

Nota metodologica

L'indagine sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* ha l'obiettivo di analizzare i comportamenti relativi alla salute e all'utilizzo dei servizi sanitari e porli in relazione alle caratteristiche demografiche e socio-economiche dei cittadini. Attraverso tali informazioni, raccolte direttamente presso le famiglie, è possibile costruire indicatori su condizioni di salute e qualità della vita, presenza di disabilità, stili di vita (abitudine al fumo, eccesso di peso), prevenzione, ricorso ai servizi sanitari, uso dei farmaci, assistenza in gravidanza e allattamento al seno. Ciò rende possibile individuare segmenti di popolazione a rischio, studiare le disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi, conoscere i profili degli utilizzatori dei servizi sanitari e le modalità di fruizione. Integrando con tali informazioni i flussi amministrativi, provenienti dalle organizzazioni sanitarie sul territorio, è possibile arricchire la base informativa necessaria per la pianificazione socio-sanitaria e la promozione della salute pubblica a livello nazionale e locale.

Le indagini sui temi della salute realizzate tramite intervista (HIS - Health Interview Survey) sono peraltro condotte in tutti i paesi dell'Unione Europea, che ne sta promuovendo l'armonizzazione al fine di consentire la comparabilità delle informazioni utili alla programmazione di politiche sanitarie comunitarie.

L'indagine in questione, che si inserisce nel Sistema delle Indagini Multiscopo sulle famiglie avviato nel 1993, viene ripetuta con cadenza quinquennale.

La popolazione di interesse dell'indagine – ossia l'insieme delle unità statistiche oggetto di investigazione – è costituita dalle famiglie residenti in Italia e dagli individui che le compongono, al netto dei membri permanenti delle convivenze (caserme, ospedali, brefotrofi, istituti religiosi, convitti, eccetera). L'unità di rilevazione è la *famiglia di fatto*, ossia l'insieme di persone coabitanti e legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione e tutela.

Le informazioni sono raccolte con tecnica PAPI (Paper and Pencil Interview), mediante interviste dirette a tutti i componenti della famiglia di fatto (per i bambini risponde un genitore, preferibilmente la madre) somministrate da rilevatori comunali opportunamente formati dall'Istat. Le interviste sono effettuate presso l'abitazione della famiglia. Altre informazioni sono inoltre raccolte mediante l'autocompilazione di un questionario individuale.

L'indagine è di tipo campionario ed è condotta mediante quattro distinte rilevazioni a cadenza trimestrale, anche per tener conto dell'effetto stagionale dei fenomeni, di particolare rilievo per le problematiche della salute.

Il disegno di campionamento è a più stadi comuni-famiglie, con stratificazione delle unità di primo stadio rappresentate dai comuni. All'interno di ciascun comune viene effettuato un campionamento a grappoli. I grappoli, ossia le famiglie, sono selezionate in maniera sistematica dalle liste anagrafiche dei comuni-campione estratti.

Per soddisfare i bisogni informativi a livello territoriale e consentire stime regionali e sub-regionali utili alla programmazione sanitaria locale, anche nel 2004-2005 - come per la precedente indagine del 1999/2000 - la numerosità campionaria è stata notevolmente ampliata grazie al contributo messo a disposizione da Ministero della Salute e Regioni, passando da una numerosità campionaria teorica di 24.000 famiglie ad una di 60.000.

Per la progettazione del disegno campionario dell'indagine 2004-2005, i domini di studio ossia gli ambiti territoriali ai quali sono riferiti i parametri di popolazione oggetto di stima sono:

- i *domini tradizionali* delle indagini Multiscopo, ossia le cinque ripartizioni geografiche (Italia Nord-Occidentale, Italia Nord-Orientale, Italia Centrale, Italia Meridionale, Italia Insulare); le regioni (ad eccezione del Trentino Alto Adige le cui stime sono prodotte distintamente per le province autonome di Bolzano e Trento); la tipologia comunale ottenuta suddividendo i comuni italiani in classi formate in base a caratteristiche socio-economiche e demografiche,
- i domini di stima sub-regionali, costituiti da aggregati territoriali di interesse per la programmazione sanitaria a livello locale, definiti *Aree Vaste* e individuati in collaborazione con esperti del settore territoriali.

Le *Aree Vaste* costituiscono aggregazioni di Aziende Sanitarie Locali (ASL), province o aggregazioni di province, oppure in alcuni casi intersezioni di ASL e province. La selezione di tali macro-aree è stata effettuata sulla base del criterio di ampiezza demografica, tenendo conto del vincolo di numerosità complessiva e di rappresentatività del campione.

