feeding* che include invece, oltre al latte materno, anche l'aggiunta di altri liquidi non nutritivi.

L'81,1 per cento delle donne (pari a poco meno di due milioni) ha allattato al seno il proprio bambino con una durata media del periodo di allattamento di 6,2 mesi. Il 24,4 per cento delle donne interrompe l'allattamento dopo tre mesi ed oltre un quarto allatta invece per un periodo superiore ai 6 mesi (26,6 per cento). Il 58,2 per cento delle donne ha avuto almeno un periodo nel quale ha allattato il proprio bambino esclusivamente al seno.

Sono molto evidenti le differenze associate all'età al parto e alla collocazione sul territorio.

Allattano al seno molto meno le giovani fino a 24 anni (76,7 per cento) e le madri di 40 anni e più (77 per cento). Per queste ultime si osserva tuttavia una durata

---

<sup>2</sup> American Academy of Pediatrics, "Breastfeeding and the use of human milk" in *Pediatrics*, Volume 100(6), December 1997, pp. 1035-1039.

media del periodo di allattamento più elevata (6,7 numero medio di mesi di allattamento a fronte dei 6 mesi osservati per le donne fino a 24 anni). È presumibile che le donne che scelgono di avere figli in età avanzata abbiano più frequentemente problemi di salute che possono ostacolare la pratica dell'allattamento, mentre la scarsa propensione ad allattare tra le più giovani si configura di più come una scelta associata peraltro a comportamenti generalmente meno attenti anche nel periodo della gravidanza (Prospetto 1).

**Prospetto 1 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni per allattamento al seno, mesi di allattamento, allattamento esclusivo al seno e classe di età al parto - Anni 1999-2000 (per 100 donne della stessa classe di età al parto)**

CLASSI DI ETÀ AL PARTO	Non ha allattato al seno	Ha allattato al seno	Mesi di allattamento al seno (a)				Numero medio mesi di allattamento al seno	Ha allattato almeno per un periodo esclusivamente al seno
			Allattamento in corso	0-3 mesi	4-6 mesi	7 mesi e più		
Fino a 24	23,3	76,7	6,4	24,5	19,6	26,2	6,0	51,9
25-29	17,8	82,2	7,2	25,3	23,6	26,1	6,1	59,4
30-34	18,4	81,6	11,0	23,6	20,5	26,6	6,3	59,8
35-39	18,3	81,7	9,9	24,9	18,6	28,3	6,4	56,7
40 e più	23,0	77,0	10,0	21,9	20,7	24,4	6,7	56,7
<b>Totale</b>	<b>18,9</b>	<b>81,1</b>	<b>9,1</b>	<b>24,4</b>	<b>21,0</b>	<b>26,6</b>	<b>6,2</b>	<b>58,2</b>

(a) Per 100 donne che hanno allattato al seno

Tra le mamme più giovani si riscontra anche la percentuale più bassa di allattamento esclusivo al seno (51,9 per cento) mentre tra le donne di 40 anni e più la quota sale al 56,7 per cento. Tra tutte le donne che hanno avuto figli negli ultimi cinque anni, la quota più elevata che ha avuto un periodo di allattamento esclusivo al seno è invece osservabile tra le trenta-trentaquattrenni.

Nel Nord-est e nel Centro Italia si osservano le quote più alte di donne che hanno allattato al seno il loro bambino. Si evidenzia in particolare l'elevata percentuale del Trentino-Alto Adige (94,1 per cento). Si rileva invece una bassissima propensione ad allattare in Sicilia (60,5 per cento). Fra le altre regioni nelle quali la pratica dell'allattamento al seno è meno diffusa, sono da segnalare la Liguria (72 per cento) e la Calabria (73,4 per cento). In queste regioni e in Puglia si allatta di meno anche in modo esclusivo (Prospetto 2).

Rispetto al 1994 si registra una crescita dell'allattamento al seno in tutte le regioni italiane, con le sole eccezioni di Calabria e Sardegna, dove però la quota di donne che allattano è analoga alla media nazionale. Complessivamente l'incremento è pari al 6,7 per cento; aumenta anche la quota di donne che allattano al seno fino a 3 mesi di età del bambino e la percentuale di quante allattano per un periodo più lungo (7 mesi e più).

**Prospetto 2 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni per allattamento al seno, allattamento esclusivo al seno, differenza percentuale rispetto al 1994 secondo la regione di residenza - Anni 1999-2000 (per 100 donne della stessa classe di età al parto)**

REGIONI	% di donne che ha allattato al seno 1999-2000	differenza % 1994-1999/2000	% di donne con allattamento esclusivo (a)
Piemonte	85,5	12,9	65,2
Valle d'Aosta	85,1	16,4	70,9
Lombardia	80,4	13,7	64,9
Trentino Alto-Adige	94,1	5,4	74,8
Veneto	83,9	5,3	55,0
Friuli-Venezia Giulia	85,1	6,9	68,2
Liguria	72,0	2,6	53,3
Emilia-Romagna	88,0	16,9	66,1
Toscana	80,2	-0,4	66,6
Umbria	83,5	1,7	68,7
Marche	87,2	7,3	59,2
Lazio	87,0	3,4	63,9
Abruzzo	83,8	5,7	59,4
Molise	81,2	0,5	60,7
Campania	86,4	6,9	57,7
Puglia	81,0	3,4	49,8
Basilicata	83,9	3,2	62,4
Calabria	73,4	-8,5	43,8
Sicilia	60,5	7,7	37,8
Sardegna	83,9	-5,1	59,7
<b>Italia</b>	<b>81,1</b>	<b>6,7</b>	<b>58,2</b>

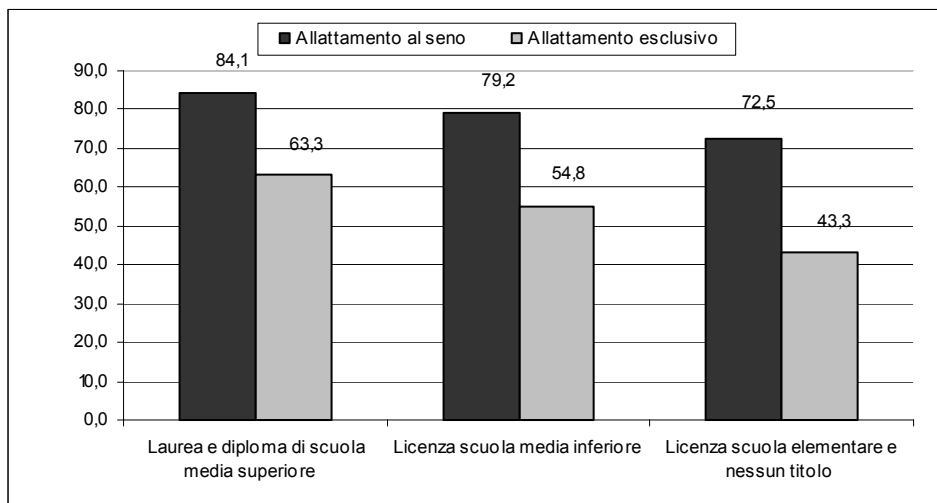
Generalmente nelle regioni dove si allattava meno nel 1994 cresce di più la durata breve, mentre in quelle che già presentavano quote elevate di donne che allattavano al seno i loro bambini, aumenta il periodo di allattamento.

## 2. I principali fattori di rischio del mancato allattamento

La letteratura sull'argomento mostra l'influenza sulla propensione all'allattamento di alcune caratteristiche socio-demografiche delle donne e di aspetti del percorso assistenziale in gravidanza e al momento del parto.

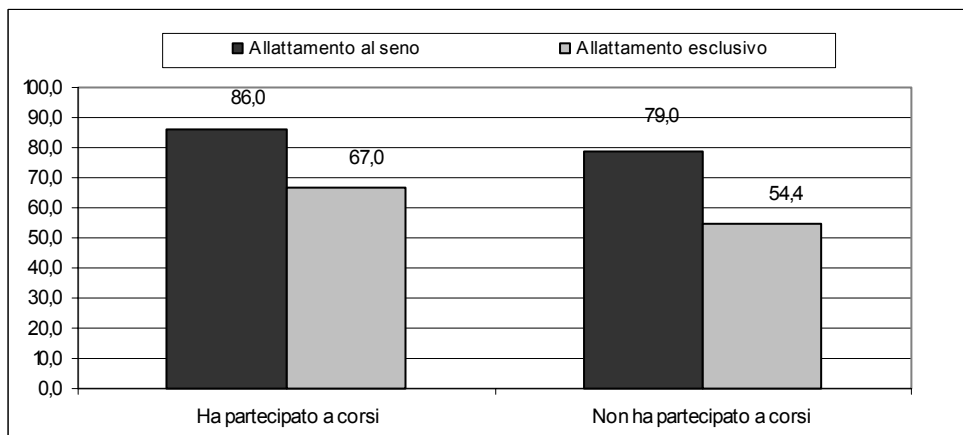
I risultati dell'indagine mostrano come il livello di istruzione influisca sensibilmente sulla pratica dell'allattamento al seno. Allattano di più le donne che hanno titolo di studio più alto (84,1 per cento) e la quota tra quante hanno conseguito al massimo la licenza elementare è invece sensibilmente più bassa della media (72,5 per cento). Lo stesso andamento si osserva per il livello di diffusione dell'allattamento esclusivo che raggiunge il 63,3 per cento tra le donne più istruite (Grafico 1).

**Grafico 1 - Donne che hanno avuto figli nei cinque anni precedenti la rilevazione per allattamento al seno, allattamento esclusivo al seno secondo il titolo di studio - Anni 1999-2000 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)**



Anche la partecipazione a corsi di preparazione al parto, come l'elevato titolo di studio, è associata ad una maggiore diffusione della pratica dell'allattamento. Analogamente, tra quante non hanno partecipato a corsi di preparazione alla nascita, è molto più bassa anche la quota di donne che hanno avuto un periodo di allattamento esclusivo (54,4 per cento contro il 67 per cento tra le donne che vi hanno partecipato) (Grafico 2).

**Grafico 2 - Donne che hanno avuto figli nei cinque anni precedenti la rilevazione per allattamento al seno, allattamento esclusivo al seno secondo la partecipazione a corsi di preparazione al parto - Anni 1999-2000 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)**



Anche la partecipazione a corsi per una precedente gravidanza è associata ad una maggiore propensione all'allattamento, mentre la quota meno elevata di donne che hanno allattato al seno si osserva tra le mamme che non hanno frequentato corsi di preparazione neppure per una precedente gravidanza.

Per valutare l'influenza di ciascun fattore di rischio sul mancato allattamento, al netto dell'effetto di tutte le altre variabili, è stato applicato un modello di regressione logistica<sup>3</sup> nel quale sono inserite, come variabili esplicative, l'età al momento del parto, la parità, il titolo di studio, il tipo di parto, il parto pretermine, il tipo di struttura in cui è avvenuto il parto, la partecipazione a corsi di preparazione al parto, l'area territoriale di residenza (Prospetto 3).

È elevato il rischio di non allattare delle donne che non hanno partecipato a corsi di preparazione alla nascita rispetto a chi li ha frequentati. Si tratta dell'ennesima conferma del ruolo positivo dei corsi per la sensibilizzazione delle donne su quanto sia importante l'allattamento per la salute del bambino. Dai risultati dell'indagine era emerso come le donne che hanno frequentato corsi abbiano livelli più elevati di istruzione e posizione professionale ed una minore prevalenza di parti cesarei. Si poteva dunque pensare che la maggiore propensione all'allattamento delle donne che partecipano a corsi di preparazione fosse associata a questo tipo di caratterizzazione. Il modello conferma invece che, anche a parità di status e tipo di parto, i corsi di preparazione al parto favoriscono la propensione all'allattamento.<sup>4</sup> Presumibilmente la forte influenza dei corsi di preparazione sulla propensione all'allattamento è da attribuirsi a due aspetti. Il primo è che le donne che vi partecipano sono un gruppo fortemente selezionato perché orientato alla demedicalizzazione della gravidanza e del parto. In secondo luogo, soprattutto negli ultimi anni i corsi sono orientati, non solo a preparare le donne per il travaglio ed il parto, ma ad aumentare le competenze materne nel momento del puerperio.

Il fattore di rischio di mancato allattamento più alto è dato dal parto pretermine probabilmente associato, oltre che ad una maggiore prevalenza di complicanze per il neonato, anche ad una minore probabilità che il bambino sia allattato per la prima volta subito dopo il parto e che sia tenuto vicino alla madre durante tutta la degenza (*rooming in*), in modo che possa essere allattato ogni volta che lo richiede. L'allattamento subito dopo la nascita e il *rooming in* sono infatti fondamentali, secondo l'Oms, per favorire l'allattamento al seno.

---

<sup>3</sup> Il modello ha la forma  $\text{logit}(p_i) = \alpha + \sum_{k=1}^K \beta_k X_{ik}$  dove:  $p$  è la probabilità che la donna non allatti al seno,  $\alpha$  esprime il valore predetto di  $\text{logit}(p_i)$  quando tutti i regressori inclusi nel modello assumono un valore pari a 0;  $X_{ik}$  è il valore assunto dal regressore  $K$  in corrispondenza della donna  $i$ ;  $\beta_k$  dice quanto varia  $\text{logit}(p_i)$  per ogni incremento unitario del regressore corrispondente  $X_k$ , al netto degli effetti esercitati da tutti gli altri regressori.

<sup>4</sup> Baglio A., Spinelli A., Donati S., Grandolfo M.E., Osborn J., "Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato" in *Ann. Ist. Super. Sanità*, vol. 36, n.4, 2000, pp. 465-478.

**Prospetto 3 - Modello di regressione logistica relativo alla probabilità di mancato allattamento (Donne con figli di 0-5 anni - Anni 1999-2000)**

Variabili	Modalità	Odds ratio	Regioni	Odds ratio
Età al parto	Meno di 25	1	Emilia-Romagna	1
	25-29	0,90	Piemonte	1,33
	30-34	1,09	Valle d'Aosta	1,34
	35 e più	1,30*	Lombardia	1,83*
Parità	Pluripara	1	Trentino-Alto Adige	0,47*
	Primipara	1,39*	Veneto	1,38
Parto pretermine	No	1	Friuli-Venezia Giulia	1,25
	Si	2,20*	Liguria	2,78*
Tipo di parto	Spontaneo	1	Toscana	1,98*
	Cesareo	1,39*	Umbria	1,42
Classe sociale familiare	Borghesia	1	Marche	1,07
	Classe media	0,81	Lazio	1,05
	Piccola borghesia	0,93	Abruzzo	1,34
	Classe operaia	1,06	Molise	1,62
	Inoccupato	1,72*	Campania	0,98
Istruzione	Alta	1	Puglia	1,39
	Bassa	1,26*	Basilicata	1,20
Medico	Pubblico	1	Calabria	2,33*
	Privato	0,94	Sicilia	4,33*
	Privato ospedale	0,98	Sardegna	1,17
Struttura del parto	Pubblica	1		
	Privata/accreditata	0,86		
Consultorio pubblico	Si	1		
	No	1,37*		
Corso di preparazione al parto	Si	1		
	No	1,58*		

\*  $p \leq 0,05$

Anche il taglio cesareo, probabilmente per gli stessi motivi, espone le donne ad una maggiore probabilità di non allattare i loro bambini, rispetto al parto spontaneo od operativo. L'analisi descrittiva ha inoltre posto in evidenza che le donne con cesareo, anche quando allattano al seno, più frequentemente interrompono precocemente l'allattamento (entro il 3° mese di vita del bambino).

Le primipare hanno un rischio più alto di non allattare rispetto alle donne con più figli. Secondo alcuni studi, inoltre, le donne che non allattano il primo figlio presentano un rischio più alto di mancato allattamento per i figli successivi.

Il tipo di struttura nella quale si è svolto il parto ed il tipo di figura professionale che ha seguito la donna durante la gravidanza non risultano



significativi mentre il ricorso al consultorio pubblico è un fattore di protezione rispetto alla probabilità di non allattare.

Le donne che hanno figli dopo i 35 anni presentano un maggior rischio di mancato allattamento, mentre per le altre fasce di età le differenze, rispetto alle più giovani, non risultano significative. L'appartenenza ad una specifica classe sociale<sup>5</sup> risulta significativa solo per le posizioni più svantaggiate (inoccupati) per le quali si osserva un maggiore rischio rispetto alla borghesia. Anche al netto degli altri fattori considerati, si conferma invece l'importanza del livello di istruzione: le donne con titolo di studio basso hanno una maggiore probabilità di non allattare rispetto alle più colte. Certamente gioca un ruolo fondamentale, per queste ultime, il maggiore livello di informazione e sensibilizzazione sull'importanza dell'allattamento.

Per valutare l'influenza della collocazione territoriale, nel modello si prende come riferimento la regione Emilia Romagna che presenta, dopo il Trentino Alto Adige, la prevalenza di allattamento più alta in Italia: In questa regione ci sono inoltre quote elevate di donne che hanno comportamenti e fruiscono di prestazioni assistenziali che tendenzialmente favoriscono l'allattamento. Le regioni per le quali si osservano rischi significativamente più elevati di mancato allattamento, rispetto all'Emilia-Romagna, sono invece, Sicilia, Liguria, Calabria, Toscana e Lombardia. Le altre regioni non sono significativamente diverse dalla regione di riferimento.

### **3. Le differenze territoriali nell'influenza dei fattori di rischio**

Per osservare quali fattori possono contenere o incrementare le differenze territoriali, il modello di regressione logistica è stato applicato secondo un'ottica dinamica, vale a dire inserendo progressivamente una variabile o più variabili riconducibili ad un unico concetto (ad. esempio titolo di studio e classe sociale ad indicare lo status).

---

<sup>5</sup> È qui utilizzata la classe sociale della famiglia costruita secondo la classificazione di Cobalti e Schizzerotto che definisce la classe sociale come l'insieme degli individui e delle loro famiglie che in virtù del controllo esercitato su una o più risorse di potere, occupano simili posizioni sul mercato e nella divisione sociale del lavoro e che, perciò, godono di simili chances di vita. Le classi si articolano in una pluralità di strati, definiti secondo l'intensità del controllo che gli individui posseggono sulla risorsa stessa, l'abilità con cui la utilizzano, lo specifico ramo di attività economica in cui la impiegano, il segmento del mercato del lavoro in cui si trovano inseriti (1994). Le sei classi sono così composte: Borghesia (imprenditori, liberi professionisti, dirigenti, direttivi quadri), Classe media impiegatizia (impiegati), Piccola borghesia urbana (lavoratori in proprio, soci di cooperativa e coadiuvanti operanti in piccole imprese industriali, commerciali e di servizio); Piccola borghesia agricola (lavoratori in proprio, soci di cooperativa e coadiuvanti di piccole imprese operanti nei settori dell'agricoltura, caccia, foreste e pesca); Classe operaia urbana (operai, apprendisti, lavoratori a domicilio occupati nelle imprese operanti nei settori dell'industria, del commercio e dei servizi); Classe operaia agricola (operai, apprendisti occupati nelle imprese operanti nei settori dell'agricoltura, caccia, foreste e pesca). Ai fini dell'analisi la "piccola borghesia urbana" e la "piccola borghesia rurale" sono state accorpate in un'unica modalità, così come le modalità "classe operaia urbana" e "classe operaia agricola".

L'ordine di inserimento delle variabili è stabilito in modo da valutare le differenze territoriali, innanzitutto in relazione agli aspetti demografici, ai fattori fisiopatologici e a caratteristiche socio-economiche, quindi rispetto alle altre variabili relative al tipo di struttura ed al livello di assistenza in gravidanza. Si ottengono sette diversi modelli che in successione includono i gruppi di variabili secondo l'ordine descritto e dei quali si presentano solo le Odds ratios delle regioni. Nel primo modello è inserita come variabile esplicativa solo la collocazione territoriale, quindi le regioni di residenza delle donne; nell'ultimo sono considerate simultaneamente tutte le variabili (Prospetto 4).

**Prospetto 4 - Mancato allattamento - Modello di regressione logistica applicato secondo un'ottica dinamica - Odds ratio (Donne con figli di 0-5 anni - Anni 1999-2000)**

	1	2	3	4	5	6	7
	Regioni	Età al parto parità	Parto pretermine	Tipo di parto	Classe sociale istruzione	Struttura del parto tipo di medico consultorio pubblico	Corso di preparazione
Emilia-Romagna	1	1	1	1	1	1	1
Piemonte	1,24	1,25	1,32	1,33	1,31	1,28	1,33
Valle d'Aosta	1,29	1,31	1,30	1,31	1,28	1,31	1,34
Lombardia	1,79*	1,80*	1,86*	1,88*	1,83*	1,77*	1,83*
Trentino-Alto Adige	0,46*	0,47*	0,48*	0,49*	0,47*	0,46*	0,47*
Veneto	1,41	1,45	1,45	1,46	1,36	1,31	1,38
Friuli-Venezia Giulia	1,29	1,27	1,30	1,32	1,29	1,20	1,25
Liguria	2,85*	2,82*	2,89*	2,95*	2,93*	2,81*	2,78*
Toscana	1,82*	1,82*	1,86*	1,90*	1,91*	1,89*	1,98*
Umbria	1,45	1,51	1,54	1,54	1,53	1,43	1,42
Marche	1,08	1,12	1,19	1,19	1,15	1,11	1,07
Lazio	1,10	1,09	1,10	1,08	1,09	1,03	1,05
Abruzzo	1,42	1,46	1,54	1,51	1,51	1,44	1,34
Molise	1,70*	1,79*	1,94*	1,94*	1,89*	1,77*	1,62
Campania	1,15	1,22	1,27	1,22	1,11	1,10	0,98
Puglia	1,73*	1,80*	1,87*	1,84*	1,67*	1,56*	1,39
Basilicata	1,41	1,48	1,57	1,54	1,47	1,38	1,20
Calabria	2,67*	2,80*	2,99*	2,92*	2,78*	2,64*	2,33*
Sicilia	4,80*	5,00*	5,25*	5,08*	4,85*	4,77*	4,33*
Sardegna	1,41	1,43	1,43	1,42	1,29	1,31	1,17

\* p <= 0,05

È possibile in tal modo valutare, oltre all'influenza di ciascuna variabile al netto dell'effetto di tutte le altre variabili, che è osservabile nell'ultimo modello, la variazione del rischio che ciascun gruppo di variabili, via via inserite, produce sulle differenze territoriali simultaneamente alle altre variabili precedentemente introdotte nell'analisi.

Inserendo le variabili di controllo e confrontando il primo e l'ultimo modello, si osservano maggiori decrementi del rischio per le regioni del Sud ad indicare che l'effetto delle variabili introdotte è maggiore in queste aree del paese nelle quali complessivamente prevalgono una forte medicalizzazione del parto ed un livello più basso di assistenza.

Osservando infatti il passaggio da un modello all'altro, via via che sono introdotte le variabili, per le aree territoriali del Sud, i decrementi dell'odds ratios si osservano già a partire dall'introduzione nel modello della variabile "tipo di parto", vale a dire per effetto della maggiore prevalenza di cesarei, continuano poi a diminuire tenendo conto dello status, che è generalmente più basso nelle aree meridionali. Ancora, per tutte le regioni del Sud, la diminuzione delle odds ratios è maggiore inserendo nel modello il ricorso ai consultori (il tipo di struttura e il medico non sono significativi) ma soprattutto controllando rispetto alla partecipazione ai corsi di preparazione al parto.

L'effetto complessivo delle variabili introdotte rende non significative le odds ratios di Molise e Puglia rispetto all'Emilia-Romagna. Ciò significa che i fattori inseriti nel modello spiegano le differenze di queste regioni rispetto alla regione di riferimento. Quindi la quota di donne che allattano al seno, in queste regioni, potrebbe raggiungere i livelli dell'Emilia-Romagna se si intensificasse il ricorso a strutture consultoriali e ai corsi di preparazione al parto.

