

# Informazione statistica e politiche per la promozione della salute

*di Luigi Biggeri, Presidente dell'Istat*

## **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 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.

## 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 condotto dall'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% e, se si considera che i giovanissimi che non svolgono attività fisica hanno anche una più elevata probabilità di eccesso di peso, appare evidente perché monitorare questo aspetto degli stili di vita è 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 della frutta 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 51 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% del consumo pro-capite di alcool, 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 alcool, 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 ½ litro di vino o birra appare in aumento, in particolare tra le giovani donne. Infine, il consumo di alcool 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%. È stata stimato, per la prima volta, che il 20% di bambini e adolescenti è in sovrappeso, mentre la quota di giovanissimi obesi è di circa il 4%. Tra gli adolescenti il fenomeno è complessivamente meno importante: il 13% degli adolescenti, infatti, è in sovrappeso e soltanto l'1% 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 più di 14 anni, si registrano 12 milioni di **fumatori** (32,2% degli uomini e 18,2% delle donne). Dal 1993 al periodo 1999-2000 si assiste ad un aumento delle fumatrici del 4,1% e ad una diminuzione degli uomini che fumano del 7,7%. 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% dei ragazzi tra i 14 e i 24 anni, con un aumento rispetto al 1993 dell'8,8% che raggiunge il 33% tra i 14 e 16 anni; nelle ragazze l'aumento è, rispettivamente, del 22,8% e del 69,7%. 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 11-17enni, 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.

## 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. A fianco 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 finanziamento 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% della popolazione dell'Emilia Romagna che svolge almeno una visita medica nel mese contro il 23% 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.

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

La necessità di includere la salute tra le priorità delle politiche 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 rispetto a coloro che occupano nella società una posizione meno privilegiata. 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.

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

Infine, devo ricordare i temi affrontati delle 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% 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% rispetto al 1994. La copertura per lo screening mammografico tra le donne di 50-69 anni è invece più bassa (58%), ma è più elevato l'incremento rispetto al 1994 (33%).

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% delle donne di 50-69 anni non si era mai sottoposto ad uno screening mammografico e poco meno del 50% 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% 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, etc.

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 multiscopo 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% 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% 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 passato, secondo quanto risulta dalla rilevazione Istat sulle nascite, dall'11,2% del 1980 al 29,8% del 1997 con una collocazione dell'Italia ben al di sopra delle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità del 10-15%.

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

Si osservano forti differenze territoriali anche per la partecipazione a corsi di preparazione alla nascita, 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% 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% 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%), Liguria (72%) e Calabria (73,4%) 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.

E' 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. L'obiettivo è quello di migliorare la produzione della statistica ufficiale. La prossima indagine del 2004 si arricchirà di questo prezioso lavoro. Esso permetterà di tarare con maggior precisione i quesiti, inserire nuove informazioni ed eliminare 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 stabile 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.