Nell'ambito di ciascuna Area Vasta i comuni sono stati classificati secondo la tipologia comunale e suddivisi in due sottoinsiemi: i comuni di maggiore dimensione demografica sono definiti "autorappresentativi" (AR); i rimanenti comuni, definiti "non autorappresentativi" (NAR), sono suddivisi sulla base della dimensione demografica in strati di uguale ampiezza e selezionati con probabilità proporzionali alla loro dimensione.

L'indagine, svolta nei mesi di dicembre 2004, marzo, giugno e settembre 2005, ha coinvolto complessivamente 1476 comuni campione distribuiti in 68 *Aree Vaste*. Complessivamente oltre 3000 sono stati i rilevatori comunali coinvolti. E' stato possibile monitorare l'intero processo di rilevazione grazie ad un sistema informativo integrato (SIGIF) che consente la comunicazione tramite rete telematica dei diversi soggetti che collaborano all'indagine (*Comuni, Uffici Regionali, Istat centrale*) per la gestione di tutte le fasi della rilevazione. Inoltre per questa indagine è stato attivato un sistema di monitoraggio della rilevazione sul campo tramite l'acquisizione delle informazioni attraverso comunicazione telefonica (IVR Interactive Voice Response) per tenere sotto controllo alcuni tipi di errore non campionario.

E' bene ricordare infine che le stime prodotte in un'indagine campionaria possono essere affette da *errore campionario*, cioè l'errore che si commette osservando solo una parte della popolazione. Generalmente tale errore si riduce all'aumentare della numerosità campionaria considerata. Cosicché nel confrontare alcune stime percentuali, è necessario tener conto che la stima puntuale può variare in un certo intervallo che è tanto più ampio quanto maggiore è l'errore campionario. Si precisa quindi che nell'analisi svolta sono state commentate solo quelle differenze risultate statisticamente significative.

La procedura di standardizzazione

La maggior parte degli aspetti rilevati nell'indagine su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000" sono influenzati dalla struttura per età della popolazione. Per molte malattie le prevalenze sono più elevate tra gli anziani, quindi se una popolazione ha un'alta proporzione di anziani il tasso grezzo risulterà generalmente più elevato che in una popolazione della stessa numerosità ma con un numero maggiore di giovani.

In Italia la distribuzione per età della popolazione residente è piuttosto variabile a livello regionale: considerando sia la quota di anziani sulla popolazione totale, sia l'indice di vecchiaia, la Liguria presenta il più elevato livello di invecchiamento, mentre in Campania la compagine demografica risulta notevolmente più giovane della media nazionale.

Ci si aspetta dunque, un maggior numero di persone in cattiva salute che ricorrono ai servizi sanitari nelle regioni con elevate quote di anziani. Ciò è sicuramente interessante a livello di sanità pubblica per la programmazione sanitaria, può essere però, fuorviante per l'epidemiologo che è interessato allo "studio della distribuzione e dei determinanti delle situazioni o degli eventi collegati alla salute in una specifica popolazione e l'applicazione di questo studio al controllo dei problemi di salute" (Last 1988).

Per rendere quindi, possibile il confronto di fenomeni epidemiologici tra popolazioni con diversa composizione per età è necessario calcolare dei tassi che rimuovano gli effetti della struttura demografica sul verificarsi degli eventi oggetto di studio. Il metodo maggiormente utilizzato è quello della standardizzazione diretta dei tassi usando una popolazione arbitraria di riferimento definita "standard".

Come popolazione standard è stata adottata la stima della popolazione italiana residente in media nel periodo luglio 1999 e giugno 2000 e ad essa si sono applicati i tassi specifici per età del fenomeno oggetto di studio (malattia, ricorso a servizi, ecc.) di ciascuna regione italiana. Attraverso questa procedura è possibile calcolare il numero di casi "attesi" nelle regioni in ogni classe di età, nell'ipotesi di struttura per età regionale uguale a quella della popolazione standard. Sommando questi casi e dividendoli per il numero di persone della popolazione di riferimento si ottengono i tassi standardizzati.

La formula del tasso standardizzato con il metodo diretto è
$$R_a = \sum_i r_{ia} \left(\frac{n_{is}}{\sum_i n_{is}} \right)$$

dove:

R_a = tasso standardizzato della regione "a"

r_{ia} = tasso specifico in ogni i-esima classe di età x,x+4 della regione "a"

n_{is} = numero di individui in ogni i-esima classe di età x,x+4 della popolazione standard "s"

La standardizzazione diretta consente quindi di calcolare un tasso corretto per età che è la media ponderata dei tassi specifici per età. I pesi applicati rappresentano la distribuzione relativa per età di una popolazione standard. Da ciò deriva per ciascuna regione un tasso che riflette il numero di eventi attesi nel caso le regioni da confrontare avessero avuto la stessa distribuzione per età. In questo modo è quindi possibile concentrare l'attenzione esclusivamente sulle componenti epidemiologiche del fenomeno oggetto di studio.