Per la Sicilia e la Calabria, tra il primo e l'ultimo modello, le odds ratios di mancato allattamento diminuiscono ma rimangono alte. Anche per queste regioni sarebbe dunque considerevole l'incremento dell'allattamento al seno se si migliorasse l'informazione e l'offerta di servizi. La specificità territoriale di bassa propensione all'allattamento, rimane tuttavia rilevante anche al netto delle variabili considerate perché probabilmente connessa a fattori culturali.

Tra le regioni del Centro-nord si evidenzia nel primo modello un maggiore rischio di mancato allattamento in Liguria, Lombardia e Toscana. Dopo l'inserimento di tutte le variabili, per la Liguria si osserva una sostanziale stabilità, il rischio infatti decresce lievemente rispetto all'Emilia Romagna e comunque in misura nettamente inferiore alle regioni del Sud. Anche per la Lombardia il maggiore rischio di mancato allattamento, rispetto all'Emilia-Romagna, permane e si mantiene sostanzialmente stabile dal primo all'ultimo modello, mentre per la Toscana si evidenzia un aumento delle odds.

Osservando le variazioni dei rischi nel passaggio da un modello all'altro, l'aumento delle odds ratios della Toscana rispetto all'Emilia Romagna è dovuto, in parte, alla più bassa prevalenza di parti cesarei (passaggio dal terzo al quarto modello) e soprattutto ad una maggiore partecipazione ai corsi. Quindi, in questa regione la propensione all'allattamento sarebbe più bassa se non fosse compensata da un'intensa azione assistenziale soprattutto sul versante dei corsi di preparazione al parto che

rappresentano, come si è detto, un rilevante fattore di protezione per il mancato allattamento.

## **Conclusioni**

Complessivamente i dati che emergono dall'indagine evidenziano una buona diffusione della pratica dell'allattamento in Italia ed un incremento, rispetto a quanto registrato nel 1994, che indica senz'altro una maggiore consapevolezza delle donne riguardo all'importanza dell'allattamento per la salute dei loro bambini. Sul favorevole andamento del fenomeno hanno senza dubbio influito le numerose iniziative intraprese per promuovere l'allattamento attraverso l'informazione alle donne e la sensibilizzazione del personale sanitario. Si tratta infatti di interventi a basso costo che però si traducono in notevoli benefici per la salute materno-infantile.

Nonostante il quadro sia complessivamente positivo, si evidenziano alcune aree territoriali con una bassa propensione all'allattamento. Nel Sud, sono le donne che vivono in Sicilia ed in Calabria a discostarsi nettamente dal resto del paese. In queste regioni si osservano infatti le più basse quote di donne che allattano al seno e di mamme che, almeno un periodo, allattano al seno in modo esclusivo i loro bambini. In Calabria inoltre, nel quinquennio che precede l'indagine, a differenza di quanto avviene nel resto del paese, si verifica una diminuzione della propensione all'allattamento rispetto al 1994. Nel Nord, la Liguria presenta una prevalenza di donne che allattano analoga a quella della Calabria.

Con l'analisi logistica si è tentato di individuare quali, tra i fattori di rischio di mancato allattamento individuati, consentono di spiegare la variabilità del fenomeno sul territorio.

Nelle regioni del Sud gli aspetti che influiscono in modo più rilevante sulla propensione delle donne a non allattare al seno, sono quelli assistenziali, in particolare il mancato ricorso alle strutture consultoriali e la scarsa partecipazione ai corsi di preparazione al parto. Intensificare quindi l'azione assistenziale consentirebbe ad alcune regioni (Puglia e Molise) di raggiungere livelli elevati come quelli dell'Emilia - Romagna, mentre per Sicilia e Calabria aiuterebbe ad incrementare la quota di donne che allattano riducendo, almeno in parte, le differenze con le altre regioni italiane.

Sembra invece, per quanto riguarda la Liguria, che il basso livello di allattamento non si possa attribuire a carenze informative o assistenziali né a caratteristiche socio-demografiche della popolazione femminile che risiede in questa regione.

Anche a parità dei principali fattori di rischio, permangono quindi, significative differenze tra le regioni, ad indicare che la bassa propensione ad allattare in Sicilia, Liguria e Calabria, è anche connessa ad una specificità territoriale probabilmente di carattere culturale.

## **Bibliografia**

- Alan Agresti (1996), *An Introduction to Categorical Data Analysis*, New York: Wiley (1996).
- American Academy of Pediatrics, "Breastfeeding and the use of human milk" in *Pediatrics*, Volume 100(6), December 1997, pp. 1035-1039.
- Baglio G. Spinelli A., Donati S., Grandolfo M.E., Osborn J., "Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato" in *Ann. Ist. Super. Sanità*, vol.36, n.4, (2000)
- Chalmers I., Enkin M. & Keirse M.J.N.C. 1989. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford University Press, Oxford
- Donati S., Spinelli A., Grandolfo M. E., Baglio G., Andreozzi S., Pediconi M., Salinetti S., "L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia" in *Ann. Ist. Super. Sanità*, vol. 35, n. 2 (1999)
- World Health Organization, 1991, *Indicators for assessing breast-feeding practices, Report of an Informal Meeting 11-12 June 1991, Geneva (WHO/CDD/SER/91.14)*
- World Health Organization, 2001, *Global strategy for infant and young child feeding, Fifty-Fourth World Health Assembly – Provisional Agenda Item 13.1. (A54/INF.DOC/4 – 1 may 2001)*

## INTERVENTI PROGRAMMATI

SESSIONE: Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno

*E. Imparato<sup>1</sup>*

Ringrazio innanzitutto l'Istat per l'invito a questo interessante convegno; è forse per me la prima volta che ho contatto con una massa così imponente di dati, tutti interessanti e meritevoli di essere sviluppati. Mi è sembrato molto positivo il fatto che i dati siano stati presentati in maniera del tutto asettica ed equidistante.

Mi è sembrato interessante il dato che emerge dalla ricerca e sul quale si è soffermato chi mi ha preceduto, che è quello della medicalizzazione dell'assistenza e del parto. Anch'io cercherò di portare il mio contributo su questo importante argomento.

Viene da chiedersi se ci siano o meno delle possibili soluzioni per ovviare a quello che è indubbiamente un dato di fatto. Io personalmente non credo che ci siano soluzioni miracoliste, che esista la possibilità di invertire in breve tempo un trend che, per un insieme di motivi, si è andato consolidando in Italia. Ci si può tuttavia impegnare in questa direzione analizzando a fondo il problema e cercando di capire quali sono i motivi principali che determinano questa eccessiva medicalizzazione. A parte gli interessi di tipo economico, che tuttavia riguardano una parte piccola di operatori del settore, le ragioni che sono alla base di questa eccessiva medicalizzazione sono principalmente di ordine medico legale: si fanno molti esami perché si ha paura di eventuali rischi che si potrebbero correre non sottoponendovi le pazienti. Tuttavia qualcosa si può fare anche se è impossibile realizzare un improvviso cambiamento di rotta. Negli Stati Uniti in alcuni contesti che costituiscono un punto di riferimento sulla salute in America, dopo avere fatto accurati studi, è stato limitato il numero di esami cui sono sottoposte le gestanti, che

---

<sup>1</sup> Presidente Sigo: Società italiana ostetricia e ginecologia

tra l'altro sono inutilmente costosi e non servono a scongiurare eventuali rischi. Se si facesse una seria sperimentazione in materia allora si potrebbe iniziare a cambiare

Un'altra ragione che sta dietro alla medicalizzazione è il tipo di preparazione dei nostri giovani specializzandi, molto teorica, scientifica e nozionistica e poco pratico-clinica, il che è invece molto importante per permettere di gestire meglio, senza paura, l'evento del parto. Anche il ricorso eccessivo al parto cesareo è determinato dalla paura di eventuali rischi medico-legali. Si tratta però di un discorso sbagliato perché chi viene sottoposto al parto cesareo corre un rischio di mortalità e morbosità quattro volte superiore a quella del parto normale. Si dovrebbero temere di più i rischi che si fanno correre alle partorienti sottoponendole ad un cesareo non strettamente necessario che non l'opposto. Anche i rischi per il feto sono maggiori in caso di cesareo. Il parto è un lieto evento e questo va ribadito, ne andrebbe maggiormente salvaguardata la naturalità e la serenità, anche se è nostro compito informare le interessate che possono esistere margini di rischio.

La medicalizzazione che riguarda tutte le gravidanze è invece giustificata solo per quelle pazienti che presentano una gravidanza problematica, allo scopo di diagnosticare precocemente che qualcosa non va e quindi programmare anche l'eventuale ricorso al cesareo. La preparazione all'assistenza è un altro punto cruciale. Per esempio il parto podalico, che diventa ora cesareo nella quasi totalità dei casi, avveniva per via naturale in più del 67 per cento dei casi. È bastato ancora una volta un allarme di ordine medico-legale perché si passasse all'improvviso a questa nuova modalità di intervento. Ora nessuno più effettua il parto podalico per via naturale.

Per risolvere questo tipo di problemi sarebbe quindi necessario un allineamento a livello nazionale e internazionale. Ritengo che anche noi come Associazione medici ginecologi potremmo dare un contributo in questo senso, per esempio attraverso il lavoro che stiamo facendo con l'azienda per i servizi sanitari regionali di Roma, che ha costituito una commissione per l'elaborazione di linee guida per la gravidanza e il parto. Spero che questo possa essere un primo passo nella direzione giusta. Per ciò che riguarda tuttavia la ragione principale della medicalizzazione, cioè i rischi medico-legali, credo che si debba agire per cercare di incidere sui meccanismi legislativi, arrivando alla formulazione di nuove regole e di meccanismi che proteggano sia i diritti del paziente che quelli del medico.

In una proposta di legge attualmente in preparazione (Onorevole Tombolini) ci sono due elementi importanti, uno riguarda la copertura da parte dell'ospedale delle spese assicurative, l'altro la presentazione, da parte del Ministero per la salute, di liste di esperti periti che possano essere chiamati a giudicare in questi casi con cognizione di causa; sarebbe inoltre necessario fissare dei massimali per eventuali danni. Sono convinto che, se riuscissimo a raggiungere questo obiettivo curando nel contempo la preparazione dei nostri giovani specializzandi, gradualmente questo trend di eccessiva medicalizzazione potrebbe tornare nell'alveo della normalità in armonia con gli standard europei.

Ringrazio l'Istat e i suoi collaboratori per avermi fornito in anticipo i dati dell'Istat per proporre commenti e valutazioni in qualità di rappresentante dell'Associazione ostetrici e ginecologi ospedalieri che riunisce circa 5 mila membri. Per quanto riguarda la mia riflessione sui dati, mi sono limitato a sottolineare alcuni punti che mi paiono interessanti.

Vorrei innanzitutto soffermarmi su un primo punto, la medicalizzazione della gravidanza.

Il fatto stesso di proporre i numerosi *screening* di routine previsti dagli attuali protocolli ad una donna in procinto di avere un figlio è già fonte di ansia, di medicalizzazione. Il dibattito su questo tema è ancora aperto, in particolare su alcuni aspetti: dobbiamo sottoporre tutte le donne indistintamente a tutti i test, o solo quelle a rischio per alcune patologie? Insomma quando, a chi, sulla base di quali valutazioni? Io credo che primo compito delle autorità scientifiche sia di fornire chiarimenti sul concetto di screening, di rischio, di valutazione del rischio, di necessità dello screening, di eventuale rischio dello screening stesso. Bisogna chiarire tutti questi concetti, credo si tratti di tutta un'attività di studio e di valutazione che andrebbe fatta per ridurre l'eccesso di medicalizzazione che i dati dell'Istat hanno evidenziato.

Di fatto gli eccellenti risultati della Multiscopo confermano dati già in possesso dell'Aogoi e tratti da un campione significativo di un'indagine realizzata dalla nostra associazione circa quattro anni fa, successivamente al decreto Guzzanti, relativo alla prescrizione di esami da effettuare in gravidanza. L'indagine documentava notevoli differenze tra un medico e l'altro riguardo alla prescrizione degli accertamenti da eseguire in gravidanza: in parte queste differenze sono spiegabili con le incertezze ancora esistenti tra di noi sull'utilità di questo o quell'esame (ad es, lo screening sul diabete gestazionale o quello del citomegalovirus eccetera). Il concetto di eccessiva medicalizzazione è controverso, i protocolli non sono uniformi e rispetto ad essi ci possono essere criteri di valutazione diversi degli esami da effettuare. Ciò spiega i diversi comportamenti dei medici riguardo ai controlli clinici e laboratoristici prescritti in gravidanza.

C'è confusione, anche lessicale: vengono definiti per esempio protocolli gli elenchi degli esami che possono essere effettuati gratuitamente in gravidanza, ma gli elenchi non corrispondono ai protocolli. I decreti Guzzanti e Bindi non sono stati applicati dalle regioni nella loro interezza e questo è fonte di problemi, non favorisce né la chiarezza né la demedicalizzazione.

I decreti, ad esempio, regolamentano l'indagine citogenetica fetale, in relazione ad un fattore di rischio quale è l'età materna; il numero di indagini prenatali invasive è molto alto in Italia, specialmente nell'Italia centrale: è forse il più alto in Europa. In particolare a Roma più di un terzo delle donne si sottopone a test

---

<sup>2</sup> Vicepresidente Aogoi: Associazione ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani



citogenetico senza presentare rischio elevato di anomalie cromosomiche fetali, ed accettando una indagine invasiva (amniocentesi o biopsia coriale) che comporta un certo rischio di perdite fetali, dell'ordine dell'1 per cento.

Affrontiamo ora l'argomento ecografie: il numero medio di ecografie per gravidanza (5 nel privato che arriva a 7 nelle regioni dove c'è un maggior sviluppo delle strutture private; 4 nel pubblico) è elevato nel nostro paese e non c'è dubbio che questo aumento sia legato alla diffusione dell'attività ecografica privata: questa ha creato una sorta di bisogno indotto, che a sua volta diventa un bisogno di assicurazione da parte delle donna in gravidanza, senza che di questo continuo monitoraggio sia provata l'efficacia. Ciò avviene nel mancato rispetto delle linee guida che le società scientifiche hanno dato. Spesso viene effettuata l'ecografia come vendita di immagini, momento di facile gratificazione per il medico e per la donna.

Per ciò che riguarda l'eccesso di tagli cesarei, argomento sul quale si è soffermato chi mi ha preceduto, vorrei aggiungere all'esauriente analisi dei motivi alla base di questo ingiustificato incremento, alcune considerazioni. Sono convinto del fatto che qualcosa si possa fare per porre un freno, in particolare in alcuni casi. Così è, ad esempio, la circostanza in cui la donna fa richiesta di partorire col cesareo senza indicazioni mediche, una casistica in aumento. Questa pratica è stata definita "eticamente non giustificata" in un pronunciamento della Figo (Federazione internazionale ginecologi ostetrici) del 1998; penso che di prese di posizione di questo tipo si debba tenere conto. Il secondo punto riguarda il cesareo praticato di routine a partorienti che hanno già avuto un precedente taglio cesareo: anche in questo caso le esperienze nazionali e internazionali indicano l'opportunità di non fare ricorso automatico al cesareo, come invece avviene comunemente, ma anzi di proporre sempre in prima istanza il parto naturale a tutte coloro che hanno avuto un primo cesareo (Linee guida Sigo, Società italiana di ginecologia ed ostetricia). Secondo i dati a nostra disposizione il grado di accettazione di questo orientamento è, nelle donne, molto elevato qualora il medico se ne faccia portavoce, e la possibilità del parto vaginale si realizza in almeno il 60 per cento - 70 per cento dei casi.

Le società scientifiche (l'Istituto Superiore di Sanità come l'Istat, d'accordo con Associazioni professionali) potranno, nel futuro, aiutarci ad indagare questi e altri aspetti delle problematiche inerenti la gravidanza ed il parto. Altri aspetti cruciali riguardano per esempio gli operatori sanitari presenti nei punti-nascita, di cui si dovrebbero indagare meglio preparazione e attitudini professionali, partendo dalla considerazione che gli attuali livelli paiono buoni. È certamente utile aiutarci a valutare se la comunicazione tra medico e paziente sia ottimale o presenti problemi, e altro ancora.

Il livello delle strutture sanitarie italiane appare, per ciò che riguarda le maternità, di buon livello; tuttavia spesso gli organici delle diverse figure professionali coinvolte nel parto, ostetriche, ginecologi, anestesisti, pediatri, sono ridotti al minimo o spesso carenti. La comunità scientifica intende lavorare per individuare carenze e possibili soluzioni, e intende lavorare per tenere fede ad alcuni impegni prioritari, come l'adozione e il rispetto generale di linee-guida relativamente

a gravidanza e parto, strumenti indispensabili per ridare al parto quella naturalità e spontaneità che spesso sembrano essersi perse o molto ridotte nella pratica quotidiana.

*G. Bevilacqua*<sup>3</sup>

Ringrazio e mi complimento con l'Istat che, con l'Indagine Istat sulle condizioni di salute, raccoglie dati assai utili per valutare lo stato delle politiche sanitarie italiane. Come neonatologo e Presidente della Società italiana di medicina perinatale, il cui obiettivo è quello di aumentare la collaborazione tra ostetrici e pediatri neonatologi nella convinzione che serva una collaborazione tra queste figure professionali per rendere migliore l'assistenza al parto in Italia, ho esaminato con estremo interesse i dati relativi alle problematiche della nascita che sono stati presentati oggi. Mi sembra di poter dire che alla base di ciò che si è discusso oggi (l'eccesso di controlli e di esami di screening in gravidanza, la percentuale molto elevata di parti cesarei) ci sia un unico problema, di ordine culturale che risiede nell'eccesso di medicalizzazione, che è proprio non solo dell'ostetricia, ma di tutta la medicina contemporanea. Noi, classe medica, abbiamo creato nelle donne un sistema di attese che non siamo in grado di garantire, abbiamo diffuso l'idea che non esista più il rischio biologico, che sia ,cioè, possibile tutelarsi da qualunque malattia od evento morboso. Credo che questa mentalità debba cambiare, gli screening, gli accertamenti strumentali, ematochimici, batteriologici eccetera vanno eseguiti laddove vi sia una vera necessità, con criteri ed obiettivi ben precisi e codificati, nell'ambito di una politica sanitaria basata sulle evidenze e non semplicemente sulla base di una tutela aprioristica di ogni possibile rischio sanitario o medico legale, impresa peraltro, ipocrita e di per sé impossibile.

È prioritario avere presenti gli obiettivi che ciascun intervento o esame si pone. Per questo sono necessari dati oggettivi e documentati in modo imparziale ed è proprio su questo punto che va sottolineato l'importante ruolo dell'Istat. Nel mio campo ad esempio, la neonatologia, la prevenzione rivolta al neonato deve mirare, non solo alla nascita di un bambino, ma alla nascita di un bambino sano con una buona attesa di vita. Molti degli eventi del periodo prenatale e perinatale infatti si possono ripercuotere sull'individuo con effetti dannosi che si protraggono per lunghi periodi o per tutta la vita e gravano pesantemente sulle famiglie e sul sistema sanitario tutto.

Le più frequenti e gravi disabilità, sia fisiche che mentali, trovano la loro origine nei pochi mesi attorno alla nascita, ma questo non significa che bisogna trasformare la gravidanza, il parto ed il periodo neonatale in un incubo collettivo, bisogna al contrario indirizzare gli interventi verso obiettivi ben individuati e mirati. Ad esempio è ormai appurato che un numero di ecografie durante la gravidanza, superiore a tre o quattro, è assolutamente inutile eppure le ecografie che vengono eseguite nel nostro paese alle donne in gravidanza supera mediamente il numero di

---

<sup>3</sup> Presidente Società italiana medicina perinatale

sette/ otto con punte anche di dieci quindici. Al contrario un esempio di corretto impiego delle risorse ci viene dagli Stati Uniti dove si stanno facendo massicci investimenti per la ricerca mirata su una categoria di neonati, quelli con difetto di crescita intrauterina, da quando è stato segnalato che questi bambini presentano nell'età adulta una maggior frequenza di patologie gravi come diabete, infarti, trombosi, ictus cerebrali. Questo tipo di prevenzione va a favore dell'individuo ma anche del sistema sanitario e della società. Potrebbe essere difficile per alcuni immaginare come una corretta assistenza pre o neonatale siano in grado di modificare patologie ad insorgenza nell'adulto o nell'anziano, ma ciò è ampiamente documentato e questo è solamente uno dei possibili esempi.

*R. Roascio*<sup>4</sup>

Grazie anche da parte mia all'Istat che ci ha messo a disposizione dati così interessanti. Le cose dette finora sono per me di grande interesse e coincidono con dati e notizie provenienti dalla mia esperienza professionale.

Nel corso del nostro convegno nazionale dello scorso anno è emerso infatti, in una significativa relazione su questi temi, che i punti di debolezza della nostra professione coincidono proprio con la situazione che gli interventi che mi hanno preceduto hanno sin qui analizzato. Siamo stati fagocitati in un sistema funzionale ad un servizio sanitario nazionale che si è proposto di raggiungere a partire dagli anni settanta, il nobilissimo obiettivo di salvare quante più vite possibile, sia di donne che di bambini. Sembra che l'obiettivo sia stato largamente raggiunto, se pensiamo che oggi l'Italia è uno dei paesi più sicuri in cui portare a termine una gravidanza. Dobbiamo ora chiederci che tipo di assistenza stiamo dando alle partorienti. L'obiettivo è quello di fornire un'assistenza qualitativamente valida, il che significa soprattutto prendersi cura e farsi carico della donna, della coppia e del bambino. Il ruolo tradizionale delle ostetriche si è molto modificato nel tempo ed è attualmente regolamentato da una legge del 2000 che stabilisce nuove modalità del ruolo dell'ostetrica nella società: solo recuperando il territorio si può dare un nuovo ruolo alla figura dell'ostetrica, dandosi strumenti nuovi, pianificando l'assistenza per obiettivi e mettendo in moto processi culturali, che danno all'ostetrica una nuova centralità nell'ambito delle professioni preposte alla cura della mamma e del bambino.

---

<sup>4</sup> Presidente Federazione del collegio delle ostetriche

# SALUTE E DIAGNOSI PRECOCI: GLI *SCREENING* DEI TUMORI FEMMINILI

---

*Coordinatore: N. Segnan* - Centro Prevenzione Oncologica - Regione Piemonte

---



## INTRODUZIONE

*N. Segnan*<sup>1</sup>

La diagnosi precoce dei tumori è efficace se è in grado di ridurre la mortalità e, per alcune sedi ( ad es. cancro del collo dell'utero) se è in grado di ridurre l'incidenza.

Negli ultimi anni anche nel nostro Paese sono stati attivati, su buona parte del territorio nazionale, programmi di screening per la prevenzione dei tumori femminili sulla base delle linee guida elaborate dalla Commissione oncologica nazionale nel 1996 e nel 2001 e di quelle contenute nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, che sono in accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale di sanità sulla materia.

La popolazione femminile verso la quale sono stati indirizzati i programmi di screening è costituita da donne di 50-69 anni, per lo screening mammografico e da donne di 25-64 anni, per il pap-test.

La diffusione non omogenea dei programmi di prevenzione dei tumori femminili e l'introduzione dei livelli essenziali di assistenza (L.e.a.) che si prefiggono l'obiettivo di assicurare l'uniformità delle prestazioni erogate su tutto il territorio nazionale in termini di quantità e qualità, rendono indispensabile il monitoraggio delle attività di *screening*.

È stato infatti istituito un Osservatorio nazionale sull'attività di prevenzione secondaria dei tumori femminili che, in collaborazione con il "Gruppo italiano *screening* mammografico" (Gisma) e dal "Gruppo italiano *screening* del cervicocarcinoma" (Gisci) e con la Lega tumori, ha presentato, con un rapporto del 2001, i dati relativi alla diffusione dell'attività di screening svolta nel 2000.