La procedura di deflazione¹

La deflazione è un'operazione equivalente alla standardizzazione che però opera sui casi anziché sulle variabili. E' utilizzata quando ai rispondenti sono proposte scale in cui è il soggetto stesso a valutare il suo stato sulla proprietà, vale a dire a collocarsi nella scala proposta (scale autoancoranti o di auto-collocazione). Per raccogliere informazioni circa il giudizio dei cittadini sul Servizio Sanitario pubblico, nel caso dell'indagine sulla salute, è stata proposta una scala di punteggi da 1 a 10 mediante i quali gli intervistati dovevano esprimere una valutazione su alcuni Servizi di pubblica utilità.

Nel caso delle scale autoancoranti, i rispondenti possono tendere ad indicare in modo sistematico punteggi alti o bassi della scala. In alcuni casi i punteggi degli intervistati utilizzano solo un arco più ristretto di quello proposto. La deflazione consente di correggere tali distorsioni.

¹ Cfr Marradi A. - *Concetti e metodo per la ricerca sociale*, La Giuntina, 1980

Come viene rilevata la disabilità

Per 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 ICIDH dell'OMS11, che consente di studiare specifiche dimensioni della disabilità: la dimensione fisica, riferibile alle funzioni della mobilità e della locomozione, che nelle situazioni di gravi limitazioni si configura come confinamento; la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane che si riferisce alle attività di cura della persona; la dimensione della comunicazione che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola.

La classificazione (International Classification of Disease, Disability and Handicap, ICDH) distingue tra menomazione, disabilità e handicap e stabilisce una relazione tra questi 3 concetti che vengono così definiti:

- per **menomazione** “si intende qualsiasi perturbazione mentale o fisica del funzionamento del corpo. Essa è caratterizzata da perdite o anomalia anatomica, psicologica o fisiologica (a livello di un tessuto, di un organo, di un sistema funzionale o di una singola funzione del corpo)”;
- per **disabilità** si intende “la riduzione o la perdita di capacità funzionali o dell'attività conseguente alla menomazione”;
- l'**handicap** è lo “svantaggio vissuto a causa della presenza di menomazioni o disabilità. Esso dunque esprime le conseguenze sociali o ambientali della disabilità o della menomazione”.

Ad ogni tipo di disabilità corrisponde una batteria di quesiti con modalità di risposta che prevedono diversi gradi di difficoltà (da una parziale autonomia ad una difficoltà maggiore fino ad arrivare all'inabilità di adempiere la funzione senza l'aiuto di altre persone). Per una corretta interpretazione dei dati è rilevante sottolineare che, per ciascuna domanda, l'intervistato risponde secondo la valutazione soggettiva del proprio livello di autonomia. Tale valutazione può variare non solo in funzione delle diverse condizioni di salute e di livello di autonomia, ma anche per differenze culturali e cognitive o per disparità nel disporre di sostegni materiali e relazionali di cui il disabile può avvalersi per far fronte alle proprie limitazioni.

E' definita disabile la persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate con ciascuna domanda, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.).

A seconda della sfera di autonomia funzionale compromessa, sono state costruite quattro tipologie di disabilità: *confinamento*, *difficoltà nel movimento*, *difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana*, *difficoltà della comunicazione*.

Per *confinamento* si intende costrizione permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici; coloro che risultano confinati rispondono solo ai quesiti sull'attività motoria compatibili con la relativa tipologia di confinamento (cfr. appendice 3 I quesiti dei modelli di rilevazione).

Le persone con *difficoltà nel movimento* hanno problemi nel camminare (riescono solo a fare qualche passo senza aver bisogno di fare soste), non sono in grado di salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, non riescono a chinarsi per raccogliere oggetti da terra.

Le *difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana* riguardano la completa assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo.

¹¹ Nella batteria di quesiti è inclusa la scala per la misurazione del livello di difficoltà nelle attività quotidiane (ADL - Activities of Daily Living) proposta inizialmente da Katz negli anni '60.

Nelle *difficoltà della comunicazione* sono infine comprese le limitazioni nel *sentire* (non riuscire a seguire una trasmissione televisiva anche alzando il volume e nonostante l'uso di apparecchi acustici); limitazioni nel *vedere* (non riconoscere un amico ad un metro di distanza); difficoltà nella parola (non essere in grado di parlare senza difficoltà).