L'attività di screening ha coinvolto, nell'anno 2000, circa 900 mila donne invitate per lo screening mammografico (delle quali 540 mila esaminate) e circa un milione 350 mila donne invitate per lo *screening* cervicale (delle quali 550 mila esaminate).

---

<sup>1</sup> Centro Prevenzione Oncologica - Regione Piemonte

La diffusione dei programmi sul territorio è risultata, come emerso anche da indagini precedenti, fortemente disomogenea. Nel 2000, la percentuale di popolazione femminile “coperta” da un programma di screening mammografico è del 46 per cento del Nord, del 58 per cento nel Centro mentre nel Sud e nelle Isole è pari solo al 6 per cento della popolazione target. Per lo screening del cervicocarcinoma, nelle regioni meridionali si osserva invece un miglioramento rispetto al 1996 (si passa infatti da un tasso di copertura del 2,4 per cento ad una quota del 27 per cento di donne coinvolte in programmi di prevenzione).

I dati delle *survey* Gisma e Gisci non includono tuttavia l’attività spontanea delle donne che si sottopongono a controlli di prevenzione senza aderire a programmi organizzati di screening.

Inoltre, poiché i programmi di screening organizzati non riguardano tutto il territorio nazionale ma solo una parte delle regioni e non tutte le regioni hanno ottenuto una copertura adeguata della popolazione femminile, non è ancora possibile disporre di fonti amministrative esaustive da cui desumere i dati relativi all’utilizzo, da parte delle donne, degli strumenti di prevenzione per la diagnosi precoce dei tumori femminili

Le informazioni rilevate con l’Indagine Istat sulle condizioni di salute 1999-2000 consentono di colmare questa carenza informativa, vale a dire di disporre di dati relativi alla prevenzione secondaria indipendentemente dall’adesione a programmi di screening e di valutare il trend della diffusione negli ultimi cinque anni.

L’indagine rende inoltre possibile delineare i profili delle utilizzatrici e delle donne che non si sono sottoposte a test di prevenzione grazie ad altre informazioni che sono raccolte in relazione alle caratteristiche socio-demografiche, agli stili di vita, alle condizioni di salute, ai comportamenti nei confronti della prevenzione in generale. Tali informazioni sono particolarmente utili per la pianificazione dei programmi di screening e delle campagne educative.

I risultati dell’indagine mostrano un aumento, negli ultimi anni, del numero di donne che ricorrono ai controlli di prevenzione tramite pap-test e mammografia. L’incremento è particolarmente elevato nei gruppi di donne che presentavano in passato tassi di copertura più bassi, vale a dire nel Sud e nelle Isole e tra le donne più anziane.

Tuttavia si evidenzia una distribuzione irrazionale: un segmento di popolazione femminile si sottopone ad un numero di controlli più elevato di quello raccomandato mentre non effettuano controlli o li effettuano con periodicità irregolare proprio quei sottogruppi di donne tra le quali la mortalità per cancro è più alta, vale a dire le donne di status socio-economico più basso e le donne residenti al Sud.

Inoltre emerge la presenza di un gruppo a rischio per entrambi i tipi di tumore femminile: una quota consistente della popolazione femminile (23 per cento) delle donne di 50-64 anni che, pur essendo nelle fasce di età consigliata dalle linee guida per effettuare regolarmente pap-test e mammografia, non ha mai eseguito questi controlli di prevenzione.

Complessivamente è minore la propensione ai controlli di prevenzione delle donne che risultano più a rischio. Sono infatti le più anziane, appartenenti a generazioni tra le quali la cultura della prevenzione non era così forte nella fasi

dell'età giovanile ed adulta, le donne di status socio-economico più basso e le donne residenti in piccoli comuni del Centro-Sud ad essere le più svantaggiate.

Per attenuare queste disuguaglianze nell'accesso e nell'appropriatezza dell'utilizzo, sarebbe opportuno favorire la progressiva diffusione dei programmi organizzati di screening, che prevedono il coinvolgimento delle donne tramite invito attivo e personale .





# I DETERMINANTI DEL RICORSO ALLO *SCREENING* DEI TUMORI FEMMINILI

*E. Mancini<sup>1</sup>, N. Segnan<sup>1</sup>, G. Ronco<sup>1</sup>*

## **Introduzione**

Per i tumori femminili la diagnosi precoce è efficace nel ridurre la mortalità<sup>2</sup> ed in alcuni casi (cancro del collo dell'utero) nel ridurre l'incidenza<sup>3</sup>. L'attività di diagnosi precoce si è pertanto sviluppata, negli ultimi decenni, sia in forma spontanea che organizzata. Le linee guida della Commissione oncologica nazionale del 1996 e del 2001<sup>4</sup> hanno fornito indirizzi sulla scorta dei quali molte Regioni hanno avviato programmi organizzati.

---

<sup>1</sup> Centro prevenzione oncologica - Regione Piemonte

<sup>2</sup> Handbook n° 7 - Laara, 1986 incid collo utero.

<sup>3</sup> Hakama M. Trends in the incidence of cervical cancer in the Nordic countries. In: Magnus K (ed) Trends in Cancer Incidence. New York: Hemisphere Press, 1982, pp 279-292.

<sup>4</sup> Ministero della Sanità. Linee guida elaborate dalla Commissione Oncologica Nazionale, in applicazione di quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996, relativo all'azione programmata "Prevenzione e Cura delle Malattie Oncologiche", concernenti l'organizzazione della prevenzione e della assistenza in oncologia. Supplemento Gazzetta Ufficiale 1 giugno 1996 Suppl. Ord alla G.U. 127, 1 giugno 1996 Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano. Provvedimento 8 marzo 2001. Accordo tra il Ministro della Sanità e le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 2 maggio 2001

Il presente lavoro, sulla scorta delle informazioni ottenute dall'elaborazione dell'Indagine Istat sulle condizioni di salute, ricostruisce la attuale distribuzione e le caratteristiche dell'attitudine della popolazione femminile alle pratiche di prevenzione nei confronti dei tumori femminili con i test usualmente ritenuti efficaci (pap test e mammografia) e sonda il ruolo di alcuni determinanti della pratica di pap test e mammografia.

Il quadro che emerge rivela uno sviluppo di queste pratiche preventive eterogeneamente diffuso in Italia con un gradiente Nord-Sud che conferma quanto precedentemente riscontrato in altri lavori<sup>5</sup> ed evidenziato in occasione del Primo rapporto dell'Osservatorio nazionale per la prevenzione dei tumori femminili della Lega nazionale per la lotta contro i tumori.

È inoltre evidente l'esistenza di una rilevante quota di esami di prevenzione che vengono effettuati al di fuori del rispetto delle frequenze e delle fasce di età della popolazione bersaglio (50-69 anni, ogni due anni, per la mammografia e 25-64 anni, ogni tre anni, per il pap test) raccomandate da organismi nazionali e internazionali sulla base delle evidenze scientifiche di efficacia.

## **1. Materiali e metodi**

L'indagine Istat sulle condizioni di salute è un'indagine campionaria che viene effettuata periodicamente dall'Istat sulla popolazione Italiana. Il periodo di riferimento è settembre 1999 - giugno 2000. Sono stati stratificati i comuni ed entro questi sono state campionate nel complesso 60 mila famiglie. Il dimensionamento è stato effettuato tenendo conto della molteplicità delle domande inserite, in modo da avere un errore relativo per ogni regione al di sotto del 9,0 per cento per prevalenze superiori al 5,0 per cento<sup>6</sup>.

Alle donne in età superiore a 24 anni è stato richiesto di rispondere a quattro domande inerenti l'atteggiamento nei confronti delle pratiche di diagnosi precoce:

- "Ha mai eseguito un Pap Test (o striscio vaginale) in assenza di disturbi o sintomi ?"
- "A che età ha eseguito il primo Pap Test ?"
- "Ha eseguito altri Pap test dopo il primo ?"
- "Con quale frequenza ha eseguito i controlli successivi al primo Pap test ?"

Ulteriori quattro domande analoghe erano presenti per la mammografia.

Dall'archivio complessivo sono state selezionate 43.433 donne in età compresa tra 25 e 69 anni (comprendendo quindi le fasce d'età ritenute ottimali per

---

<sup>5</sup> Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano. Provvedimento 8 marzo 2001. Accordo tra il Ministro della Sanità e le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 2 maggio 2001

<sup>6</sup> Istat (2002). "Fattori di rischio e tutela della salute", Collana Informazioni n.26.

entrambi gli *screening* per il tumore della mammella e del collo dell'utero). Il peso attribuito a ciascuna unità statistica in fase di predisposizione del campione ha permesso di stabilire che queste donne erano rappresentative di circa 17 milioni 760 mila donne italiane della stessa fascia d'età.

Si stima che in Italia, il 67,2 per cento delle donne in età compresa tra 25-69 anni abbia effettuato in precedenza un pap test di prevenzione e il 39,0 per cento una mammografia. Qualora si considerino tutte le donne in età superiore a 24 anni tale percentuale scende a 60,8 per cento per il pap test ed al 36,6 per cento per la mammografia; quando invece si restringe il campo alle donne in età 50-69 anni (popolazione target) la proporzione di donne che riferisce di aver effettuato almeno una mammografia in precedenza sale al 58,0 per cento.

Tali proporzioni subiscono variazioni decrescenti secondo un gradiente Nord-sud. Per entrambi i test la maggiore diffusione è evidente al Nord-est. (Prospetto 1).

Anche quando ci si riferisca alla popolazione obiettivo per la mammografia (50-69 anni) la proporzione di donne che si sono sottoposte in precedenza a mammografia di prevenzione sale maggiormente al Nord che al Sud, attestandosi su valori di 71,3 per cento nel Nord-est, 63,8 per cento nel Nord ovest e 67,4 per cento al Centro; nel Sud e nelle Isole riferisce di aver effettuato una mammografia di prevenzione in passato, rispettivamente, solo il 39,8 per cento ed il 38,0 per cento delle donne.

**Prospetto 1 - Proporzioni - standardizzate per età sulla popolazione italiana- di donne in età 25-69 che riferiscono di aver eseguito in passato un pap test o una mammografia - Anni 1999-2000 (per ripartizione geografica)**

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Pap Test	Mammografia
Nord-ovest	74,9	41,1
Nord-est	80,4	46,6
Centro	73,8	44,8
Sud	48,8	29,6
Isole	51,6	27,0
<b>Italia</b>	<b>67,3</b>	<b>39,1</b>

Il Prospetto 2 riporta per il pap test e per la mammografia le stime relative alla proporzione di donne che riferiscono di aver effettuato in precedenza l'esame, per Regione di appartenenza.

Tra le Regioni il gradiente Nord-sud si mantiene evidente e le percentuali variano con un range compreso tra il 38,7 per cento della Calabria e l'85,3 per cento della Provincia Autonoma di Bolzano per quanto riguarda il pap test e tra il 23,5 per cento della Calabria ed il 49,8 per cento della Provincia Autonoma di Bolzano per la mammografia.

**Prospetto 2 - Proporzione - standardizzata per età - di donne in età 25-69 che riferiscono di aver eseguito in passato un pap test o una mammografia - Anni 1999-2000 (per regione)**

REGIONE	Pap Test	Mammografia
Piemonte	72,6	40,2
Valle d'Aosta	81,9	47,7
Lombardia	76,3	40,9
Bolzano-Bozen	85,3	49,8
Trento	80,7	45,5
Veneto	77,0	45,8
Friuli-Venezia Giulia	77,2	43,6
Liguria	72,9	44,1
Emilia-Romagna	84,4	48,2
Toscana	74,4	42,1
Umbria	72,0	47,9
Marche	67,5	43,2
Lazio	75,3	46,4
Abruzzo	61,7	37,7
Molise	50,4	29,8
Campania	49,1	29,0
Puglia	49,9	30,8
Basilicata	42,3	27,7
Calabria	38,7	23,5
Sicilia	50,4	26,1
Sardegna	55,0	29,3

Il Prospetto 3 riporta per entrambi i test le proporzioni di donne che riferiscono di essersi sottoposte ad essi, in passato, suddivise per classi d'età.

In ognuna delle classi d'età considerate più della metà delle donne riferisce essersi sottoposta al pap test nel corso della propria vita, con maggiore frequenza nelle classi d'età intermedie in cui si supera il 70,0 per cento.

Il ricorso alla mammografia di prevenzione è più elevato tra i 45 ed i 64 anni. Le donne in età inferiore ai 40 anni riferiscono di aver effettuato almeno una mammografia nel 14,0 per cento dei casi al Nord-centro e nel 13,3 per cento al Sud e nelle Isole.

**Prospetto 3 - Proporzione di donne in età 25-69 che riferiscono di aver eseguito in passato un pap test o una mammografia - Anni 1999-2000 (per classe d'età)**

CLASSI DI ETÀ	Pap Test	Mammografia
25-34	57,1	10,0
35-44	74,0	30,5
45-54	76,0	59,3
55-64	68,6	60,0
65-69	53,4	47,3

Tra le donne che al momento della rilevazione avevano tra 40 e 49 anni la proporzione di coloro che avevano effettuato in passato almeno una mammografia di

prevenzione era 53,3 per cento al Nord-centro e 39,2 per cento al Sud e nelle Isole.

L'effetto congiunto della ripartizione geografica e del livello di istruzione è riportato per pap test e mammografia nei Prospetti 4 e 5 che aggregano le Regioni del Nord e del Centro e quelle del Sud e delle isole.

Sia nel caso del pap test che nel caso della mammografia si osserva che la proporzione di donne che riferiscono di aver eseguito il test in passato è pressoché costantemente meno elevata nelle fasce di istruzione meno elevate.

Tale proporzione si incrementa, sia nel Nord-centro che nel Sud-isole all'aumentare del livello di istruzione.

È interessante notare che, ad esclusione della fascia d'età più giovane e solo nel caso della mammografia, in ogni altra fascia d'età le proporzioni evidenziate sono, costantemente superiori al Nord-centro che nel Sud-isole e che i valori riscontrati nelle fasce di istruzione più elevata del Sud-isole sono sempre inferiori a quelli delle fasce di istruzione del Nord-centro sia per quanto riguarda la mammografia che per quanto riguarda il pap test.

**Prospetto 4 - Proporzioni di donne che riferiscono di aver eseguito in passato un pap test in assenza di sintomi. Donne italiane 25-69 anni (per ripartizione geografica, età ed istruzione)**

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE E LIVELLI DI ISTRUZIONE	CLASSI DI ETÀ					Totale
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	
<b>NORD-CENTRO</b>						
Diploma o titolo superiore	68,3	86,0	89,2	86,3	72,5	79,6
Licenza scuola media inferiore	67,4	81,2	84,7	78,7	74,8	77,8
Elementare/Senza titolo	57,3	71,5	77,7	73,0	58,8	70,3
<b>SUD-ISOLE</b>						
Diploma o titolo superiore	36,1	65,3	69,2	68,1	53,0	54,4
Licenza scuola media inferiore	43,8	53,0	59,2	62,4	39,1	51,7
Elementare/Senza titolo	33,0	44,3	54,8	44,0	30,8	43,5
<b>Italia</b>	<b>57,1</b>	<b>73,9</b>	<b>76,0</b>	<b>68,6</b>	<b>53,4</b>	<b>67,3</b>

**Prospetto 5 - Proporzioni di donne che riferiscono di aver eseguito in passato una mammografia in assenza di sintomi. Donne italiane 25-69 anni (per ripartizione geografica, età ed istruzione)**

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE E LIVELLI DI ISTRUZIONE	CLASSI DI ETÀ					Totale
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	
<b>NORD-CENTRO</b>						
Diploma o titolo superiore	9,1	33,1	71,9	76,6	64,2	35,9
Licenza scuola media inferiore	10,8	33,2	67,8	70,8	70,2	43,1
Elementare/Senza titolo	16,3	34,1	60,8	66,3	53,0	58,8
<b>SUD-ISOLE</b>						
Diploma o titolo superiore	10,4	29,4	53,5	57,4	44,7	29,0
Licenza scuola media inferiore	10,1	23,0	41,2	49,2	37,9	25,1
Elementare/Senza titolo	10,9	20,6	39,9	33,4	23,8	30,1
<b>Italia</b>	<b>10,0</b>	<b>30,5</b>	<b>59,3</b>	<b>60,0</b>	<b>47,3</b>	<b>39,0</b>

Nel caso della mammografia le differenze si fanno più marcate proprio nelle fasce d'età in cui il test è raccomandato. Solo un terzo delle donne di 55-64 anni del Sud-isole e di livello di istruzione meno elevato riferiscono di aver effettuato almeno una mammografia in passato, mentre nel Nord-Centro la stessa proporzione sale a poco meno di due terzi.

## **2. La periodicità di esecuzione**

Alle donne che avevano risposto positivamente alla prima domanda è stato chiesto, separatamente per pap test e mammografia, se al primo test ne erano seguiti altri e con che frequenza. Si stima che, in Italia il 53,3 per cento ed il 24,5 per cento delle donne in età 25-69 si sia sottoposto rispettivamente per il pap test e per la mammografia ad almeno due test di prevenzione nel corso della vita.

Se si assume che l'aver eseguito almeno un paio di volte un pap test (o una mammografia) nella vita possa costituire un indicatore maggiormente rappresentativo dell'attitudine alla prevenzione e se si confronta il Nord-centro con il Sud e le Isole si fanno più evidenti i contrasti geografici e per livello di istruzione.

È stata ricostruita (Prospetti 6 e 7) la distribuzione della periodicità di queste pratiche di prevenzione secondaria secondo le condizioni di:

- non aver mai eseguito il test
- aver eseguito una sola volta il test nella vita
- averne effettuati più di uno con cadenza "regolare":
  - a) annuale o biennale (per la mammografia)
  - b) annuale, biennale o triennale(per il pap test)
- aver eseguito il test oltre i due anni per la mammografia oppure oltre i tre anni per il pap test

### *2.1 La periodicità di esecuzione del pap test*

La proporzione stimata di donne che riferiscono di eseguire il pap test con regolarità triennale varia tra il 25,6 per cento riscontrabile al Sud ed il 61,0 per cento del Nord-est, con un evidente gradiente geografico Nord-sud.

La differenza è particolarmente marcata tra il Centro-nord e il Sud comprensivo delle Isole.

Il gradiente si inverte quando si analizzi la distribuzione geografica della proporzione di donne che non l'hanno mai eseguito o l'hanno eseguito una sola volta.

È da notare inoltre che, al Centro-nord la proporzione di chi esegue il pap test ogni tre anni è circa doppia rispetto al Sud.

Questo fenomeno potrebbe verosimilmente essere attribuito all'effetto della diffusione degli *screening* organizzati che seguono le raccomandazioni di periodicità triennale e che essendo maggiormente diffusi al Nord possono aver contribuito direttamente (invitando le donne) o indirettamente (attraverso l'informazione) al verificarsi di un maggior rispetto della periodicità.

Anche l'effetto del livello di istruzione sembra avere un ruolo molto importante. Più della metà delle donne di livello di istruzione meno elevato (elementare o senza titolo) non ha mai fatto un pap test o lo ha fatto una volta sola nella vita. Questa proporzione tende a decrescere all'aumentare del livello di istruzione.

L'utilizzo per fascia d'età è abbastanza omogeneamente ripartito, tuttavia tende a decrescere nelle donne più anziane (65-69) e nelle più giovani, in particolare nelle 25-34 anni che, laddove lo utilizzino, tendono ad utilizzarlo in periodi più brevi del triennio.

È evidente una generale tendenza, tra le donne che effettuano entro i tre anni il pap test ad effettuarlo secondo intervalli più brevi del triennio. Poco meno della metà di queste donne riferisce infatti di aver eseguito altri pap test con frequenza annuale.

In generale, tra le donne che hanno effettuato il test entro tre anni è piuttosto ben rappresentata la proporzione di donne che vi si sono sottoposte con cadenza inferiore al triennio.

**Prospetto 6 - Periodicità di esecuzione del pap. test. Donne italiane 25-69 anni (per ripartizione, istruzione, età)**

	Mai eseguito	Eseguito una sola volta	Entro tre anni			Totale entro tre anni	Oltre tre anni	Totale
			Ogni anno	Ogni 2 anni	Ogni tre anni			
<b>RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE</b>								
Nord-ovest	24,9	12,7	24,7	21,2	7,1	53,0	9,4	100,0
Nord-est	19,5	11,4	32,8	21,3	6,9	61,0	8,1	100,0
Centro	25,8	12,5	27,4	18,3	7,1	52,7	9,0	100,0
Sud	51,1	17,5	14,0	8,6	3,1	25,7	5,8	100,0
Isole	48,4	16,9	14,9	8,3	3,1	26,2	8,6	100,0
<b>LIVELLI DI ISTRUZIONE</b>								
Diploma o titolo superiore	28,3	12,8	27,9	18,2	5,7	51,8	7,2	100,0
Licenza Media Inferiore	31,1	14,7	23,5	16,6	6,0	46,0	8,2	100,0
Licenza elementare o analfabeta	40,0	15,0	16,8	13,5	5,3	35,6	9,4	100,0
<b>CLASSI DI ETÀ</b>								
25-34	42,9	16,9	20,8	12,0	3,9	36,6	3,6	100,0
35-44	26,1	13,1	28,0	18,6	6,3	52,8	8,1	100,0
45-54	24,1	12,1	27,6	20,1	6,5	54,3	9,6	100,0
55-64	31,4	13,5	20,5	16,5	6,6	43,7	11,4	100,0
65-69	46,6	14,1	12,3	11,9	5,1	29,3	10,1	100,0



## 2.2 La periodicità di esecuzione della mammografia.

Più del 70,0 per cento delle donne del Sud-isole in età 25-69 riferiscono di non aver mai eseguito una mammografia di prevenzione in precedenza (prospetto 7). Al Centro ed al Nord tale proporzione scende fino al 52,0 per cento circa del Nord-est.

Questi valori, generalmente alti, vanno considerati a fronte delle raccomandazioni già citate che prevedono l'esecuzione della mammografia tra i 50 ed i 69 anni con intervallo biennale.

È pertanto atteso che nelle fasce di età più giovani l'utilizzo della mammografia sia poco frequente.

La proporzione di donne che dichiarano di non aver mai eseguito una mammografia di prevenzione in precedenza all'intervista scende con l'età.

Nell'intervallo 40-49, in cui l'efficacia dello *screening* mammografico è tuttora oggetto di valutazione<sup>7</sup>, circa il 60,0 per cento delle donne afferma di averla eseguita.

L'insieme del Prospetto 7 deve essere pertanto letto alla luce di queste considerazioni.

Per quanto riguarda il livello di istruzione, il gradiente sembra invertirsi, con una maggiore prevalenza di mammografia eseguita con regolarità tra le donne con livello di istruzione meno elevato. In realtà dopo stratificazione per età il fenomeno scompare (Prospetto 5) e nelle singole fasce d'età si manifesta nuovamente una marcata differenza a favore delle classi di livello di istruzione più elevato.

Tra le donne che utilizzano la mammografia di prevenzione al di fuori delle fasce d'età raccomandate una buona parte l'ha eseguita una sola volta.

Nella fascia d'età 45-54 la tendenza a sottoporsi a mammografia di prevenzione è diffusa quasi come nella fascia successiva con un utilizzo proporzionalmente maggiore, anche se non marcato, nella periodicità annuale.

Nelle fasce d'età in cui vi è raccomandazione per la mammografia biennale, poco più del 30,0 per cento delle donne la esegue con regolarità entro i due anni e circa la metà di queste secondo la frequenza raccomandata.