E' infine importante precisare che, poiché nel set di quesiti per rilevare la disabilità è inclusa la scala ADL costruita per valutare il grado di autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane, tale strumento non è adatto alla somministrazione ai bambini di età inferiore ai 6 anni. Pertanto la consistenza numerica dei disabili non include questo segmento di popolazione. La scala inoltre consente solo in modo parziale di cogliere le disabilità connesse a patologie psichiatriche e ad insufficienze mentali. A ciò occorre aggiungere che la stima derivante dall'indagine si riferisce alle persone che vivono in famiglia - le unità finali di campionamento sono infatti le famiglie - e non tiene conto quindi degli individui residenti permanentemente in istituzioni. Tra questi ultimi sono senz'altro presenti quote non trascurabili di disabili presumibilmente con elevati livelli di gravità (basti pensare alle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani non autosufficienti). Tuttavia, poiché in Italia i disabili vivono molto frequentemente in famiglia, l'effetto in termini di sottostima della consistenza del fenomeno risulta abbastanza contenuto¹².

L'indagine comunque, pur tenendo conto dei limiti degli strumenti utilizzati e della complessità ed eterogeneità del fenomeno, rappresenta la principale fonte statistica a livello nazionale per lo studio delle caratteristiche socio-demografiche, degli stili di vita e dello stato di salute delle persone disabili.

Accanto al fenomeno della disabilità, l'indagine rileva anche alcuni specifici tipi di invalidità: *invalidità di tipo motorio*¹³; *insufficienza mentale*¹⁴; *cecità*¹⁵, *sordomutismo*¹⁶ e *sordità*¹⁷, *invalidità per malattia mentale*¹⁸. Si tratta di dimensioni non perfettamente sovrapponibili alle corrispondenti tipologie di disabilità, e ciò sia per il differente approccio concettuale sottostante i due fenomeni, sia per le differenze negli strumenti adottati. Rilevare la disabilità significa valutare il livello di riduzione dell'autonomia nello svolgere le principali funzioni, conseguente al deficit o menomazione dovuta alla malattia, tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi. L'invalidità, invece, è riferita alla menomazione che colpisce un organo ed è quindi indipendente dalla valutazione complessiva di autosufficienza. Il fenomeno quindi è rilevato, a differenza di quanto avviene per la disabilità, anche per i bambini fino a 6 anni. Inoltre gli strumenti adottati per la rilevazione non sono confrontabili: la disabilità deriva infatti da una sintesi di quesiti, l'invalidità è rilevata invece in termini di presenza e assenza della specifica menomazione dichiarata dagli intervistati.

In altri termini può accadere che una persona presenti un'invalidità motoria per mancanza o anchilosi di un arto, ma ricorrendo al supporto di una protesi o di altro apparecchio, risulti non dipendente al punto da presentare una disabilità motoria. Al contrario, una persona che non presenta menomazioni negli arti ma, ad esempio, a causa dell'avanzata età, non riesce a muovere qualche passo senza ricorrere all'aiuto di altre persone, presenta una disabilità motoria pur non dichiarandosi invalido motorio. Infine, ad ampliare il divario tra le due dimensioni rilevate concorre l'associazione a volte effettuata dagli intervistati tra la certificazione amministrativa dell'invalidità e la presenza della stessa.

¹² Si stima che il numero di istituzionalizzati in Italia sia pari a circa il 3 per mille dell'intera popolazione residente. Fonte: ISTAT - CISIS, *Rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali, anno 1999. Dati provvisori*.

¹³ Grave limitazione o impedimento delle capacità di movimento di uno o più parti del corpo per mancanza o perdita di uno o più arti.

¹⁴ Insufficienze mentali congenite (downismo, microcefalia, ecc.), perinatali (incompatibilità del gruppo sanguigno materno/fetale, ecc.), o acquisite (meningiti, encefaliti, tumori ecc.); la frenastenia, o l'oligofrenia (difetti permanenti dell'intelligenza).

¹⁵ Parziale o totale assenza della vista sino a meno di un ventesimo con eventuale correzione

¹⁶ Incapacità o grave difficoltà nell'esprimersi tramite il linguaggio

¹⁷ Parziale o completa mancanza della capacità di udito anche se corretta con apparecchi acustici.

¹⁸ Schizofrenia, disturbi dell'umore (ed esempio disturbi depressivi), disturbi d'ansia (disturbi d'ansia, di panico, fobici), ipocondria, disturbi dissociativi e di personalità (ad esempio paranoie antisociali).