---

<sup>7</sup> Handbook n° 7 - Laara, 1986 incid collo utero

**Prospetto 7 - Periodicità di esecuzione della mammografia. Donne italiane 25-69 anni**  
(per ripartizione, istruzione, età)

	Mai eseguita	Eseguita una sola volta	Entro due anni			Oltre due anni	Totale
			Ogni anno	Ogni 2 anni	Totale entro due anni		
<b>RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE</b>							
Nord-ovest	58,0	14,9	8,9	11,1	20,0	7,2	100,0
Nord-est	52,8	14,5	9,8	13,8	23,6	9,1	100,0
Centro	54,2	15,8	11,1	11,5	22,6	7,4	100,0
Sud	70,8	13,6	6,3	5,0	11,3	4,3	100,0
Isole	73,5	14,0	5,6	3,5	9,1	3,5	100,0
<b>LIVELLI DI ISTRUZIONE</b>							
Diploma o titolo superiore	66,3	12,5	7,5	8,4	15,9	5,4	100,0
Licenza Media Inferiore	63,0	14,6	8,0	8,3	16,3	6,1	100,0
Licenza elementare o analfabeta	52,3	17,3	10,4	11,7	22,1	8,3	100,0
<b>CLASSI DI ETÀ</b>							
25-34	90,0	6,7	1,4	0,8	2,2	1,1	100,0
35-44	69,5	16,0	5,9	5,2	11,0	3,5	100,0
45-54	40,7	18,9	14,2	16,1	30,2	10,2	100,0
55-64	40,0	17,1	14,0	17,3	31,2	11,7	100,0
65-69	52,8	16,3	9,9	11,4	21,3	9,7	100,0
<b>Totale</b>	<b>61,0</b>	<b>14,6</b>	<b>8,5</b>	<b>9,4</b>	<b>17,9</b>	<b>6,5</b>	<b>100,0</b>

### 3. Analisi multivariata

Si è sviluppato un modello di analisi logistica, multivariata, in cui si è utilizzata come variabile dipendente l'aver effettuato in precedenza un pap test. Un lavoro analogo è stato effettuato per quanto riguarda la mammografia. Allo scopo di verificare il ruolo di possibili determinanti dell'aver effettuato in precedenza una mammografia oppure un pap test si è ritenuto di valutare l'effetto oltre che dell'età, della ripartizione geografica, dell'occupazione e dello stato civile.

I risultati della analisi logistica multivariata, in termini di odds ratios ed i relativi intervalli di confidenza al 95,0 per cento sono riportati nel prospetto 8.

L'analisi è stata condotta utilizzando le stime delle equazioni generali (General Equation Estimation)<sup>8</sup>, considerando il campione simile ad un campione ottenuto per misure ripetute, in cui il comune è ciò per cui avviene la ripetizione. La ripetizione della rilevazione entro famiglia è stata ritenuta trascurabile data la bassa prevalenza di più donne entro famiglia in età superiore a 25 anni.

<sup>8</sup> Diggle, P.J.; Liang, K.Y.; Zeger S.L. (1994). The analysis of longitudinal data. New York University Press

Si è utilizzata la procedura genmod di Sas<sup>9</sup> utilizzando il logit come funzione di *link* con distribuzione binomiale dell'errore. La variabile dipendente era l'aver eseguito o meno il pap test (o la mammografia). Le variabili indipendenti per le quali si è ritenuto opportuno standardizzare sono state l'età, l'istruzione, la ripartizione geografica, l'occupazione, lo stato civile.

La categoria delle casalinghe è stata ritenuta una valida categoria di riferimento per il confronto verso le donne occupate e non occupate; tra queste ultime sono state comprese quelle in cerca di nuova o prima occupazione; studentesse, inabili o ritirate dal lavoro, ed altre condizioni non classificate sono state ricomprese nella categoria "altro". Non è evidente una grande differenza nel "rischio" di aver effettuato un pap test in precedenza tra le casalinghe e la categoria "altro". La propensione ad effettuare pap test appare lievemente superiore nelle donne occupate rispetto alle non occupate ed alle casalinghe. Tali differenze non si evidenziano per l'attitudine alla prevenzione del tumore della mammella.

Rispetto all'età, rispetto alla categoria di riferimento più giovane, sono evidenti sia per il pap test che, ancor più, per la mammografia, forti incrementi verosimilmente attribuibili alla fisiologica maggiore probabilità di aver effettuato il test con il passare del tempo ma anche alla diversità sovrapponibilità delle fasce di età del campione considerato (25-69) rispetto alle fasce di età in cui il test è raccomandato.

La disomogeneità geografica è confermata da questa analisi ed è marcatamente evidente sia per il pap test che per la mammografia. Una situazione analoga è evidente anche per il titolo di istruzione.

Infine si osserva che le donne coniugate hanno, rispetto alle altre categorie di stato civile ed a parità delle altre variabili del modello considerato, maggior probabilità di aver eseguito sia la mammografia che il pap test. La differenza è già evidente nei confronti di donne divorziate e separate o vedove ma lo diventa sensibilmente nei confronti delle nubili.

---

<sup>9</sup> Allison P. D. "Logistic Regression Using the SAS System: Theory and Application", Cary NC, SAS Institute Inc., 1999

**Prospetto 8 - Stime degli Odds Ratio dell'essersi sottoposte precedentemente all'intervista a pap test / mammografia di prevenzione. Analisi Logistica Multivariata**

PARAMETRO	Categoria	Pap Test			Mammografia		
		Odds Ratio	Intervallo di Confidenza al 95%		Odds Ratio	Intervallo di Confidenza al 95%	
CONDIZIONI PROFESSIONALI	Occupata	1,15	1,08	1,23	-	0,90	1,03
	Non occupata	0,91	0,83	0,99	0,95	0,86	1,06
	Altro	0,99	0,93	1,06	1,12	1,05	1,20
	Casalinga	1,00	-	-	1,00	-	-
ETÀ	65-69	1,01	0,90	1,14	8,57	7,50	9,79
	55-64	1,70	1,55	1,87	13,82	12,32	15,49
	45-54	2,20	2,04	2,38	12,63	11,40	13,99
	35-44	1,73	1,62	1,84	3,44	3,17	3,74
	25-34	1,00	-	-	1,00	-	-
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Nord-ovest	0,69	0,61	0,78	0,79	0,71	0,87
	Nord-est	1,00	-	-	1,00	-	-
	Centro	0,59	0,50	0,69	0,86	0,76	0,97
	Sud	0,22	0,19	0,25	0,43	0,39	0,47
	Isole	0,27	0,23	0,30	0,38	0,34	0,42
TITOLO DI STUDIO	Licenza elementare o senza titolo	0,40	0,36	0,44	0,49	0,45	0,53
	Licenza media	0,64	0,58	0,70	0,69	0,63	0,76
	Diploma	0,87	0,80	0,95	0,76	0,70	0,83
	Lacera o sup.	1,00	-	-	1,00	-	-
STATO CIVILE	Nubile	0,27	0,25	0,29	0,52	0,47	0,56
	Divorziata/sep.	0,87	0,77	0,97	0,86	0,78	0,94
	Vedova	0,77	0,70	0,83	0,79	0,73	0,86
	Coniugata	1,00	-	-	1,00	-	-

**4. Stima del numero di test necessari e del fabbisogno in Italia.**

Sia per il numero di mammografie che per il numero di pap test effettuati si è assunto che il numero di donne che eseguono il test sia pari al numero di test effettuati ogni anno quando la donna riferisce di effettuarlo con frequenza annuale.

Sommando a questi test il numero di test che si ottengono dividendo per la periodicità dichiarata (ogni due anni oppure ogni tre) si ottiene una stima del numero di test che annualmente si effettuano in Italia.

Si è stimato che in Italia si effettuino annualmente poco meno di 5, 9 milioni di pap test e 2, 3 milioni di mammografie.

Il fabbisogno è stato calcolato su fonte Istat estraendo da queste la numerosità della popolazione femminile delle rispettive fasce d'età target: 5.351.333 e 3.564.500.

Pertanto, se si potesse ridistribuire il numero di pap test effettuati annualmente in Italia omogeneamente sulla popolazione obiettivo, questi sarebbero sufficienti a coprire il fabbisogno Nazionale. Persiste invece una carenza di esami mammografici dell'ordine di circa un terzo del fabbisogno.

## **Conclusioni**

Vi sono profonde differenze per area geografica (Centro nord verso Sud-isole), per il livello di istruzione ed età. La disomogeneità è determinata, almeno in parte, alla sovracopertura di gruppi selezionati di donne che effettuano i test ad intervalli più frequenti di quelli raccomandati per gli *screening* (soprattutto dove gli *screening* organizzati non sono presenti).

Il numero di pap test effettuato in Italia basterebbe, se ridistribuito secondo le linee guida della Commissione oncologica nazionale, ad effettuare lo *screening* in tutte le donne di 25-64 anni.

Il numero di mammografie *screening* effettuato in Italia è disegualmente distribuito ed è insufficiente (di circa un terzo) per garantire la copertura biennale raccomandata a tutta la popolazione nella fascia 50-69.

La progressiva diffusione dei programmi organizzati di *screening*, coinvolgendo la popolazione con invito attivo, potrà contribuire ad attenuare queste diseguaglianze.

I test di *screening* per i tumori femminili sono diffusi in Italia in modo eterogeneo, in particolare con un gradiente Nord-sud, vengono utilizzati maggiormente dalle donne più istruite.

Il ricorso al pap test o alla mammografia dovrebbe essere incentivato nelle fasce d'età in cui questi test vengono raccomandati. La presenza di programmi di *screening* attivi può rappresentare un buon volano per migliorare l'appropriatezza dell'utilizzo di questi test.

## Bibliografia

- Allison P. D. "Logistic Regression Using the SAS System: Theory and Application", Cary NC, SAS Institute Inc., 1999
- Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano. Provvedimento 8 marzo 2001. Accordo tra il Ministro della Sanità e le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 2 maggio 2001
- Diggle, P.J.; Liang, K.Y.; Zeger S.L. (1994). The analysis of longitudinal data. New York University Press
- Hakama M. Trends in the incidence of cervical cancer in the Nordic countries. In: Magnus K (ed) Trends in Cancer Incidence. New York: Hemisphere Press, 1982, pp 279-292.
- Handbook n° 7 - Laara, 1986 incid collo utero.
- Istat (1996) "Le condizioni di salute ed il ricorso ai servizi sanitari", Collana Informazioni n. 54.
- Istat (2002). "Fattori di rischio e tutela della salute", Collana Informazioni n.26.
- Ministero della Sanità. Linee guida elaborate dalla Commissione Oncologica Nazionale, in applicazione di quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996, relativo all'azione programmata "Prevenzione e Cura delle Malattie Oncologiche", concernenti l'organizzazione della prevenzione e della assistenza in oncologia. Supplemento Gazzetta Ufficiale 1 giugno 1996 Suppl. Ord alla G.U. 127, 1 giugno 1996



# IL RICORSO A PAP-TEST E MAMMOGRAFIA: TENDENZE IN ATTO E PROFILI SOCIO-DEMOGRAFICI

*E. Bologna<sup>1</sup>, L. L. Sabbadini<sup>1</sup>, A. Tinto<sup>1</sup>*

## **1. La prevenzione femminile in Italia**

Come è noto, la prevenzione dei tumori e delle neoplasie consente la diagnosi precoce e il trattamento efficace di queste patologie tramite terapie o interventi chirurgici limitati e non demolitivi.

La mammografia e il pap-test costituiscono gli strumenti di prevenzione secondaria più usati per il tumore della mammella e del collo dell'utero, un tumore più frequente dopo i 35 anni che può essere evitato con la cura delle lesioni che lo precorrono. Tra le donne, il tumore della mammella costituisce la patologia tumorale più diffusa ed è una delle principali cause di morte. In Italia l'incidenza di questo tipo di tumore e la mortalità per questa causa sono più basse rispetto alla media europea, anche se si attestano su livelli leggermente più alti rispetto ad altri paesi della fascia mediterranea, come Spagna e Grecia. Nel caso del carcinoma del collo dell'utero invece, l'Italia si colloca in graduatoria in una posizione simile a quella di questi paesi (Prospetto 1).

---

<sup>1</sup> Istituto nazionale di statistica - Roma



**Prospetto 1 - Incidenza e mortalità per carcinoma della mammella e del collo dell'utero nei paesi dell'Unione Europea per 100.000 donne (Anno 1997)**

PAESE	CARCINOMA DELLA MAMMELLA		CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA	
	Incidenza standardizzata (a)	Tasso di mortalità standardizzato	Incidenza standardizzata (a)	Tasso di mortalità standardizzato
Austria	90,1	28,8	11,2	5,5
Belgio	116,0	37,3	10,3	4,6
Danimarca	113,2	40,6	14,6	6,6
Finlandia	102,3	23,2	5,1	2,1
Francia	109,6	27,9	11,6	4,3
Germania	94,7	30,5	12,1	5,0
Grecia	70,6	21,6	8,1	3,1
Irlanda	96,3	35,4	10,1	4,9
<b>Italia</b>	<b>93,4</b>	<b>27,0</b>	<b>9,1</b>	<b>3,1</b>
Lussemburgo	99,7	27,1	4,2	1,0
Paesi Bassi	120,8	37,0	8,3	2,8
Portogallo	73,8	24,9	17,3	5,7
Spagna	70,0	22,7	7,7	3,2
Svezia	107,3	22,9	10,8	3,7
Regno Unito	108,3	33,6	10,2	4,5
<b>UNIONE EUROPEA</b>	<b>97,3</b>	<b>29,1</b>	<b>10,5</b>	<b>4,1</b>

(a) Tassi standardizzati rispetto alla popolazione europea.

Fonte: EUCAN - *Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union 1997*, version 4.1. IARC CancerBase No. 4. Lyon, IARCPress, 1999.

Negli ultimi anni, in Italia, sotto l'impulso delle indicazioni fornite dalla Commissione Oncologica Nazionale nel giugno del 1996<sup>2</sup> e di quelle contenute nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, basate su linee guida generali europee<sup>3</sup> e

<sup>2</sup> Lega Italiana per la lotta contro i tumori, "Raccomandazioni per gli *screening* in oncologia", 1996

<sup>3</sup> European Commission: "European Guidelines for quality assurance in mammography *screening*", third edition Luxembourg, 2001;

D. Coleman, N. Day, G. Douglas, E. Farmery, E. Lynge, J. Philip and N. Segnan, European guidelines for quality assurance in cervical cancer *screening*. Eur. J. Cancer 29A Suppl.4, 1993

dell'Organizzazione Mondiale di Sanità<sup>4</sup>, diverse regioni si sono attivate con programmi di *screening* cervicale<sup>5</sup> e mammografico<sup>6</sup>, convergendo su protocolli condivisi riguardo alla periodicità e all'età di accesso ai controlli. Lo *screening* mammografico ha come target le donne di 50-69 anni che dovrebbero effettuare i controlli con una periodicità biennale, mentre il pap-test è consigliato per le donne di 25-64 anni, con una periodicità triennale.

Obiettivo prioritario dei programmi di *screening* per il tumore della mammella e per il cervico-carcinoma, è la riduzione, con il miglior rapporto costo-beneficio, sia della mortalità, favorendo la diagnosi in una fase in cui il trattamento può essere efficace, che dell'incidenza della neoplasia invasiva attraverso il trattamento delle forme preneoplastiche<sup>7</sup>.

L'attività di *screening* ha coinvolto, nell'anno 2000, circa 900mila donne (540mila esaminate con più di 3mila 200 carcinomi individuati) per quanto riguarda lo *screening* mammografico, e 1milione 350mila donne per lo *screening* cervicale (550mila esaminate con 1.500 lesioni pretumorali di alto grado - Cin2 o Cin3<sup>8</sup> - individuate)<sup>9</sup>.

Tuttavia, al momento attuale non tutte le regioni hanno attivato programmi o ottenuto una copertura totale della popolazione femminile interessata. Inoltre, lo *screening* in Italia è cominciato come attività spontanea, in assenza di programmi organizzati, e questo ha portato ad un livello di copertura incompleto e ancora non completamente conforme alle linee guida. Da una parte si evidenzia infatti il Sud del Paese ed i segmenti meno istruiti che hanno accesso alla prevenzione con più difficoltà, dall'altra le donne che vi accedono e che lo fanno anche con frequenza troppo elevata. Il risultato è una distribuzione molto particolare dell'attività di *screening* nelle varie fasce di popolazione<sup>10</sup>.

Data l'assenza di programmi di *screening* organizzati che riguardino tutto il territorio nazionale, non è ancora possibile disporre di fonti amministrative esaustive

---

<sup>4</sup> J.Ferlay, F. Bray, R. Sankila and D.M. Parkin. EUCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union 1997, version 4.1. IARC CancerBase No. 4. Lyon, IARC Press, 1999.

<sup>5</sup> Regioni con programmi attivi nel 2001: Valle D'Aosta, Piemonte, Lombardia, Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Campania, Basilicata, Sicilia, Sardegna (Mancini, Zappa, Frigerio, Ronco, Ponti, Segnan in questo volume).

<sup>6</sup> Regioni con programmi attivi nel 2000: Valle D'Aosta, Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Basilicata, Sicilia (Mancini, Zappa, Frigerio, Ronco, Ponti, Segnan in questo volume).

<sup>7</sup> M. Rosselli, M. Zappa (a cura di), "Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei tumori femminili Primo Rapporto", 2002

<sup>8</sup> Le lesioni pretumorali rilevate con il pap test sono suddivise in tre categorie: Cin1, Cin2, Cin3. Per le prime basta eseguire controlli ravvicinati, per le seconde si esegue una colposcopia (esame del collo uterino) per verificare esattamente il tipo di lesione. Per le Cin3 si asporta una parte del collo dell'utero con un intervento detto di *conizzazione*; solo nei casi di carcinoma invasivo si asportano ampie porzioni di utero.

<sup>9</sup> 4. M. Rosselli, M. Zappa (a cura di), "Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei tumori femminili Primo Rapporto", 2002

<sup>10</sup> N. Segnan, G. Ronco, S. Ciatto, "Cervical cancer *screening* in Italy" Eur J Cancer 2000; 36: 2235-9.

da cui desumere i dati relativi all'utilizzo, da parte delle donne, degli strumenti di prevenzione per la diagnosi precoce dei tumori femminili.

Con l'indagine Istat sulle condizioni di salute 1999-2000 sono state rilevate le informazioni relative alla prevenzione femminile indipendentemente dall'adesione a programmi di *screening*. Grazie anche alle altre informazioni raccolte con l'indagine, è stato possibile delineare i profili delle utilizzatrici e delle donne escluse, informazioni fondamentali ai fini dell'ottimizzazione della pianificazione di programmi di *screening* e di campagne educative in modo da migliorare l'adesione delle donne ai controlli di prevenzione.

## 2. Fonti e metodi

Le informazioni relative alla prevenzione femminile sono state rilevate per tutte le donne di 25 anni e più con riferimento a tre aspetti: 1) l'accesso ai controlli di pap-test e mammografia; 2) l'età al primo controllo; 3) la ripetizione e la frequenza con cui vengono effettuati i controlli successivi al primo.

Il fatto di disporre di una base dati in cui, oltre ad essere presenti informazioni relative alla fruizione di pap-test e mammografia, sono presenti anche informazioni di tipo socio-demografico (età, titolo di studio, condizione occupazionale, regione di residenza, tipologia comunale, ecc) o relative ad altri aspetti della salute e degli stili di vita (percezione dello stato di salute, controlli e visite mediche di prevenzione - tra cui i controlli per valutare la presenza di osteoporosi -, attività motoria, fumo, obesità), ha permesso di aver maggiori elementi per caratterizzare le donne riguardo ai loro atteggiamenti e ai comportamenti nei confronti della prevenzione in generale e di quella femminile in particolare.

Innanzitutto sono stati analizzati l'accesso e la frequenza dei controlli di prevenzione tramite pap-test tra le donne di 25-64 anni, e l'accesso e la frequenza per la mammografia tra le donne di 50-69 anni. Per questi due gruppi di donne, inoltre, è stata effettuata un'analisi più approfondita, attraverso l'applicazione di analisi di tipo multivariato (analisi in corrispondenze multiple e cluster analysis), con lo scopo di individuare segmenti di popolazione femminile secondo le modalità di fruizione dei controlli preventivi e quindi i differenti target verso cui possono essere indirizzate le politiche in modo flessibile.

Successivamente ci si è soffermati sul sottogruppo delle donne di 50-64 anni. Secondo le indicazioni presenti nelle linee guida nazionali ed internazionali, le donne di questa fascia di età dovrebbero sottoporsi periodicamente sia allo *screening* mammografico che al pap-test. Su questo gruppo di donne è stato applicato un modello di regressione logistica, per evidenziare i fattori che aumentano il rischio di esclusione da ambedue i tipi di controllo di prevenzione femminile.

### 3. Accesso, età di inizio e frequenza dei controlli tramite pap-test e mammografia

Negli ultimi 10 anni si è assistito ad una crescente diffusione di comportamenti preventivi tra le donne. Nel 1999-2000 quasi il 70,0 per cento delle donne di 25-64 anni ha effettuato almeno una volta nella vita un pap-test in assenza di disturbi o sintomi, con un incremento complessivo del 15,0 per cento rispetto al 1994. La copertura per lo *screening* mammografico tra le donne di 50-69 anni è invece più bassa (58,0 per cento), ma è più elevato l'incremento rispetto al 1994 (33,0 per cento). La maggiore crescita per i controlli mammografici che si osserva tra il 1994 e il 1999-2000 è, almeno in parte, da attribuire all'effetto delle campagne di *screening* mammografico che, proprio in questo arco temporale, si sono andate consolidando perlomeno su una parte del territorio nazionale. Lo *screening* tramite pap test aveva invece già avuto, prima di questo quinquennio, una maggiore diffusione, anche indipendentemente dall'avvio dei programmi di *screening*.

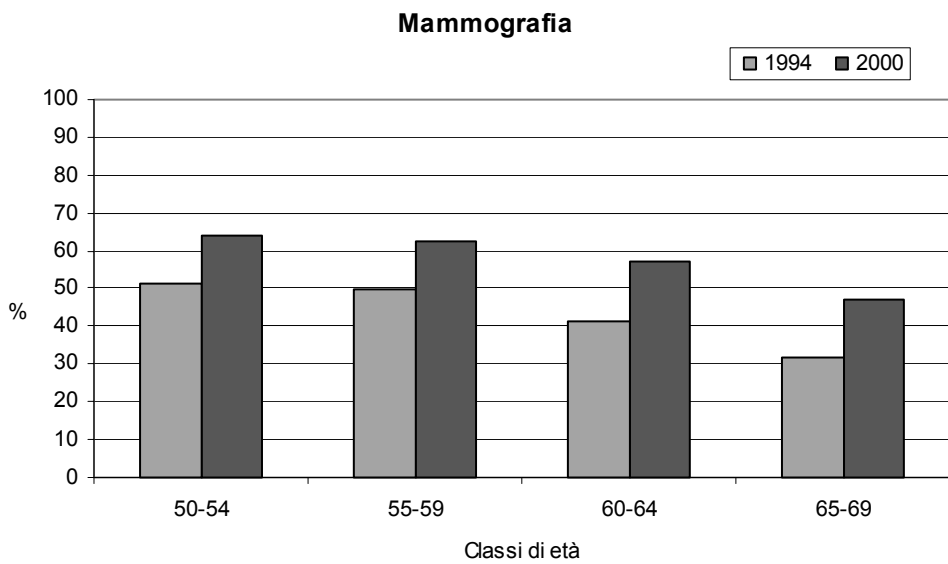
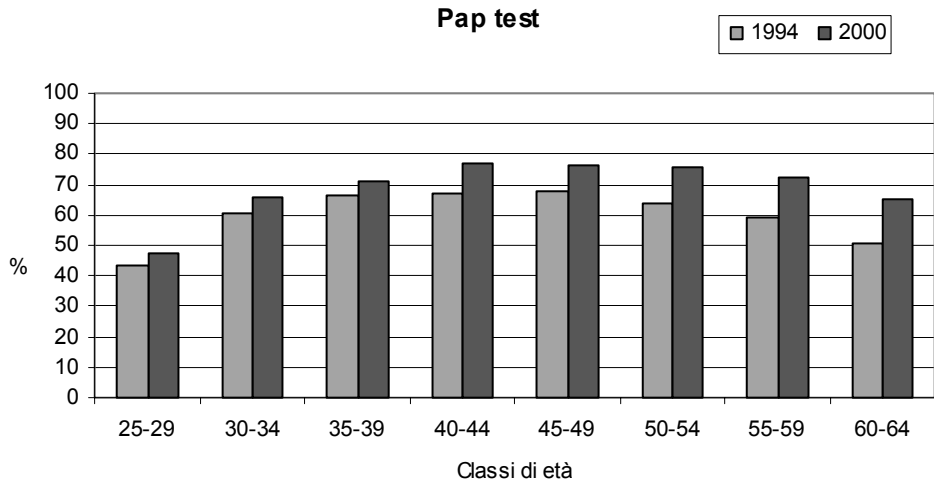
Nel 1999-2000, l'utilizzo del pap-test cresce all'aumentare dell'età, raggiunge il massimo tra le donne di 40-44 anni per poi decrescere. La percentuale minima di utilizzo si rileva tra le giovani tra i 25 e i 29 anni. Il ricorso alla mammografia è maggiore tra le donne di 50-54 anni, e decresce all'aumentare dell'età. La percentuale minima di fruizione è raggiunta dalle anziane tra 65 e 69 anni.

Sia per il pap-test che per la mammografia, l'aumento rispetto al 1994 è particolarmente elevato nei gruppi che presentavano tassi di copertura più bassi, vale a dire nel Sud e nelle Isole e tra le donne più anziane. Tuttavia il divario Nord-Sud si assottiglia ma non sparisce: nel 1999-2000 al Sud oltre il 60,0 per cento delle donne di 50-69 anni dichiara di non essersi mai sottoposta ad uno *screening* mammografico e poco meno del 50,0 per cento delle donne di 25-64 anni non ha mai effettuato un pap-test per controllo. Per quanto riguarda il pap-test, le differenze territoriali sono più marcate tra le più giovani: nel Nord est la quota di donne fra i 25 ed i 29 anni che ha effettuato un pap-test, è una volta e mezzo quella del Sud.

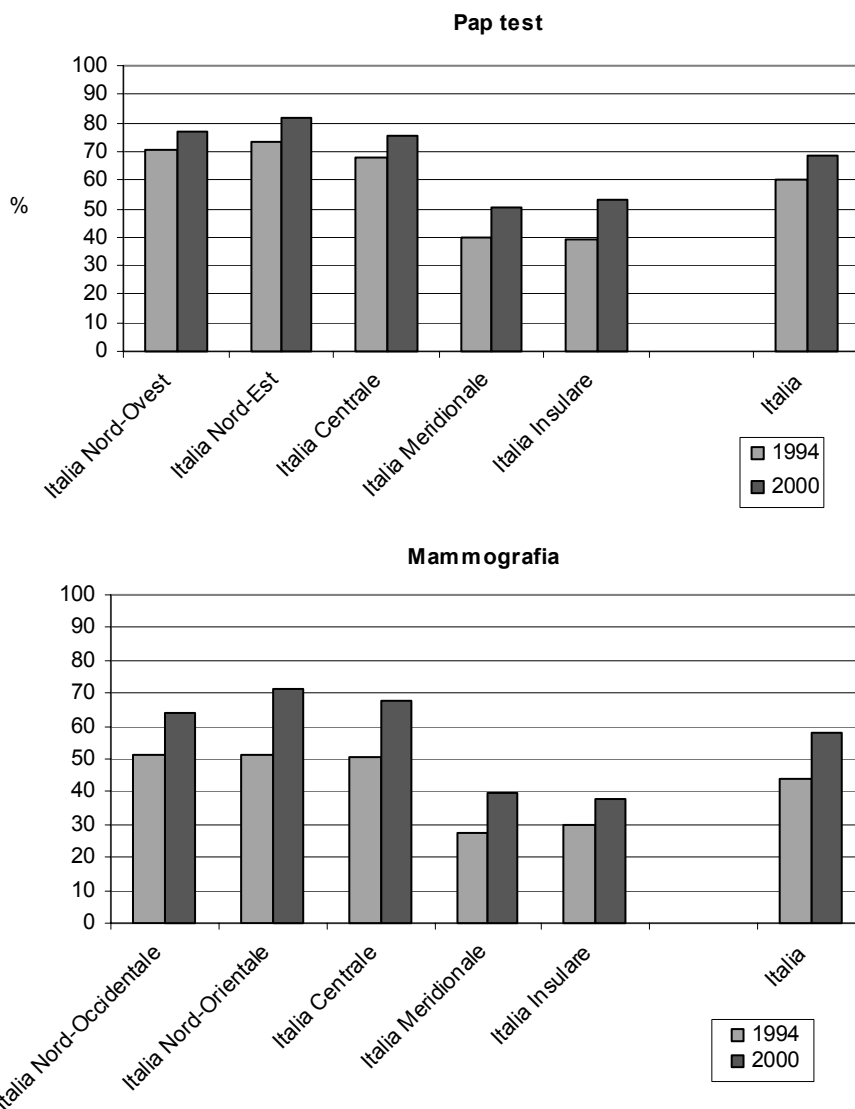
Anche il livello di istruzione e la condizione occupazionale condizionano il ricorso al pap-test e alla mammografia: la percentuale di utilizzo cresce, infatti, all'aumentare del titolo di studio ed è più alta per le occupate. Ad esempio tra le donne con la sola licenza elementare o nessun titolo di studio, la quota di quante hanno eseguito un pap-test è di 10 punti percentuali più bassa rispetto a quella che si registra tra le diplomate e laureate. Tale differenza sale a 12 - 15 punti nel Sud e nelle Isole e le distanze si mantengono anche a parità di età.

Si inizia a fare il pap-test in media a 31 anni, in ritardo di 6 anni rispetto alle raccomandazioni del Psn. Le donne dell'Italia meridionale tendono ad effettuare questo tipo di controllo più tardivamente, con un'età media al primo pap-test di 34 anni. Si inizia, invece, a fare mammografia in media a 47 anni, cioè prima dell'età consigliata (50 anni).

**Grafico 1 - Donne di 25-64 anni che si sono sottoposte a pap-test e donne di 50-69 anni che si sono sottoposte a mammografia in assenza di disturbi o sintomi, per classe di età e anno di rilevazione – Anni 1994 e 1999-2000 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)**



**Grafico 2 - Donne di 25-64 anni che si sono sottoposte a pap-test e donne di 50-69 anni che si sono sottoposte a mammografia in assenza di disturbi o sintomi, per ripartizione geografica e anno di rilevazione – Anni 1994 e 1999-2000 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)**



Una quota rilevante di donne inizia a fare controlli prima delle età indicate dal protocollo (17,0 per cento per il pap-test e 31,0 per cento per la mammografia) e, tra le più istruite, questa percentuale sale rispettivamente al 23,0 per cento e al 49,0 per cento, segno che è in atto anche una tendenza spontanea alla prevenzione non sempre legata ai programmi di *screening*. Progressivamente tende a diffondersi la prevenzione tra le nuove generazioni che iniziano a fare i controlli sempre più precocemente.

Particolare rilevanza assume la tendenza a sottoporsi più volte agli *screening* tramite pap-test e mammografia e la periodicità con la quale tali controlli sono effettuati. Tra le donne di 25-64 anni che hanno eseguito un pap-test in assenza di disturbi o sintomi, il 55,0 per cento ha effettuato l'esame diagnostico più di una volta nella vita. Le donne che fanno i controlli tendono a farli più frequentemente rispetto alle indicazioni del Psn. Infatti, solo il 6,0 per cento lo ha eseguito ogni tre anni come raccomandato, mentre nel 41,0 per cento dei casi la frequenza dei controlli è stata maggiore e nell'8,0 per cento è stata minore. Ha invece ripetuto lo *screening* mammografico il 41,0 per cento delle donne dai 50 ai 69 anni, con una quota del 16,0 per cento che segue le indicazioni del Psn (vi si sottopone ogni due anni), del 14,0 per cento che ripete il controllo più spesso, e dell'11,0 per cento che lo ripete meno frequentemente. Nelle regioni in cui esistono già dei programmi di *screening* operativi (come ad esempio in Emilia Romagna, Toscana, Piemonte, Veneto, provincia autonoma di Trento e Valle d'Aosta) più spesso che altrove, si effettuano i controlli con una periodicità di due o tre anni così come raccomandato dalle linee guida.

Considerando le donne di 50-64 anni, che, stando alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale, dovrebbero effettuare periodicamente entrambi i controlli, la maggior parte (55,0 per cento) ha fatto sia pap-test che mammografia, il 16,0 per cento ha fatto solo il pap-test, il 6,4 per cento ha fatto solo la mammografia ed il restante 22,5 per cento non ha effettuato nessuno dei due controlli. Tra le donne di questa classe di età che si sono sottoposte sia a pap-test che a mammografia, il 69,7 per cento ha ripetuto entrambi i controlli più di 1 volta e di queste il 70,0 per cento ha effettuato i controlli entro i tempi previsti. Tra quelle che hanno fatto solo il pap-test, è pari al 61,7 per cento la quota di quante ha ripetuto i controlli più di 1 volta e di queste il 66,9 per cento ha effettuato i controlli entro i tempi previsti. Infine il 48,2 per cento delle donne che si sono sottoposte solo alla mammografia, ha ripetuto i controlli più di 1 volta; di queste donne il 69,4 per cento ha effettuato i controlli entro i tempi previsti.

#### **4. Analisi di segmenti di popolazione femminile secondo le modalità di fruizione dei controlli preventivi**

Al fine di individuare tra le donne dei profili omogenei rispetto ad atteggiamenti e comportamenti verso la prevenzione femminile, è stata applicata un'analisi dei gruppi sulla base di fattori sintetici ottenuti da un'analisi in corrispondenze multiple<sup>11</sup>. Ai fini dell'analisi sono state prese in considerazione: informazioni socio-demografiche (età, livello di istruzione, stato civile, ripartizione geografica); informazioni relative ai comportamenti nei confronti della prevenzione femminile (frequenza e regolarità con cui sono stati eseguiti pap-test e mammografia, età al primo pap-test e alla prima mammografia); informazioni relative ai comportamenti nei confronti della prevenzione in generale (visite mediche di

---

<sup>11</sup> Sono stati presi in considerazione i primi tre fattori estratti dall'analisi in corrispondenza multiple, che riproducono circa il 19,5 per cento dell'inerzia totale.

prevenzione). Per caratterizzare ulteriormente i profili, sono state inoltre considerate alcune variabili illustrative relative sia a stili di vita e stato di salute, come l'abitudine al fumo, l'attività fisica, l'indice di massa corporea e lo stato di salute percepito, sia ad altri comportamenti preventivi, come il controllo regolare del peso, i controlli di pressione arteriosa, colesterolo e glicemia e le visite ginecologiche. È possibile così pervenire ad una segmentazione della popolazione femminile sulla base della quale poter indirizzare le politiche di prevenzione.

#### 4.1 Pap-test

Dall'analisi dei gruppi emergono sette tipologie di donne. I primi due gruppi sono costituiti prevalentemente da giovani di età compresa tra i 25 ed i 44 anni che hanno comportamenti salutari (non fumano, fanno attività fisica anche intensiva e non sono sovrappeso, controllano spesso il peso e godono di un buono stato di salute fisica). Il primo (le giovani del Nord dinamiche e recettive verso la prevenzione) è composto dal 22,9 per cento delle donne di 25-64 anni. Si tratta prevalentemente di donne residenti al Nord e con un alto titolo di studio, che hanno fatto almeno un pap-test nella vita, effettuando i controlli con una periodicità di 2 anni, ed hanno iniziato a farli presto (prima dei 30 anni). Il secondo (le giovani del Sud dinamiche ma lontane dalla prevenzione) si distingue dal precedente per una diversa collocazione territoriale (si tratta prevalentemente di donne residenti nel Sud e nelle Isole) e per il fatto di avere comportamenti poco attenti verso la prevenzione femminile. Il gruppo comprende il 17,0 per cento di tutte le donne di 25-64 anni. Si tratta sempre di donne con un titolo di studio medio-alto, tuttavia, rispetto all'altro gruppo di giovani, non hanno mai fatto il pap-test e, di recente, non hanno fatto visite ginecologiche o di prevenzione.

Probabilmente una campagna di informazione efficace sugli *screening* femminili potrebbe avvicinare queste donne a comportamenti più corretti. Esse rappresentano quindi un potenziale facilmente conquistabile alla prevenzione, perché di caratteristiche simili al gruppo di giovani del Nord.

Altri due gruppi sono invece costituiti prevalentemente da donne più adulte, di età compresa tra 35 e 54 anni, che non adottano stili di vita salutari e non sono particolarmente attente alla prevenzione in generale. Il primo tra questi (le adulte del Nord che hanno iniziato presto nonostante stili di vita non salutari e poca attenzione alla prevenzione) comprende il 16,0 per cento delle donne di 25-64 anni. Sono prevalentemente residenti al Nord, occupate, con un titolo di studio medio-alto. Queste donne hanno iniziato presto a fare il pap test (tra i 25 e i 34 anni) e lo fanno tendenzialmente con una frequenza anche maggiore rispetto alle indicazioni dei protocolli ufficiali, hanno inoltre effettuato, nonostante la giovane età, almeno un controllo mammografico. È evidente che il fatto di risiedere in regioni in cui da più tempo sono stati avviati programmi di *screening* organizzati rende più facile per queste donne l'accesso ad un uso più corretto di questi strumenti di prevenzione. Il secondo gruppo di adulte (le donne mature escluse del Sud), diversamente dal primo, è costituito soprattutto da donne residenti nel Sud o nelle Isole con titolo di



studio medio e per lo più casalinghe, ed è formato dall'8,0 per cento di tutte le donne di 25-64 anni. Si tratta di donne che non hanno mai effettuato né pap-test né mammografia o controlli per l'osteoporosi e per le quali l'avvio di programmi di *screening* e la diffusione di una maggiore informazione sulla prevenzione potrebbe favorire l'avvicinamento ai controlli. Va tenuto presente comunque che questo segmento di donne del Sud ha mediamente un titolo di studio più basso rispetto a quelle del Nord; è quindi necessario tenere conto anche di questo fattore nella pianificazione dei programmi di *screening*.

Infine le ultime tre tipologie di donne comprendono essenzialmente le più mature (45-64 anni) caratterizzate da stili di vita poco salutari e basso titolo di studio. Tra queste un primo gruppo (le adulte-anziane del Nord poco istruite: inizio relativamente precoce della prevenzione) è quello delle donne residenti al Nord e casalinghe, composto dal 14,8 per cento di tutte le donne di 25-64 anni. Nella maggior parte dei casi hanno fatto almeno un pap-test ed hanno iniziato tra 35 e 44 anni, anche se in molti casi ne hanno fatto solo uno o lo fanno raramente. Inoltre, hanno effettuato almeno una mammografia e controlli per l'osteoporosi, controlli del sangue e della pressione, ma di recente non hanno fatto visite ginecologiche né di prevenzione e godono di un cattivo stato di salute fisica e psicologica. In questo caso, il fatto di risiedere in una zona ad alto sviluppo di programmi di *screening* e campagne informative, favorisce l'avvicinamento a comportamenti preventivi anche di donne che, per caratteristiche strutturali, sarebbero più svantaggiate. Il secondo gruppo (le più anziane poco istruite: inizio tardivo), si differenzia dal precedente perché comprende in misura maggiore donne un po' più anziane, è costituito dal 12,4 per cento delle donne di 25-64 anni. In questo gruppo, in cui la percentuale di donne residenti al Centro è più elevata rispetto alla media, prevalgono le casalinghe che hanno iniziato tardivamente a fare pap-test (45-54 anni) e ne hanno fatto solo uno o lo fanno raramente. Queste donne hanno effettuato anche mammografia e controllo per osteoporosi e controlli del sangue e della pressione, ma non visite ginecologiche né di prevenzione e ritengono di godere di un cattivo stato di salute fisica e psicologica. L'inizio tardivo dei controlli potrebbe essere legato al basso livello di istruzione.

L'ultimo gruppo delle più mature, quello più a rischio (le più anziane del Sud escluse da ogni forma di prevenzione), è composto per la maggior parte da donne residenti nel Sud, vedove e casalinghe, non occupate e che giudicano scarse le risorse della propria famiglia. Queste donne (il 9,0 per cento del totale delle donne di 25-64 anni) non hanno fatto mai il pap-test né la mammografia, hanno un cattivo stato di salute fisica e psicologica. In questo caso, l'effetto negativo determinato dal risiedere in una zona in cui le campagne di *screening* sono meno diffuse, si somma all'effetto negativo del basso titolo di studio.

**Prospetto 2 - Caratteristiche dei segmenti di donne di 25-64 anni secondo le modalità di fruizione del pap-test**

GRUPPI	Percentuale delle donne di 25-64 anni	Caratteristiche
Le giovani del Nord dinamiche e recettive verso la prevenzione	22,9	25-44 anni; Nord; alto titolo di studio; stili di vita salutari; hanno fatto almeno un pap-test nella vita; controlli con una periodicità di 2 anni, iniziati presto
Le giovani del Sud dinamiche ma lontane dalla prevenzione	17	25-44 anni; Sud e Isole; titolo di studio medio-alto; stili di vita salutari; comportamenti poco attenti verso la prevenzione femminile
Le adulte del Nord che hanno iniziato presto nonostante stili di vita non salutari e poca attenzione alla prevenzione	16	35-54 anni; Nord; occupate; titolo di studio medio-alto; stili di vita poco salutari; poco attente alla prevenzione in generale; inizio precoce del pap test; frequenza anche maggiore rispetto alle indicazioni; almeno una mammografia
Le donne mature escluse del Sud	8	35-54 anni; Sud e Isole; titolo di studio medio; casalinghe; stili di vita poco salutari; poco attente alla prevenzione in generale; mai effettuato pap-test, mammografia o controlli per l'osteoporosi
Le adulte-anziane del Nord poco istruite: inizio relativamente precoce della prevenzione	14,8	45-64 anni; Nord; casalinghe; basso titolo di studio; stili di vita poco salutari; almeno un pap-test; inizio controlli tra 35 e 44 anni; almeno una mammografia e controlli per l'osteoporosi, controlli del sangue e della pressione; nessuna visita ginecologica né di prevenzione recente; cattivo stato di salute fisica e psicologica
Le più anziane poco istruite: inizio tardivo	12,4	55-64 anni; Centro; casalinghe; basso titolo di studio; stili di vita poco salutari; inizio tardivo del pap-test (45-54 anni); pochi controlli; almeno una mammografia e controllo per osteoporosi e controlli del sangue e della pressione; nessuna visita ginecologica né di prevenzione recente; cattivo stato di salute fisica e psicologica
Le più anziane del Sud escluse da ogni forma di prevenzione	9	55-64 anni; Sud; casalinghe; basso titolo di studio; stili di vita poco salutari; scarse risorse economiche familiari; mai effettuato pap-test né mammografia; cattivo stato di salute fisica e psicologica

#### *4.2 Mammografia*

Dall'analisi dei gruppi relativa alla mammografia emergono cinque tipologie di comportamento. I primi due gruppi sono costituiti prevalentemente da donne più giovani (50-59 anni) che adottano stili di vita salutari (non fumano, fanno attività fisica anche intensiva e sono normopeso). Il primo (le più giovani che iniziano prima dei 50 anni) comprende il 23,1 per cento di tutte le donne di 50-69 anni. Sono

residenti soprattutto nelle regioni dell'Italia del Nord, sono nella maggior parte dei casi di status socio-economico elevato (hanno titolo di studio medio o alto, ricoprono alte qualifiche professionali, dichiarano di possedere delle risorse economiche adeguate). Sono donne molto attente ai comportamenti preventivi: nella maggior parte dei casi hanno fatto almeno una mammografia, iniziando i controlli anche prima dei 50 anni e continuano ad eseguire i controlli mammografici successivi al primo con una periodicità di circa 2 anni. Hanno eseguito il pap-test, continuando ad eseguire i controlli con periodicità di 2 anni, e si sono sottoposte a controlli per l'osteoporosi. Il secondo (le più giovani escluse) riunisce il 19,4 per cento delle donne di 50-69 anni. Si differenzia dal precedente per una diversa collocazione territoriale, infatti si tratta di donne residenti soprattutto al Sud e nelle Isole. Sono donne istruite ma poco attente verso i comportamenti preventivi: non hanno mai effettuato la mammografia e nemmeno il pap-test o controlli per valutare la presenza di osteoporosi. Inoltre di recente non hanno fatto nessuna visita ginecologica o di prevenzione. Queste donne, attente al proprio stato di salute, costituiscono un segmento della popolazione femminile probabilmente recettivo a campagne di informazione sulla prevenzione più diffuse sul territorio.

Un terzo gruppo (inizio recente ma non tardivo, effetto "territorio" e programmi di *screening*) comprende donne più mature, prevalentemente di età compresa tra 55 e 64 anni. Si tratta del 21,9 per cento delle donne di 50-69 anni, coniugate e residenti soprattutto nel Nord e nel Centro. Nella maggior parte dei casi hanno un basso titolo di studio, non sono occupate o sono ritirate dal lavoro. Sono donne abbastanza attente verso i comportamenti preventivi. Hanno fatto la mammografia (anche se molte di queste donne ne hanno fatta solo una nel corso della vita) e hanno iniziato i controlli mammografici tra i 45 e i 54 anni. Oltre alla mammografia hanno fatto almeno un pap-test (con controlli successivi al primo con una periodicità di 2/3 anni o oltre 3 anni) e controlli di osteoporosi. Sono donne che fanno anche altri tipi di prevenzione: controllano la pressione arteriosa ed eseguono gli esami del sangue; tuttavia non fanno visite ginecologiche.

Le ultime due tipologie di donne comprendono le donne più anziane (60-69 anni), con basso titolo di studio e che dichiarano di avere scarse risorse economiche in famiglia. Sono soprattutto donne che vivono da sole o che sono vedove. Tra queste un primo gruppo (inizio recente e tardivo) è costituito dal 10,9 per cento delle donne di 50-69 anni. Sono donne che risiedono prevalentemente nelle regioni del Centro e, pur non essendo particolarmente attente verso la prevenzione, hanno fatto un controllo mammografico, iniziato tra i 55 e 64 anni e hanno effettuato un pap-test. Ricorrono soprattutto ad altri tipi di controlli: pressione arteriosa, colesterolo, glicemia, probabilmente anche perché dichiarano di avere un cattivo stato di salute fisica e psicologica. Di recente tuttavia non hanno fatto nessuna visita ginecologica o di prevenzione. Su questo segmento di donne l'effetto positivo del territorio fa pesare meno quello negativo determinato da un basso livello socio-culturale. Il secondo gruppo (Le escluse anziane) comprende il 24,7 per cento delle donne di 50-69 anni. A differenza del precedente, è costituito prevalentemente da donne residenti nelle regioni dell'Italia Meridionale, che non hanno mai effettuato la mammografia e nemmeno il pap-test o il controllo per valutare la presenza di osteoporosi. Fanno tuttavia controlli di pressione arteriosa, colesterolo, glicemia,

anche perché dichiarano di avere un cattivo stato di salute fisica e psicologica. In questo caso l'effetto negativo del livello di istruzione si unisce allo svantaggio determinato dalla minore presenza di campagne di *screening* nel Meridione.

**Prospetto 3 - Caratteristiche dei segmenti di donne di 50-69 anni secondo le modalità di fruizione della mammografia**

GRUPPI	Percentuale delle donne di 25-64 anni	Caratteristiche
Le più giovani che iniziano prima dei 50 anni	23,1	50-59 anni; Nord; status socio-economico elevato; stili di vita salutari. Molto attente ai comportamenti preventivi: almeno una mammografia; inizio controlli anche prima dei 50 anni; periodicità di circa 2 anni; hanno eseguito pap-test e controlli per l'osteoporosi
Le più giovani escluse	19,4	50-59 anni; Sud e Isole; titolo di studio medio-alto; stili di vita salutari. Poco attente verso i comportamenti preventivi: mai effettuato mammografia né pap-test o controlli per osteoporosi; nessuna visita ginecologica né di prevenzione recente
Inizio recente ma non tardivo, effetto "territorio" e programmi di <i>screening</i>	21,9	55-64 anni; Centro-Nord; basso titolo di studio; non occupate o ritirate dal lavoro. Abbastanza attente verso i comportamenti preventivi: almeno una mammografia (spesso solo una nella vita); inizio controlli tra i 45 e i 54 anni; almeno un pap-test e controlli di osteoporosi; fanno alcuni controlli di prevenzione generale
Inizio recente e tardivo	10,9	60-69 anni; Centro; basso titolo di studio; scarse risorse economiche familiari; almeno una mammografia; inizio controlli tra i 55 e 64 anni; almeno un pap-test; ricorrono soprattutto ad altri tipi di controlli (pressione arteriosa, colesterolo, glicemia); cattivo stato di salute fisica e psicologica; nessuna visita ginecologica né di prevenzione recente
Le escluse anziane	24,7	60-69 anni; Sud; basso titolo di studio; scarse risorse economiche familiari; mai effettuato mammografia né pap-test o controlli per l'osteoporosi; fanno controlli di pressione arteriosa, colesterolo, glicemia; cattivo stato di salute fisica e psicologica

## 5. I fattori che aumentano il rischio di esclusione delle donne di 50-64 anni dai controlli di prevenzione

Dall'analisi dei gruppi come anche dalle analisi preliminari è emerso che esiste una quota consistente della popolazione femminile che, pur essendo nelle fasce di età consigliate dalle linee guida, non ha mai eseguito i controlli di prevenzione o li esegue con poca regolarità.

Le donne che non hanno mai effettuato in passato né il pap-test né la mammografia, presentano rischi di mortalità maggiori anche rispetto alle donne che hanno un'abitudine ad eseguire i controlli successivi al primo con intervalli maggiori a quelli consigliati<sup>12</sup>. Prendendo in considerazione le donne nella fascia di età 50-64 anni, è stato costruito un modello di regressione logistica che ha consentito di analizzare l'associazione di un set di variabili di tipo socio-demografico e comportamentale con la probabilità di non aver mai effettuato nella vita né pap-test né mammografia. Il modello di regressione logistica ci ha permesso di valutare l'effetto di ogni singola variabile sui comportamenti di prevenzione femminile, al netto di quello delle altre variabili presenti nel modello. Come abbiamo già constatato, infatti, la partecipazione attiva agli *screening* risulta diversamente associata ad alcune caratteristiche delle donne.

Le variabili utilizzate possono essere suddivise in 4 categorie:

- variabili relative a comportamenti di prevenzione in generale (controllo del peso, controllo della presenza di osteoporosi, visite mediche, controllo del colesterolo, della glicemia e della pressione arteriosa);
- variabili relative a stili di vita e stato di salute: abitudine al fumo, indice di massa corporea, attività motoria, percezione dello stato di salute;
- variabili di tipo territoriale: ripartizione geografica e tipologie comunali;
- variabili relative a caratteristiche individuali: età, titolo di studio, condizione occupazionale, risorse economiche della famiglia.

Dall'analisi dei risultati (Prospetto 2) emerge che il rischio di non aver effettuato né pap-test né mammografia è quattro volte superiore tra le donne che non hanno mai fatto controlli per valutare la presenza di osteoporosi rispetto a quelle che li hanno fatti. Per le donne in questa fascia di età i comportamenti legati alla prevenzione femminile risultano dunque fortemente associati tra di loro. Rischi alti, anche se non così elevati, si riscontrano tra le donne che non hanno fatto nessun tipo di controllo del livello di colesterolo, glicemia e pressione arteriosa, o che hanno fatto solo uno di questi controlli. Inoltre anche controllare raramente il proprio peso e non

---

<sup>12</sup> Commissione Oncologica Nazionale: Proposte operative in tema di prevenzione secondaria del cervico-carcinoma uterino e dei tumori della mammella. In Linee Guida elaborate dalla Commissione oncologica nazionale, in applicazione di quanto previsto dal Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-96, relativo all'azione programmata "Prevenzione e cura delle malattie oncologiche", concernenti l'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in oncologia. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.127 del 1°giugno 1996

aver effettuato visite mediche di prevenzione sono comportamenti associati ad un maggiore rischio di non aver effettuato né pap-test né mammografia. La scarsa attenzione verso la prevenzione in generale ha dunque un effetto sull'aumento del rischio di non effettuare pap-test né mammografia, anche tenendo sotto controllo variabili che hanno una forte influenza su questi comportamenti, come lo status socio-economico e la zona di residenza delle donne.

Considerando invece le variabili legate a stili di vita e stato di salute, si osserva una tendenza ad associare insieme più comportamenti salutari: risulta significativamente più alto il rischio di non aver effettuato i controlli tra chi è inattivo e tra chi non è normopeso. Inoltre, rispetto alle ex fumatrici, il rischio di non aver effettuato i controlli è maggiore sia tra le donne che fumano che tra quelle che non hanno mai fumato. Tra le donne in questa fascia d'età, come mostrano alcune analisi sull'abitudine al fumo, si osserva una maggiore prevalenza di fumatrici ed ex-fumatrici tra le più colte che hanno iniziato a fumare in un'epoca in cui questa abitudine veniva considerata un fattore di emancipazione<sup>13</sup>. Questo presumibilmente spiega perché, anche al netto dell'effetto di status socio-economico e territorio, le donne che hanno smesso di fumare sono particolarmente sensibilizzate verso comportamenti salutari e le donne che non hanno mai fumato sono il gruppo più a rischio.

Riguardo alle variabili territoriali si conferma fortissimo il gradiente Nord-Sud: le donne dell'Italia meridionale ed insulare hanno un rischio quattro volte superiore di non aver effettuato né pap-test né mammografia, rispetto alle donne del Nord-est (dove, come è già stato sottolineato più volte, sono da più tempo attivi numerosi programmi di *screening*), ma anche nel Nord-ovest e nel Centro il rischio è significativamente più elevato; è inoltre più alto il rischio di non aver effettuato i controlli tra le donne che vivono in comuni piccoli (fino a 10mila abitanti) rispetto a quelle che vivono in grandi centri metropolitani.

Considerando infine altre caratteristiche individuali (età, titolo di studio, stato civile, risorse economiche), risulta confermata la tendenza delle donne più anziane a fare meno controlli rispetto alle più giovani: le donne di 60-64 anni hanno un rischio di non aver effettuato i controlli che è quasi il doppio rispetto alle donne di 50-54 anni. Emerge un rischio altrettanto forte tra le donne con titolo di studio più basso e tra le non coniugate. Significativo infine il rischio di non aver mai fatto prevenzione tra le donne che dichiarano insufficienti le risorse economiche della famiglia rispetto a quelle che presentano una situazione economica più vantaggiosa.

---

<sup>13</sup> Ronco G, Segnan N, Ponti A. Who has pap-test? Variables associated with the use of pap-test in absence of *screening* programmes. Int J Epidemiol 1991; 20: 349-350

**Prospetto 4 - Stime e standard errors dei parametri del Modello di regressione logistica relativamente alla probabilità di non aver mai effettuato il pap-test e la mammografia (donne di 50-64 anni) - Anni 1999-2000**

	Parametro		Probabilità	Odds ratio	Intervallo di confidenza al 95%	
	stimato	Standard error				
<b>Età</b>						
50-54	0	-	-	1		
55-59	0.2412	0.0590	<.0001	1.273	1.134	1.429
60-64	0.5929	0.0604	<.0001	1.809	1.607	2.037
<b>Titolo di studio</b>						
Laurea, diploma superiore	0	-	-	1		
Licenza Media	0.3818	0.0835	<.0001	1.465	1.244	1.725
Licenza Elementare/Nessun titolo	0.6341	0.0775	<.0001	1.885	1.620	2.195
<b>Condizione occupazionale</b>						
Occupata	0	-	-	1		
Non occupata	0.0160	0.0618	0.7953	1.016	0.900	1.147
<b>Stato civile</b>						
Coniugata	0	-	-	1		
Non coniugata	0.4823	0.0538	<.0001	1.620	1.458	1.800
<b>Risorse economiche</b>						
Ottime	0	-	-	1		
Adeguate	-0.0516	0.1408	0.7141	0.950	0.721	1.251
Scarse	0.0264	0.1461	0.8568	1.027	0.771	1.367
Insufficienti	0.1627	0.1787	0.3626	1.177	0.829	1.670
<b>Ripartizione geografica</b>						
Nord-est	0	-	-	1		
Nord-ovest	0.3860	0.0806	<.0001	1.471	1.256	1.723
Centro	0.4293	0.0864	<.0001	1.536	1.297	1.820
Sud	1.3829	0.0793	<.0001	3.986	3.413	4.657
Isole	1.4306	0.0909	<.0001	4.181	3.499	4.996
<b>Tipologia comunale</b>						
Comune centro dell'area metropolitana	0	-	-	1		
Periferia dell'area metropolitana	0.0627	0.0924	0.4974	1.065	0.888	1.276
Fino a 10.000 abitanti	0.3963	0.0773	<.0001	1.486	1.277	1.730
Da 10.001 a 50.000	0.1461	0.0796	0.0664	1.157	0.990	1.353
Più di 50.000	0.3030	0.0845	0.0003	1.354	1.147	1.598

**Prospetto 4 (segue) - Stime e standard errors dei parametri del Modello di regressione logistica relativamente alla probabilità di non aver mai effettuato il pap-test e la mammografia (donne di 50-64 anni) - Anni 1999-2000**

	Parametro stimato	Standard error	Probabilità	Odds ratio	Intervallo di confidenza al 95%	
<b>Abitudine al fumo</b>						
Ex Fumatrice	0	-	-	1		
Non fumatrice	0.3098	0.0788	<.0001	1.363	1.168	1.591
Fumatrice	0.1902	0.0939	0.0428	1.209	1.006	1.454
<b>Indice di massa corporea</b>						
Normopeso	0	-	-	1		
Sottopeso	0.3995	0.1573	0.0111	1.491	1.096	2.029
Sovrappeso/obeso	0.0839	0.0485	0.0832	1.088	0.989	1.196
<b>Attività motoria</b>						
Attiva	0	-	-	1		
Inattiva	0.1737	0.0517	0.0008	1.190	1.075	1.316
<b>Percezione dello stato di salute</b>						
Bene o molto bene	0	-	-	1		
Discretamente	-0.0590	0.0515	0.2522	0.943	0.852	1.043
Male o molto male	0.1667	0.0867	0.0545	1.181	0.997	1.400
<b>Controllo del peso</b>						
Almeno una volta al mese	0	-	-	1		
Mai o qualche volta all'anno	0.3526	0.0470	<.0001	1.423	1.298	1.560
<b>Controllo della presenza di osteoporosi</b>						
Ha effettuato almeno un controllo	0	-	-	1		
Non ha mai effettuato controlli	1.4340	0.0622	<.0001	4.196	3.714	4.739
<b>Visite Mediche</b>						
Ha effettuato visite mediche di prevenzione	0	-	-	1		
Ha effettuato visite mediche ma non di prevenzione	0.0953	0.0966	0.3239	1.100	0.910	1.329
Non ha effettuato nessun tipo di visite medica	0.3545	0.0873	<.0001	1.426	1.201	1.692
<b>Controllo del colesterolo, glicemia, pressione arteriosa</b>						
Ha effettuato tutti i controlli	0	-	-	1		
Ha effettuato solo 1 o 2 controlli	0.4318	0.0745	<.0001	1.540	1.331	1.782
Non ha effettuato nessun tipo di controllo	0.6677	0.0523	<.0001	1.950	1.760	2.160

## Conclusioni

Le analisi condotte evidenziano come negli ultimi anni si sia assistito ad un aumento nel numero di donne che ricorrono ai controlli di prevenzione tramite pap-test e mammografia. L'aumento è particolarmente elevato nei gruppi di donne che presentavano in passato tassi di copertura più bassi, vale a dire nel Sud e nelle Isole e tra le donne più anziane.



Un'influenza positiva ha sicuramente avuto il progressivo diffondersi - soprattutto dal 1996 in poi - di programmi di *screening* organizzati nonché la diffusione di campagne di informazione sulle modalità ottimali di effettuazione dei controlli, basate su linee guida nazionali ed internazionali. Tuttavia si evidenzia una situazione di distribuzione irrazionale di un numero elevato di controlli, a svantaggio di quei sottogruppi di donne tra le quali la mortalità per cancro è più alta, vale a dire le donne di status socio-economico più basso e le donne residenti al Sud.

Esistono indubbiamente delle differenze di accesso ai controlli mammografici e al pap-test. Per quanto riguarda la mammografia si osservano modalità di utilizzo, nei modi e nei tempi, più in armonia con le linee guida, forse perché rispetto al pap-test questo tipo di controllo si è diffuso parallelamente ai programmi di *screening*. Risulta tuttavia evidente che l'accesso al pap-test rispetto alla mammografia è più elevato, e questo è probabilmente da attribuire al fatto che, mentre il controllo tramite pap-test è più facilmente effettuato contestualmente alle visite ginecologiche, per la mammografia vi è un più difficile accesso a causa dei tempi di attesa più lunghi e del rapporto con i servizi più complesso. Inoltre le donne per cui è consigliabile il pap-test sono mediamente più giovani, hanno un titolo di studio più alto e sono quindi più facilmente coinvolgibili in programmi di prevenzione.

I due tipi di controllo risultano comunque fortemente associati tra loro, ed associati anche all'utilizzo di controlli per l'osteoporosi; si osserva, infatti, che le donne che effettuano con regolarità il pap-test, hanno maggiore propensione anche ad effettuare i controlli mammografici e per l'osteoporosi.

Dall'analisi dei dati effettuata sul sottogruppo delle donne di 50-64 anni, è emerso che esiste una quota consistente della popolazione femminile (23,0 per cento) che, pur essendo nelle fasce di età consigliata dalle linee guida per effettuare regolarmente pap-test e mammografia, non ha mai eseguito questi controlli di prevenzione.

Le caratteristiche maggiormente associate all'«esclusione» di queste donne dalla prevenzione femminile, confermano quanto risulta dalla letteratura. Le donne che hanno in generale una maggiore attenzione alla prevenzione e che risultano attente al proprio stato di salute seguendo stili di vita salutari sembrano essere maggiormente protette dal rischio di non aver mai effettuato né pap-test né controlli mammografici.

Ciò che desta maggiore preoccupazione è la minore propensione ai controlli delle donne che risultano più a rischio. Sono infatti le più anziane, appartenenti a generazioni tra le quali la cultura della prevenzione non era così forte nella fasi dell'età giovanile ed adulta, le donne di status socio-economico più basso e le donne residenti in piccoli comuni del Centro-sud ad essere le più svantaggiate.

## Bibliografia

- Coleman D., Day N., Douglas G., Farmery E., Lynge E., Philip J, and Segnan N., European guidelines for quality assurance in cervical cancer *screening*. Eur. J. Cancer 29A Suppl.4, 1993
- Commissione Oncologica Nazionale: Proposte operative in tema di prevenzione secondaria del cervico-carcinoma uterino e dei tumori della mammella. In Linee Guida elaborate dalla Commissione oncologica nazionale, in applicazione di quanto previsto dal Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-96, relativo all'azione programmata "Prevenzione e cura delle malattie oncologiche", concernenti l'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in oncologia. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.127 del 1°giugno 1996
- European Commission: "European Guidelines for quality assurance in mammography *screening*", third edition Luxembourg, 2001
- Faggiano F, Costa G, Zannetti R. Differenze sociali nell'incidenza dei tumori a Torino. In: Costa G, Ferraroni M, La Vecchia C, Pagano R et al. Pattern of cervical *screening* utilization in Italy. Tumori, 1989; 75: 420-422
- Ferlay J., Bray F., Sankila R. and Parkin D.M.. EUCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union 1997, version 4.1. IARC CancerBase No. 4. Lyon, IARC Press, 1999.
- ISTAT "Fattori di rischio e tutela della salute", Collana Informazioni n.26, 2002
- Lega Italiana per la lotta contro i tumori, "Raccomandazioni per gli *screening* in oncologia", 1996
- M. Rosselli, M. Zappa (a cura di), "Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei tumori femminili Primo Rapporto", 2002
- N. Segnan, G. Ronco, S. Ciatto, "Cervical cancer *screening* in Italy" Eur J Cancer 2000; 36: 2235-9.
- Perucci CA, Rapiti E, Davoli M et al. Rome women *screening* study: knowledge, attitudes and practices of women regarding *screening* for breast and cervical cancer. Tumori, 1990; 74: 365-369
- Ronco G, Segnan N, Ponti A. Who has pap-test? Variables associated with the use of pap-test in absence of *screening* programmes. Int J Epidemiol 1991; 20: 349-350
- Segnan N, "Socioeconomic status and cancer *screening*" IARC sci publ 1997; 138: 369-76 Department of Oncology, S. Giovanni Hospital, Turin, Italy



# IL RUOLO DELL'OSSERVATORIO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE DEI TUMORI FEMMINILI E I DATI PROVENIENTI DALLE SURVEY GISMA E GISCI.

*E. Mancini<sup>1</sup>, M. Zappa<sup>2</sup>, A. Frigerio<sup>3</sup>, G. Ronco<sup>1</sup>, A. Ponti<sup>1</sup>, N. Segnan<sup>1</sup>*

## **Introduzione**

Le linee guida della Commissione oncologica nazionale elaborate nel 1996<sup>4</sup>, i successivi aggiornamenti presenti nell'Accordo Stato-Regioni del 2001<sup>5</sup>, le indicazioni contenute nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 hanno fatto in modo che l'interesse delle Regioni in merito all'argomento della prevenzione secondaria attraverso gli *screening* organizzati sia cresciuto, con l'effetto dell'avvio di programmi di *screening*, per quanto eterogeneamente, su buona parte del territorio nazionale. Tutte le regioni, peraltro, dovrebbero aver adottato programmi organizzati di *screening* sul territorio di loro competenza sulla base delle indicazioni o delle normative esistenti.

---

<sup>1</sup> Centro per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica in Piemonte

<sup>2</sup> Centro per lo studio e la prevenzione oncologica - Firenze

<sup>3</sup> Primo centro di *screening* mammografico della città di Torino

<sup>4</sup> Ministero della Sanità. Linee guida elaborate dalla Commissione Oncologica Nazionale, in applicazione di quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996, relativo all'azione programmata "Prevenzione e Cura delle Malattie Oncologiche", concernenti l'organizzazione della prevenzione e della assistenza in oncologia. Supplemento Gazzetta Ufficiale 1 giugno 1996 Suppl. Ord alla G.U. 127, 1 giugno 1996

<sup>5</sup> Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano. Provvedimento 8 marzo 2001. Accordo tra il Ministro della Sanità e le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 2 maggio 2001 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29.11.2001

Inoltre, con l'introduzione dei livelli essenziali di assistenza (Lea)<sup>6</sup> che si prefiggono l'obiettivo di assicurare l'uniformità delle prestazioni erogate su tutto il territorio nazionale in termini di quantità e qualità, nasce l'esigenza di un sistema di monitoraggio delle attività di *screening*.

La Lega nazionale contro i tumori ha istituito un Osservatorio Nazionale sull'attività di prevenzione secondaria dei tumori femminili, con l'obiettivo di valutare lo stato di avanzamento dei programmi di *screening* o di altri interventi di prevenzione secondaria dei tumori femminili e di favorire iniziative di formazione degli operatori e di informazione della popolazione.

Gli operatori che si occupano di *screening* comunicano e collaborano tra loro e da tempo sono attivi attraverso il Gruppo italiano *screening* mammografico" (Gisma) ed il "Gruppo italiano *screening* del cervicocarcinoma" (Gisci).

Queste due associazioni raccolgono da anni dati sull'attività di *screening* dai vari programmi attivi in Italia, li analizzano ed annualmente monitorizzano l'andamento dei programmi di *screening* in Italia sulla base del confronto con standard internazionali e nazionali. Gisma e Gisci hanno prodotto e pubblicato rispettivamente per il proprio ambito di competenza, gli standard qualitativi per la popolazione italiana<sup>7</sup>.

È stato pubblicato un primo rapporto nel 2001<sup>8</sup>, che nasce dalla collaborazione dei Gruppi con l'osservatorio e la lega tumori, che ha raccolto i dati di attività di Gisci e Gisma relativamente all'attività svolta per l'anno 2000.

Nel corso del primo anno di attività l'Osservatorio nazionale per la prevenzione dei tumori femminili ha fornito supporto alle attività di monitoraggio dell'attività dei programmi di (*screening* Italiani survey Gisma e Gisci). È stata svolta a Roma, nel maggio del 2002 la prima conferenza nazionale sugli *screening*.

È previsto che l'attività dell'Osservatorio continui non solo aggiornando lo stato di sviluppo dei programmi italiani ma collaborando alla produzione di un sistema di indicatori per l'attività delle Unità di Senologia, favorendo la costruzione di archivi su base individuale e favorendo progetti di valutazione dell'impatto dello *screening*.

Nell'ambito dell'attività del monitoraggio dei programmi per l'anno 2000 sono stati considerati gli aspetti della diffusione, della attività in ambito di formazione, il controllo di qualità ed il versante della ricerca.

---

<sup>6</sup> Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29.11.2001

<sup>7</sup> Giorgi D., Giordano L., Paci E., Zappa M., Organizzazione e valutazione epidemiologica di un programma di screening mammografico. Documento GISMA, supplemento di Attualità in Senologia 1999:1;

Ronco g., Zappa M., Naldoni C., Iossa A., Berrino F., Anghinoni E., Dalla Palma P., Maggino T., Vettorazzi M., Segnan N: Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro del collo dell'utero. Manuale Operativo Gisci , supplemento di Epidemiologia e Prevenzione 1999:23(80)

<sup>8</sup> Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. - Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma (Gisci) - Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMA) Osservatorio per la Prevenzione dei Tumori Femminili. Primo Rapporto. Roma, aprile 2002

È importante che l'opera condotta in questi anni da Gisma e Gisci si consolidi e che si possa continuare a produrre costantemente i dati di monitoraggio degli *screening* organizzati.

## 1. Il monitoraggio degli indicatori attraverso le survey GISMa e GISCI.

### 1.1 La survey Gisma sull'anno 2000.

Dalla Survey condotta dal Gisma sull'anno 2001 risulta che le donne invitate nel 2000 sono state 908mila 971 e le donne esaminate sono state 540mila 656. Tutta l'attività ha permesso di individuare 3mila 409 cancro della mammella. È importante notare che nel 1992 solo il 5,0 per cento delle donne italiane in età compresa tra i 50 ed i 70 anni faceva parte della popolazione oggetto di un programma di *screening*; nel 2000 la stessa proporzione è salita al 30,3 per cento. Tuttavia la percentuale di popolazione "coperta" da un programma di *screening* è, ancora nel 2000, distribuita eterogeneamente (45,7 per cento al nord, 58,2 per cento al centro e 5,9 per cento al Sud + Isole).

Il Gisma raccoglie annualmente indicatori di valutazione dai programmi italiani. Gli indicatori sono prodotto in sostanziale accordo con le linee guida europee, distinguendo i relativi standard in livelli di accettabilità e desiderabilità.

Nel corso dell'anno 2000 hanno fornito dati al Gisma 52 programmi italiani corrispondenti a 11 regioni, 7 delle quali attive con un progetto regionale (Valle d'Aosta, Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Abruzzo e Basilicata).

Solo 9 programmi erano attivi in Italia prima del 1995, 10 si sono attivati tra il 1996 ed il 1998, 21 nel corso del 1999 e 12 nel corso del 2000. È evidente un impegno profuso in questo settore in particolare negli ultimi anni.

Il Prospetto 1 è relativo alla copertura raggiunta dai programmi di *screening* italiani nel 2000.

**Prospetto 1 - Copertura della popolazione bersaglio da parte dei programmi attivi nel 2000.**

REGIONI	pop. Bersaglio	Inviti 2000	% Invitate/(pop bers./2)
Valle d'aosta	15255	5510	72,2%
Piemonte	506304	135466	53,5%
Lombardia	295429	127321	86,2%
Veneto	184639	59243	64,2%
Emilia Romagna	374451	157617	84,2%
Toscana	433761	180516	83,2%
Umbria	43922	16048	73,1%
Lazio	361145	91555	50,7%
Abruzzo	90064	49885	100%+
Basilicata	63280	63280	100%+
Sicilia	29727	22530	100%+
<b>Totale</b>	<b>2397977</b>	<b>908971</b>	

Fonte: Frigerio A et al. Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei Tumori femminili. Primo Rapporto. Roma, 2002, modificato.

La copertura della popolazione italiana calcolata come rapporto tra le donne 50-69-enni residenti in aree in cui è stato varato un progetto di *screening* mammografico organizzato è del 38,5 per cento. Tuttavia la proporzione di donne che ha realmente effettuato una mammografia di *screening* è pari al 15,2 per cento della popolazione nazionale.

Per quanto riguarda la partecipazione al programma si riscontra favorevolmente un livello superiore allo standard del 50,0 per cento, con una media nazionale che si attesta attorno al 60,0 per cento (Prospetto 2).

### **Prospetto 2 - Partecipazione della popolazione invitata.**

REGIONI	Adesione grezza %	Adesione corretta %
Valle d'aosta	64,4	65,1
Piemonte	53,7	57,6
Lombardia	42,6	43,8
Veneto	62,8	67,5
Emilia Romagna	62,9	67,5
Toscana	60,5	63,7
Umbria	71,3	72,2
Lazio	61,3	66,1
Abruzzo	56,6	58,2
Basilicata	53,0	54,6
Sicilia	60,0	60,8
<b>Totale</b>	<b>56,9</b>	<b>59,8</b>

(a) Con esclusione dal denominatore delle donne che hanno segnalato una mammografia recente.

Fonte: Frigerio A. et al. Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei Tumori femminili. Primo Rapporto. Roma, 2002, modificato.

I risultati relativi agli indicatori diagnostici rispondono sostanzialmente ai parametri raccomandati a livello nazionale ed europeo. Il tasso di richiami (donne riconvocate per approfondimento diagnostico) è in genere basso tenendo conto che i valori raccomandati prevedono che sia inferiore all'8,0 per cento auspicando una desiderabilità di valori inferiori al 4,0 per cento. Il tasso di identificazione, cioè il numero di carcinomi diagnosticati allo *screening* ogni mille donne esaminate dovrebbe essere superiore al 5,0 per cento (accettabilità) o al 6,0 per cento (desiderabilità) per i primi passaggi e maggiore del 3,5 per cento per i passaggi successivi. Il rapporto B/M è il rapporto tra il numero di coloro che dopo l'intervento hanno avuto una diagnosi di istologica rispetto al numero di coloro che hanno avuto diagnosi istologica di malignità. Gli standard prevedono <1 per l'accettabilità e <0.5 per la desiderabilità.

### Prospetto 3 - Indicatori diagnostici. Esami di primo passaggio.

Regione	Tasso di richiami %	Tasso di Identificazione (per mille)	Rapporto B/M
Valle d'Aosta	6,7	8,6	0,3
Piemonte	6,0	7,8	0,3
Lombardia	11,0	7,7	0,3
Veneto	8,1	7,9	0,4
Emilia Romagna	5,6	7,3	0,5
Toscana	6,0	5,7	0,3
Umbria	4,7	6,4	0,3
Lazio	7,9	7,4	0,5
Abruzzo	7,2	4,6	0,4
Basilicata	6,3	6,7	0,6
Sicilia	4,7	5,4	0,1
ITALIA	7,0	7,0	0,4

Fonte: Frigerio A et al. Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei Tumori femminili. Primo Rapporto. Roma, 2001, modificato.

#### 1.2. Lo screening cervicale in Italia.

In Italia la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero si è effettuata per molto tempo sulla base dell'attività spontanea. Questo fenomeno ha storicamente contribuito al determinarsi di una copertura incompleta e disomogenea della popolazione ed un irrazionale distribuzione di un alto numero di pap test.

Analogamente a quanto accaduto per lo *screening* mammografico si è assistito ad uno sviluppo nel tempo dei programmi di *screening*. Il Gisci, nato nel 1996 e costituitosi formalmente nel 1999 ha sviluppato una serie di indicatori di processo<sup>9</sup> poi adottati nell'ambito dell'Accordo Stato-Regioni del 2001<sup>10</sup>. Dal 1998 il Gisci ha condotto delle survey annuali sul territorio nazionale per monitorare l'andamento e lo sviluppo dei programmi.

In alcune Regioni si è sviluppato un programma regionale unico (Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Friuli Venezia Giulia e Basilicata), in altre è presente un programma con attivazione totale (Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo), nei casi restanti l'attivazione non è ancora completa o sono presenti programmi attivi in aree subregionali.

La proporzione di donne sulla popolazione italiana che è inserita in un programma di *screening* per cervicocarcinoma è passata dal 12,96 per cento del 1997

<sup>9</sup> Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29.11.2001

<sup>10</sup> Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano. Provvedimento 8 marzo 2001. Accordo tra il Ministro della Sanità e le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 2 maggio 2001



al 50,26 per cento alla fine del 2001 e circa 8 milioni di donne italiane sono parte della popolazione obiettivo di un programma di *screening*.

Lo sviluppo dei programmi di *screening* ha inizialmente coinvolto le regioni del Nord e del Centro (nel 1996 solo il 2,36 per cento delle donne del sud era interessato dal programma di *screening*). Successivamente, nel 2001 si rileva comunque uno sviluppo anche nelle regioni meridionali (il 26,8 per cento delle donne sono coinvolte in un programma di *screening*).

I principali indicatori calcolati dal Gisci per l'anno 2000 sono riportati nel Prospetto 4.

**Prospetto 4 - Valori di alcuni indicatori di processo (media nazionale, 10° e 90° percentile) nella survey 2001 condotta dal Gisci**

anno 2000 <sup>(a)</sup>	N	Media nazionale pooled (num/den)	10 centile	90 centile
compliance all'invito <sup>(b)</sup>	53	38,6%	27,80%	56,10%
popolazione sottoposta a <i>screening</i> <sup>(c)</sup>				638977
Insoddisfacenti <sup>(d)</sup>	51	3,4%	0,20%	7,40%
Referral rate <sup>(e)</sup>	50	3,0%	1,20%	6,00%
Adesione alla colposcopia per ASCUS+ <sup>(f)</sup>	46	86,9%	46,90%	100%
Adesione alla colposcopia per HSIL+ <sup>(g)</sup>	45	90,1%	66,70%	100%
VPP <sup>(h)</sup>	46	11,4%	3,10%	35,10%
Detection Rate CIN2+ (grezza) <sup>(i)</sup>	47	2,8‰	0,90‰	4,70‰
Detection Rate CIN2+ (std ita) <sup>(i)</sup>	38	3,1‰	1,10‰	5,00‰

(a) Anno precedente all'esecuzione della survey. Ogni survey riguarda le donne invitate nell'anno precedente e sottoposte a *screening* entro il primo semestre dell'anno in corso

(b) Denominatore: numero di donne invitate (nell'anno precedente) Numeratore: numero donne aderenti tra queste (entro il primo semestre dell'anno in corso)

(c) In alcuni programmi include solo le donne sottoposte a screening dopo invito, in altri tutte le donne sottoposte a *screening*, anche senza invito. Di conseguenza la popolazione sottoposta a *screening* è > del numero delle invitate

(d) Denominatore: numero totale di strisci fatti alla popolazione sottoposta a screening nel periodo considerato. Numeratore: numero di questi giudicati insoddisfacenti

(e) Denominatore: numero di donne sottoposte a *screening*. Numeratore: numero di esse inviate in colposcopia per qualsiasi motivo

(f) Denominatore: numero di donne inviate in colposcopia per una citologia ASCUS o più grave. Numeratore : numero di queste che ha fatto una colposcopia

(g) Denominatore: numero di donne inviate in colposcopia per una citologia HSIL o più grave. Numeratore : numero di queste che ha fatto una colposcopia

(h) Denominatore: numero di donne invitate

Fonte: Ronco et al. Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei Tumori femminili. Primo Rapporto. Roma, 2001, modificato.

Per quanto riguarda lo *screening* per tumore del collo dell'utero, sulla base dei 57 programmi che hanno fornito dati al Gisci per l'anno 2000 sono 1.387.937 le donne invitate e, tra queste, 538.977 le donne esaminate.

In più di due terzi dei programmi (41/73) la partecipazione al programma era almeno pari al 30,0 per cento ed in undici programmi era superiore al 50,0 per cento. La compliance all'invito era 38,6 per cento quando calcolata sulla media nazionale.

La proporzione di strisci insoddisfacenti è di poco superiore al 3,0 per cento. I valori considerati accettabili sono < 7,0 per cento con un livello di desiderabilità <5,0 per cento. Anche negli anni precedenti i valori di questo indicatore erano abbastanza sovrapponibili.

Il Referral rate, ovvero la proporzione di donne inviate in colposcopia è del 3,0 per cento con ampia variabilità tra i programmi (32 programmi stanno al di sotto del 3,0 per cento a fronte di 10 programmi che superano il 5,0 per cento).

Viene calcolato anche il Valore predittivo positivo (VPP) come proporzione di donne in cui è stata trovata una lesione intraepiteliale di grado CIN 2 o superiore, confermata istologicamente tra quelle che hanno effettuato una colposcopia per una citologia ASCUS o più grave. E' stato scelto come riferimento il CIN2+ poiché in genere sono queste le lesioni che vengono trattate. Il valore pooled del VPP va interpretato tenendo conto della variabilità della prevalenza (la prevalenza delle lesioni influisce infatti sul valore predittivo) nelle diverse aree geografiche.

È auspicabile che le donne alle quali viene consigliato di eseguire una colposcopia, effettivamente la eseguano; lo è maggiormente tanto più forte è il sospetto diagnostico. Negli *screening* organizzati è possibile calcolare quante sono le donne che hanno aderito alla colposcopia. Ha senso calcolare l'indicatore per citologia HSIL o più grave. La compliance nel 2000 è stata mediamente del 90,2 per cento, sovrapponibile a quanto riscontrato negli anni precedenti e nel corso del tempo (dal 1997 ad oggi) la proporzione di programmi che raggiunge lo standard di accettabilità si è incrementata fino al 71,1 per cento.

Il Detection Rate CIN 2+, ovvero il tasso di identificazione viene calcolato come numero di casi individuati di lesione CIN2+ (istologicamente confermata) è calcolato come proporzione ogni mille donne sottoposte a *screening*. Da un punto di vista temporale era più elevato nel 1998-1999 e ciò è verosimilmente attribuibile al fatto che in quel periodo sono entrati nel computo nuovi programmi che sottoponevano allo *screening* un buon numero di donne che non eseguivano il test da lungo tempo. Con il passare del tempo alcuni programmi sono passati a round successivi con conseguente calo del tasso di identificazione.

## **2. Formazione**

Tra il 1998 ed il 2001 sono stati realizzati dai Centri di Riferimento Regionali corsi teorici e pratici, *workshop* secondo il Prospetto 5.

In molti casi sono presenti veri e propri percorsi formativi, rivolti in particolare alle attività di *front-office*.

**Prospetto 5 - Attività di formazione per gli operatori coinvolti in programmi di *screening* oncologici in Italia – Periodo 1998-2001**

Regione	Eventi formativi	Partecipanti
Basilicata	3	36
Emilia Romagna	16	712
Friuli Venezia Giulia	14	163
Liguria	4	63
Molise	7	123
Piemonte	59	2517
Sicilia	1	31
Toscana	48	1309
Umbria	7	137
Veneto	18	878
<b>ITALIA</b>	<b>177</b>	<b>5969</b>

Fonte: Grazzini G; "L'attività di formazione nei Centri Regionali di Riferimento". Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei Tumori Femminili. Primo rapporto

### 3. Quality assurance ed SQTM

Sull'asse della qualità sono da ricordare a livello regionale le attività svolte da Emilia Romagna e Piemonte che costituiscono esempi in cui su un solido assetto organizzativo dello *screening* si può innestare un sistema di monitoraggio degli indicatori.

Il sistema della *quality assurance* è un complesso di attività che riguardano tutte le attività e tutte le figure professionali coinvolte nello *screening*, dai controlli di fisica sanitaria sui mammografi, alle discussioni interdisciplinari dei casi, alla valutazione della qualità del trattamento dei casi identificati allo *screening*, al cui proposito è da ricordare il progetto SQTM.

Dal 1995 Gisma e Foncam (Forza operativa nazionale per il carcinoma mammario) hanno in corso un progetto per l'assicurazione di qualità del trattamento chirurgico del cancro della mammella. Il Gisma raccoglie ogni anno i dati sulla diagnosi e la terapia dei carcinomi della mammella identificati allo *screening*. SQTM è il supporto informatico, ormai piuttosto diffuso in Italia, in particolare presso le Unità specialistiche multidisciplinari, utilizzato per la raccolta delle informazioni necessarie per il calcolo degli indicatori. SQTM ha permesso di documentare da circa 50 servizi chirurgici e da 25 programmi di *screening* in 9 regioni diverse più 3mila 500 lesioni screen-detected.

Il Prospetto 6 riporta i risultati dei principali indicatori per l'anno 2000.

**Prospetto 6 - Riepilogo degli indicatori misurati nell'ambito della Survey del Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico per l'anno 2000. Dati Preliminari (n= 1635 casi)**

	Numero di casi eleggibili	Valori mancanti	Risultato %	Std GISMA
Diagnosi preoperatoria nei cancri (C4-5, B4-5)	1308	9,2	73,7	≥70%
Diagnosi preoperatoria nei cancri (C5, B5)	1308	9,2	53,8	≥70%
N° biopsie fallite	761	23,6	98,6	≥95%
No congelatore se dimensione ≤= 10mm	364	4,9	49,1	≥95%
Peso lesioni benigne ≤= 30gr	302	63,3	64,9	≥80%
N° di interventi ripetuti se diagnosi preoperatoria	620	7,4	92,9	≥90%
Intervento conservativo nei cancri invasivi ≥= 20 mm	662	4,8	91	≥80%
Intervento conservativo nei CDIS ≤= 20mm	120	6,7	92,7	-
Margini > 1 mm all'ultimo intervento	900	6	88,4	≥95%
N° linfonodi > 9	828	1,2	91,9	≥95%
Nessun intervento ascellare nei CDIS	169	3,5	80,4	≥95%
Ricostruzione immediata dopo mastectomia	228	13,7	29,8	-
Grado Istopatologico disponibile	1068	7,9	97,3	≥95%
Recettori per gli estrogeni disponibili	1068	10,5	98,3	≥95%
Attesa intervento ≤= 30 gg	1529	32,8	65,8	≥80%
Attesa intervento da mx di <i>screening</i> ≤= 30 gg	1446	33,7	25,3	

Fonte: Ponti et al. Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei Tumori femminili. Primo Rapporto. Roma, 2001, modificato

Nella maggior parte dei casi gli indicatori rispettano gli standard con le eccezioni principali dei tempi di attesa e dell'adesione a non usare l'esame estemporaneo per le lesioni di piccole dimensioni.

Al di là dei risultati specifici degli indicatori, emerge dai dati che poco più del 5,0 per cento dei casi identificati allo *screening* vengono operati in Servizi Chirurgici che hanno un volume di attività superiore a 150 casi all'anno, come raccomanda la European Society of Mastology (EUSOMA)<sup>11</sup> e più del 40,0 per cento dei casi viene operato in strutture che trattano meno di 50 casi/anno.

Infine è da ricordare che i programmi di *screening* propongono ottimi possibili sviluppi di ricerca oncologica. Nuove prospettive con possibili ricadute sulla Sanità Pubblica si aprirebbero, ad esempio, se venisse confermata l'utilità del test per la ricerca del Papilloma Virus Umano (HPV) come test primario per lo *screening* cervicale.

Alcuni tipi di HPV indicati come "ad alto rischio" sono stati infatti identificati come agenti causali del cancro della cervice uterina.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> Blamey R., Blichert-Toft M., Cataliotti L. et al Breast Units: Future Standards and Minimum Requirements Eur J Cancer, 2000, 36, 2288-2293

<sup>12</sup> International Agency for Research on Cancer. Human Papillomaviruses. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans 64, Lyon, 1995

È stato avviato un trial multicentrico italiano controllato e randomizzato che ha per obiettivo la valutazione comparata con la citologia triennale convenzionale, la protezione fornita da uno *screening* basato sulla ricerca molecolare dell'HPV come unico test primario di *screening* effettuato ad intervalli prolungati nelle donne negative, la valutazione dei costi e degli effetti indesiderati di tale nuova strategia definendo età di inizio e termine migliori e le migliori politiche di gestione delle donne positive.

Per quanto riguarda lo *screening* mammografico sono invece in cantiere studi relativi all'efficacia della mammografia di *screening* al disotto dei 50 anni di età (Eurotrial 40), sui rischi e sui benefici della mammografia di *screening* (RiBES) e sui fattori di rischio per il cancro della mammella (FriCaM).

Queste sono, in rapida sintesi, le attività dell'Osservatorio Nazionale sugli *screening*. Ulteriori possibili sviluppi saranno possibili in termini di collaborazione con i *network* europei per gli *screening*.

Infine l'Osservatorio potrà costituire la sede per far emergere elementi di dibattito e discutere punti controversi quali ad esempio l'efficacia delle singole metodiche diagnostiche (si pensi all'uso della mammografia digitale), modalità di raggiungimento dell'equità dell'offerta, corrette strategie di informazione e comunicazione.

## Bibliografia

- Blamey R., Blichert-Toft M., Cataliotti L. et al Breast Units: Future Standards and Minimum Requirements Eur J Cancer, 2000, 36, 2288-2293
- Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano. Provvedimento 8 marzo 2001. Accordo tra il Ministro della Sanità e le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 2 maggio 2001 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29.11.2001
- Giorgi D., Giordano L., Paci E., Zappa M., Organizzazione e valutazione epidemiologica di un programma di *screening* mammografico. Documento GISMA, supplemento di Attualità in Senologia 1999:1
- International Agency for Research on Cancer. Human Papillomaviruses. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans 64, Lyon, 1995
- Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. - Gruppo Italiano *Screening* del Cervicocarcinoma (Gisci) - Gruppo Italiano per lo *Screening* Mammografico (GISMA) Osservatorio per la Prevenzione dei Tumori Femminili. Primo Rapporto. Roma, aprile 2002
- Ministero della Sanità. Linee guida elaborate dalla Commissione Oncologica Nazionale, in applicazione di quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996, relativo all'azione programmata "Prevenzione e Cura delle Malattie Oncologiche", concernenti l'organizzazione della prevenzione e della assistenza in oncologia. Supplemento Gazzetta Ufficiale 1 giugno 1996 Suppl. Ord alla G.U. 127, 1 giugno 1996
- Ronco g., Zappa M., Naldoni C., Iossa A., Berrino F., Anghinoni E., Dalla Palma P., Maggino T., Vettorazzi M., Segnan N: Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di *screening* del cancro del collo dell'utero. Manuale Operativo Gisci , supplemento di Epidemiologia e Prevenzione 1999:23(80)











***Produzione editoriale  
&  
Altri servizi***

# La produzione editoriale

## LE PUBBLICAZIONI A CARATTERE GENERALE

**Annuario statistico italiano 2004**  
pp. XXIV-808+1 cd-rom; € 43,50  
ISBN 88-458-1119-0

**Bollettino mensile di statistica**  
pp. 208 circa; € 11,00  
ISSN 0021-3136

**Compendio statistico italiano 2002**  
pp. 316; € 10,00  
ISBN 88-458-0748-7

**Italian Statistical Abstract 2001**  
pp. 268; € 10,00  
ISBN 88-458-0690-1

**Proceedings of the 17<sup>th</sup> Roundtable  
on Business Survey Frames**  
Rome, 26-31 October 2003  
Volume I e II  
pp. 546; € 34,00  
ISBN 88-458-1128-X

**Rapporto annuale**  
La situazione del Paese nel 2003  
pp. XXXII-516; € 23,00  
ISBN 88-458-1109-3  
ISSN 1594-3135

**Rapporto annuale**  
La situazione del Paese nel 2003  
pp. XXXII-516+1 cd-rom; € 28,00  
ISBN 88-458-1110-7

## LE NOVITÀ EDITORIALI A CARATTERE TEMATICO

### AMBIENTE E TERRITORIO

**Contabilità ambientale e "risposte"  
del sistema socio-economico:  
dagli schemi alle realizzazioni**  
*Annali di statistica*, n. 1 - Roma 2003  
pp. 616; € 36,00  
ISBN 88-458-0658-8

**Principali fattori agricoli di pressione  
sull'ambiente (\*)** - Anno 1998  
*Argomenti*, n. 27, edizione 2003  
pp. 288+1 disk; € 25,00  
ISBN 88-458-1088-7

### POPOLAZIONE

**Decessi: caratteristiche demografiche  
e sociali (\*)** - Anno 2000  
*Annuari*, n. 9, edizione 2003  
pp. 152; € 10,50  
ISBN 88-458-1091-7

**Matrimoni, separazioni e divorzi (\*)**  
anno 2000  
*Annuari*, n. 13, edizione 2004  
pp. 160; € 12,50  
ISBN 88-458-1123-9

**La presenza straniera in Italia:  
caratteristiche socio-demografiche**  
Permessi di soggiorno al 1° gennaio  
degli anni 2001, 2002, 2003  
*Informazioni*, n.10, edizione 2004  
pp. 124+1 disk; € 15,50

### SANITÀ E PREVIDENZA

**L'assistenza residenziale in Italia:  
regioni a confronto**  
anno 2000  
*Informazioni*, n. 14, edizione 2004  
pp. 100; € 12,50  
ISBN 88-458-1114-X

**Cause di morte**  
anno 2000  
*Annuari*, n. 16, edizione 2004  
pp. 410; € 28,00  
ISBN 88-458-1107-7

**Decessi: caratteristiche  
demografiche e sociali (\*)**  
anno 2000  
*Annuari*, n. 9, edizione 2003  
pp. 152; € 10,50  
ISBN 88-458-1091-7

**Dimissioni dagli istituti di cura per  
aborto spontaneo**  
anno 2000  
*Informazioni*, n. 15, edizione 2004  
pp. 80; € 8,00  
ISBN 88-458-1115-8

**La mortalità per causa nelle  
regioni italiane**  
anni 2000 e 2002  
*Informazioni*, n. 11, edizione 2004  
pp. 114+1 disk; € 16,50  
ISBN 88-458-1111-5

**Le notifiche di malattie infettive  
in Italia**  
anni 2000-2001  
*Informazioni*, n. 7, edizione 2004  
pp. 128+1 disk; € 15,50  
ISBN 88-458-1104-2

**Statistica degli incidenti stradali (\*)**  
anno 2002  
*Informazioni*, n. 29 edizione 2003  
pp. 92+1 disk; € 11,50  
ISBN 88-458-1081-X

**Statistiche della previdenza e  
dell'assistenza sociale (\*)**  
II - I beneficiari delle prestazioni  
pensionistiche - Anno 2001  
*Annuari*, n. 2, edizione 2003  
pp. 132+1 cd-rom; € 15,50  
ISBN 88-458-1078-X

**Struttura e attività degli istituti  
di cura**  
anni 2000-2001  
*Informazioni*, n. 16, edizione 2004  
pp. 336; € 26,50  
ISBN 88-458-1117-4

### CULTURA

**I diplomati e lo studio (\*)**  
Percorsi di studio e di lavoro dei  
diplomati - Indagine 2001  
*Informazioni*, n. 30, edizione 2003  
pp. 108+1 disk; € 15,50  
ISBN 88-458-1082-8

## **I laureati e lo studio (\*)**

Inserimento professionale dei laureati - Indagine 2001  
*Informazioni*, n. 8, edizione 2004  
pp. 112+1 disk; € 15,50  
ISBN 88-458-1105-0

## **I laureati e il mercato del lavoro (\*)**

Inserimento professionale dei laureati - Indagine 2001  
*Informazioni*, n. 31, edizione 2003  
pp. 292+2 disk; € 25,00  
ISBN 88-458-1083-6

## **Le statistiche culturali in Europa**

*Metodi e norme*, n. 13, edizione 2002  
pp. 248; € 20,00  
ISBN 88-458-0629-4

## **FAMIGLIA E SOCIETÀ**

### **Alcuni indicatori del mercato del lavoro dal Panel europeo sulle famiglie (\*)**

Italia, anni 1994-2000  
Europa, anni 1994-1999  
*Informazioni*, n. 26, edizione 2003  
pp. 128+1 disk; € 15,50  
ISBN 88-458-1075-5

### **I consumi delle famiglie**

anno 2002  
*Annuari*, n. 9, edizione 2004  
pp. 180+1 disk; € 17,50  
ISBN 88-458-1101-8

### **Famiglie, abitazioni e zona in cui si vive**

anno 2002  
*Informazioni*, n. 36, edizione 2003  
pp. 104+1 disk; € 15,50  
ISBN 88-458-1092-5

### **Il rapporto dei cittadini con la giustizia civile (\*)**

Coinvolgimento nelle cause civili e forme alternative di risoluzione  
Dicembre 2001 - Marzo 2002  
*Informazioni*, n. 35, edizione 2003  
pp. 76+1 disk; € 12,50  
ISBN 88-458-1090-9

### **La sicurezza dei cittadini. Reati, vittime, percezione della sicurezza e sistemi di protezione (\*)**

anno 2002  
*Informazioni*, n. 18, edizione 2004  
pp. 280+1 cd-rom; € 27,00  
ISBN 88-458-1124-7

### **La situazione finanziaria delle famiglie e degli individui in Italia e in Europa**

anni 1994-2000  
*Informazioni*, n. 6, edizione 2004  
pp. 208+1 disk; € 25,00

## **I viaggi in Italia e all'estero nel 2002 (\*)**

*Informazioni*, n. 13, edizione 2004  
pp. 96+1 disk; € 12,50  
ISBN 88-458-1113-1

## **PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

### **I bilanci consuntivi e i servizi delle Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura**

anno 2000  
*Informazioni*, n. 9, edizione 2004  
pp. 56+1 disk; € 13,00  
ISBN 88-458-1106-9

### **I bilanci consuntivi delle comunità montane**

anno 2001  
*Informazioni*, n. 3, edizione 2004  
pp. 40; € 13,00  
ISBN 88-458-1098-4

### **Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale (\*)**

II - I beneficiari delle prestazioni pensionistiche - Anno 2001  
*Annuari*, n. 2, edizione 2003  
pp. 132+1 cd-rom; € 15,50  
ISBN 88-458-1078-X

### **Statistiche sulla ricerca scientifica (\*)**

Consuntivo 2000  
Previsioni 2001-2002  
*Informazioni*, n. 1, edizione 2004  
pp. 94; € 7,50  
ISBN 88-458-1096-8

## **GIUSTIZIA**

### **La criminalità minorile nei grandi centri urbani**

anno 2001  
*Informazioni*, n. 33, edizione 2003  
pp. 88+1 disk; € 12,50  
ISBN 88-458-1085-2

### **Matrimoni, separazioni e divorzi (\*)**

anno 2000  
*Annuari*, n. 13, edizione 2004  
pp. 160; € 12,50  
ISBN 88-458-1123-9

### **Il rapporto dei cittadini con la giustizia civile (\*)**

Coinvolgimento nelle cause civili e forme alternative di risoluzione  
Dicembre 2001 - Marzo 2002  
*Informazioni*, n. 35, edizione 2003  
pp. 76+1 disk; € 12,50  
ISBN 88-458-1090-9

## **La sicurezza dei cittadini. Reati, vittime, percezione della sicurezza e sistemi di protezione (\*)**

anno 2002  
*Informazioni*, n. 18, edizione 2004  
pp. 280+1 cd-rom; € 27,00  
ISBN 88-458-1124-7

### **Statistica degli incidenti stradali (\*)**

anno 2002  
*Informazioni*, n. 29 edizione 2003  
pp. 92+1 disk; € 11,50  
ISBN 88-458-1081-X

## **CONTI NAZIONALI**

### **La nuova contabilità nazionale Atti del seminario**

Roma, 12-13 gennaio 2000  
Volume I - Edizione 2003  
pp. 448; € 23,00  
ISBN 88-458-0758-4

Volume II - Edizione 2003  
pp. 512; € 31,00  
ISBN 88-458-0759-4

### **Contabilità nazionale Tomo 1 - Conti economici nazionali - Anni 1992-2002**

*Annuari*, n. 8, edizione 2004  
pp. 236; € 24,00  
ISBN 88-458-1102-6

## **LAVORO**

### **Alcuni indicatori del mercato del lavoro dal Panel europeo sulle famiglie (\*)**

Italia, anni 1994-2000  
Europa, anni 1994-1999  
*Informazioni*, n. 26, edizione 2003  
pp. 128+1 disk; € 15,50  
ISBN 88-458-1075-5

### **Classificazione delle attività economiche - Ateco 2002**

+ Guida alla classificazione  
*Metodi e norme*, n. 18, edizione 2003  
pp. 404 + 32; € 25,50  
ISBN 88-458-1086-0

### **I diplomati e lo studio (\*)**

Percorsi di studio e di lavoro dei diplomati - Indagine 2001  
*Informazioni*, n. 30, edizione 2003  
pp. 108+1 disk; € 15,50  
ISBN 88-458-1082-8

### **I laureati e lo studio (\*)**

Inserimento professionale dei laureati - Indagine 2001  
*Informazioni*, n. 8, edizione 2004  
pp. 112+1 disk; € 15,50

## **I laureati e il mercato del lavoro (\*)**

Inserimento professionale dei laureati - Indagine 2001  
*Informazioni*, n. 31, edizione 2003  
pp. 292+2 disk; € 25,00  
ISBN 88-458-1083-6

## **L'organizzazione dei tempi di lavoro: la diffusione degli orari "atipici"**

*Argomenti*, n. 28, edizione 2004  
pp. 212; € 20,00  
ISBN 88-458-1116-6

## **PREZZI**

### **Il valore della moneta in Italia dal 1861 al 2003**

*Informazioni*, n. 21, edizione 2004  
pp. 168; € 12,50  
ISBN 88-458-1127-1

## **AGRICOLTURA**

### **Aspetti socio-rurali in agricoltura** anno 1999

*Argomenti*, n. 26, edizione 2003  
pp. 288; € 20,00  
ISBN 88-458-1087-9

### **Coltivazioni agricole, foreste e caccia** anno 2000

*Informazioni*, n. 28, edizione 2003  
pp. 268+1 disk; € 27,00  
ISBN 88-458-1077-1

### **Principali fattori agricoli di pressione sull'ambiente (\*)**

anno 1998  
*Argomenti*, n. 27, edizione 2003  
pp. 288+1 disk; € 25,00  
ISBN 88-458-1088-7

## **INDUSTRIA**

### **I consumi energetici delle imprese industriali**

anno 2000  
*Informazioni*, n. 5, edizione 2004  
pp. 44+1 disk; € 13,00  
ISBN 88-458-1100-X

### **Conti economici delle imprese (\*)**

anno 1998  
*Informazioni*, n. 19, edizione 2004  
pp. 104+1 cd-rom; € 16,50  
ISBN 88-458-1125-5

### **La produzione dell'industria dei prodotti chimici e delle fibre sintetiche e artificiali**

Statistica per trimestri - Anno 2001  
*Informazioni*, n. 34, edizione 2003  
pp. 56+1 disk; € 12,50  
ISBN 88-458-1089-5

### **La produzione dell'industria tessile e dell'abbigliamento**

Statistica per trimestri - Anno 2001  
*Informazioni*, n. 2, edizione 2004  
pp. 56+1 disk; € 13,00  
ISBN 88-458-1097-6

### **Statistica annuale della produzione industriale - anno 2001**

*Informazioni*, n. 4, edizione 2004  
pp. 52+1 disk; € 13,00  
ISBN 88-458-1099-2

### **Statistiche dell'attività edilizia**

anno 2001 - dati provvisori  
*Informazioni*, n. 32, edizione 2003  
pp. 32+1 disk; € 12,50  
ISBN 88-458-1084-4

### **Statistiche sulla ricerca scientifica (\*)**

Consuntivo 2000  
Previsioni 2001-2002  
*Informazioni*, n. 1, edizione 2004  
pp. 94; € 7,50  
ISBN 88-458-1096-8

### **Statistiche sull'innovazione nelle imprese**

anni 1998-2000  
*Informazioni*, n. 12, edizione 2004  
pp. 172; € 14,00  
ISBN 88-458-1112-3

## **SERVIZI**

### **Conti economici delle imprese (\*)**

anno 1998  
*Informazioni*, n. 19, edizione 2004  
pp. 104+1 cd-rom; € 16,50  
ISBN 88-458-1125-5

### **Statistica degli incidenti stradali (\*)**

anno 2002  
*Informazioni*, n. 29 edizione 2003  
pp. 92+1 disk; € 11,50  
ISBN 88-458-1081-X

### **Statistiche sulla ricerca scientifica (\*)**

Consuntivo 2000  
Previsioni 2001-2002  
*Informazioni*, n. 1, edizione 2004  
pp. 94; € 7,50  
ISBN 88-458-1096-8

### **I viaggi in Italia e all'estero nel 2002 (\*)**

*Informazioni*, n. 13, edizione 2004  
pp. 96+1 disk; € 12,50  
ISBN 88-458-1113-1

## **COMMERCIO ESTERO**

### **Commercio estero e attività internazionali delle imprese 2003**

1. Merci, servizi, investimenti diretti  
2. Paesi, settori, regioni  
+ *L'Italia nell'economia internazionale Rapporto ICE 2003-2004* + 1 cd-rom  
+ Sintesi del Rapporto ICE  
*Annuari*, n. 6, edizione 2004  
pp. 368 + 440 + 376 + 48  
€ 100,00 (in cofanetto)  
ISBN 88-458-1120-4

## PRODOTTI CENSUARI

**5° Censimento generale dell'agricoltura - 22 ottobre 2000**  
Per i fascicoli strutturali del Censimento dell'agricoltura sono previsti i seguenti pacchetti:

### PACCHETTO A

1 fascicolo nazionale;  
20 fascicoli regionali;  
102 fascicoli provinciali;  
Totale volumi pacchetto: 123 € 2.450,00

### PACCHETTO B

1 fascicolo nazionale;  
20 fascicoli regionali;  
Totale volumi pacchetto: 21 € 420,00

### PACCHETTO REGIONALE

1 fascicolo nazionale;  
1 fascicolo regionale;  
tutti i fascicoli provinciali della regione richiesta.

Il prezzo ed il totale dei volumi è subordinato al numero dei prodotti previsti per la regione richiesta.

**14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni - 21 ottobre 2001**

### Popolazione legale

pp. 312+1 cd-rom; € 27,00  
ISBN 88-458-1069-0

**8° Censimento generale dell'industria e dei servizi - 22 ottobre 2001**

### Imprese, istituzioni e unità locali

FASCICOLI REGIONALI: Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Sicilia e Sardegna € 22,00

FASCICOLI PROVINCIALI: Imperia, Savona, Genova, La Spezia, Udine, Gorizia, Trieste, Pesaro e Urbino, Ancona, Macerata, Ascoli Piceno, Massa-Carrara, Lucca, Pistoia, Firenze, Perugia, L'Aquila, Teramo, Chieti, Campobasso, Palermo, Agrigento, Caltanissetta, Enna, Sassari, Cagliari e Isernia € 14,00

# Altri prodotti e servizi

## ABBONAMENTI 2005

L'abbonamento consente di disporre di tutte le informazioni relative al settore tematico prescelto, diffuse attraverso le pubblicazioni edite nel 2005, accompagnate, ove previsto, da supporto informatico (floppy disk, cd-rom). Gli abbonati riceveranno per posta i prodotti che saranno via via pubblicati nel/i settore/i prescelto/i, editi nell'anno di sottoscrizione dell'abbonamento, e appartenenti alle seguenti collane: Annuari, Argomenti, Informazioni, Metodi e norme, Monografie regionali e Annali di statistica. Oltre all'abbonamento ai singoli settori editoriali è prevista la modalità di abbonamento "Tutti i settori escluso il commercio estero" che comprende tutta la produzione editoriale dell'Istituto edita nel 2005, ad esclusione dei prodotti riguardanti il commercio estero e i censimenti. L'abbonamento all'area "Generale", infine, comprende 11 numeri del *Bollettino mensile di statistica* e l'*Annuario statistico italiano*. Tutti coloro che sottoscriveranno un abbonamento anche ad un solo settore riceveranno, gratuitamente, una copia del *Rapporto annuale*. Per meglio comprendere il sistema degli abbonamenti è possibile visionare, sul sito [www.istat.it](http://www.istat.it), l'elenco 2003 e l'elenco 2004 delle pubblicazioni inviate agli abbonati alle edizioni 2003 e 2004.

**Per sottoscrivere gli abbonamenti si può utilizzare il modulo riportato nella pagina seguente.**

## WWW.ISTAT.IT

Nel sito Internet è possibile informarsi sulla produzione editoriale più recente, richiedere prodotti e servizi offerti dall'Istat, leggere e prelevare i comunicati stampa, accedere alle Banche Dati, collegarsi con altri siti nazionali e internazionali. Inoltre, a partire da fine novembre, è possibile consultare il catalogo della produzione editoriale on-line, dove ci sono tutte le informazioni relative ai prodotti a partire dalle edizioni 2002.

Ulteriori informazioni possono essere richieste a:

# Abbonamenti 2005

Inviare questo modulo via fax al numero 0646733477 oppure spedire in busta chiusa a:  
**Istituto nazionale di statistica - DCDS - Commercializzazione e Marketing - Via Cesare Balbo, 16 - 00184 Roma**  
**Per ulteriori informazioni telefonare ai numeri 0646733278/79/80**

Desidero sottoscrivere i seguenti abbonamenti per l'anno 2005:

## TIPOLOGIE DI ABBONAMENTO

## PREZZI

	ITALIA Euro	ESTERO Euro
Generale (Bollettino mensile di statistica, Annuario statistico italiano)	[ ] 150,00	[ ] 170,00
Ambiente e territorio	[ ] 50,00	[ ] 55,00
Popolazione (escluso censimenti)	[ ] 80,00	[ ] 90,00
Sanità e previdenza	[ ] 150,00	[ ] 160,00
Cultura	[ ] 80,00	[ ] 90,00
Famiglia e società	[ ] 120,00	[ ] 130,00
Pubblica amministrazione	[ ] 100,00	[ ] 110,00
Giustizia	[ ] 60,00	[ ] 70,00
Conti nazionali	[ ] 100,00	[ ] 110,00
Lavoro	[ ] 100,00	[ ] 110,00
Prezzi	[ ] 50,00	[ ] 55,00
Agricoltura (escluso censimenti)	[ ] 50,00	[ ] 55,00
Industria (escluso censimenti)	[ ] 100,00	[ ] 110,00
Servizi	[ ] 100,00	[ ] 110,00
Tutti i settori (escluso commercio estero e censimenti)	[ ] 800,00	[ ] 900,00

Per un totale di \_\_\_\_\_  
 Eventuale sconto (a) \_\_\_\_\_  
 Importo da pagare \_\_\_\_\_

**Qualunque abbonamento, anche a un solo settore, comprende l'invio di una copia del Rapporto annuale.**

(a) Sconti e agevolazioni: il Sistan, gli Enti pubblici e le Università usufruiscono di uno sconto del 20% solo se sottoscrivono l'abbonamento direttamente con l'Istat.

### RICHIEDENTE ABBONAMENTO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Codice fiscale/ P. IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### DESTINATARIO DEI PRODOTTI (SE DIVERSO DAL RICHIEDENTE)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

### MODALITÀ DI PAGAMENTO:

Gli importi dovranno essere versati dall'acquirente, **dopo il ricevimento della fattura**, sul c/c postale n. 619007, oppure con bonifico bancario c/o la Banca Nazionale del Lavoro, **indicando con chiarezza il numero, la data della fattura e il codice cliente**. Per i versamenti tramite bonifico bancario le coordinate sono: c/c n. 218050, ABI 01005.8, CAB 03382.9; via swift: B.N.L.I. IT RARBB, codice CIN N, codice anagrafico 63999228/j.

**INFORMATIVA** - I dati da lei forniti saranno utilizzati per l'esecuzione dell'ordine e per l'invio, da parte dell'Istat, di promozioni commerciali, senza alcun impegno da parte sua. Il trattamento dei dati avverrà nell'assoluto rispetto della disciplina dettata dal d.lgs 196/2003; essi non verranno utilizzati per

# Modulo di richiesta pubblicazioni

Inviare questo modulo via fax al numero 0646733477 oppure spedire in busta chiusa a:  
Istituto nazionale di statistica - DCDS - Commercializzazione e Marketing - Via Cesare Balbo, 16 - 00184 Roma  
Per ulteriori informazioni telefonare ai numeri 0646733286/74

## Desidero ricevere le seguenti pubblicazioni:

Prezzo	Codice ISBN	Titolo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Totale \_\_\_\_\_ Sconto (a) \_\_\_\_\_ Contributo spese di spedizione (€ 5,00) Importo da pagare \_\_\_\_\_

(a) Sconti e agevolazioni: il Sistan, gli Enti pubblici e le Università usufruiscono di uno sconto del 20% solo se sottoscrivono l'abbonamento direttamente con l'Istat.

## RICHIEDENTE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Codice fiscale/ P. IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## DESTINATARIO DEI PRODOTTI (SE DIVERSO DAL RICHIEDENTE)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

## MODALITÀ DI PAGAMENTO:

Gli importi dovranno essere versati dall'acquirente, **dopo il ricevimento della fattura**, sul c/c postale n. 619007, oppure con bonifico bancario c/o la Banca Nazionale del Lavoro, **indicando con chiarezza il numero, la data della fattura e il codice cliente**. Per i versamenti tramite bonifico bancario le coordinate sono: c/c n. 218050, ABI 01005.8, CAB 03382.9; via swift: B.N.L.I. IT RARBB, codice CIN N, codice anagrafico 63999228/j.

**INFORMATIVA** - I dati da lei forniti saranno utilizzati per l'esecuzione dell'ordine e per l'invio, da parte dell'Istat, di promozioni commerciali, senza alcun impegno da parte sua. Il trattamento dei dati avverrà nell'assoluto rispetto della disciplina dettata dal d.lgs 196/2003; essi non verranno utilizzati per



# PIÙ INFORMAZIONI. PIÙ VICINE A VOI.

## ***I Centri d'Informazione Statistica***

Per darvi più servizi e per esservi più vicino l'Istat ha aperto al pubblico una rete di Centri d'Informazione Statistica che copre l'intero territorio nazionale. Oltre alla vendita di prodotti informatici e pubblicazioni, i Centri rilasciano certificati sull'indice dei prezzi, offrono informazioni tramite collegamenti con le banche dati del Sistema statistico nazionale (Sistan) e dell'Eurostat (Ufficio di statistica della Comunità europea), forniscono elaborazioni statistiche "su misura" ed assistono i laureandi nella ricerca e selezione dei dati.

Presso i Centri d'Informazione Statistica, semplici cittadini, studenti, ricercatori, imprese e operatori della pubblica amministrazione troveranno assistenza qualificata e un facile accesso ai dati di cui hanno bisogno. D'ora in poi sarà più facile conoscere l'Istat e sarà più facile per tutti gli italiani conoscere l'Italia. Per gli orari di apertura al pubblico consultare il sito [www.istat.it](http://www.istat.it) nella pagina "Prodotti e servizi".

**ANCONA** *Corso Garibaldi, 78*  
Telefono 071/203189 Fax 071/52783

**BARI** *Piazza Aldo Moro, 61*  
Telefono 080/5789317 Fax 080/5789335

**BOLOGNA** *Galleria Cavour, 9*  
Telefono 051/266275 Fax 051/221647

**BOLZANO** *Viale Duca d'Aosta, 59*  
Telefono 0471/414000 Fax 0471/414008

**CAGLIARI** *Via Firenze, 17*  
Telefono 070/34998700 Fax 070/34998732

**CAMPOBASSO** *Via G. Mazzini, 129*  
Telefono 0874/69143 Fax 0874/60791

**CATANZARO** *Viale Pio X, 116*  
Telefono 0961/507629 Fax 0961/741240

**FIRENZE** *Via Santo Spirito, 14*  
Telefono 055/23933318 Fax 055/288059

**GENOVA** *Via San Vincenzo, 4*  
Telefono 010/58497201 Fax 010/542351

**MILANO** *Via Fieno, 3*  
Telefono 02/806132460 Fax 02/806132305

**NAPOLI** *Via G. Verdi, 18*  
Telefono 081/5802046 Fax 081/5513533

**PALERMO** *Via Empedocle Restivo, 102*  
Telefono 091/72909115 Fax 091/521426

**PERUGIA** *Via Cesare Balbo, 1*  
Telefono 075/34091 Fax 075/30849

**PESCARA** *Via Caduta del Forte, 34*  
Telefono 085/44120511/12 Fax 085/44120535

**POTENZA** *Via del Popolo, 4*  
Telefono 0971/411350 Fax 0971/36866

**ROMA** *Via Cesare Balbo, 11/a*  
Telefono 06/46733102 Fax 06/46733101

**TORINO** *Via Alessandro Volta, 3*  
Telefono 011/5612414 Fax 011/535800

**TRENTO** *Via Brennero, 316*  
Telefono 0461/497801 Fax 0461/497813

**TRIESTE** *Via Cesare Battisti, 18*  
Telefono 040/6702500 Fax 040/370878

**VENEZIA-MESTRE** *Corso del Popolo, 23*  
Telefono 041/5070811 Fax 041/5070835

## ***La Biblioteca centrale***

È la più ricca biblioteca italiana in materia di discipline statistiche e affini. Il suo patrimonio, composto da oltre 500.000 volumi e 2.700 periodici in corso, comprende fonti statistiche e socio-economiche, studi metodologici, pubblicazioni periodiche degli Istituti nazionali di statistica di tutto il mondo, degli Enti internazionali e dei principali Enti e Istituti italiani ed esteri. È collegata con le principali banche dati nazionali ed estere. Il catalogo informatizzato della biblioteca è liberamente consultabile in rete sul sito Web dell'Istat alla voce Biblioteca ([www.istat.it](http://www.istat.it)).

Oltre all'assistenza qualificata che è resa all'utenza in sede, è attivo un servizio di ricerche bibliografiche e di dati statistici a distanza, con l'invio dei risultati per posta o via fax, cui i cittadini, gli studenti, i ricercatori e le imprese possono accedere.

È a disposizione dell'utenza una sala di consultazione al secondo piano