

I PARTE

**QUALITÀ DI VITA DEI CITTADINI
DALLA TUTELA SANITARIA ALLA PROMOZIONE
DELLA SALUTE
LA DOMANDA INFORMATIVA NEL CAMPO
DELLA SALUTE**

PAGINA BIANCA

Qualità di vita dei cittadini

Il più importante fenomeno sanitario dell'Italia che si affaccia al terzo millennio paradossalmente non è direttamente legato all'organizzazione della medicina. Si tratta dell'invecchiamento demografico. Esso pone emergenze di carattere sanitario impreviste fino a pochi anni fa. L'Italia, in ogni caso, ha ormai raggiunto gli standard medici delle altre nazioni occidentali. Ma questa consapevolezza non può che esigere da parte della politica sanitaria un impegno sempre più deciso per affrontare nodi ancora stridenti come la necessità di superare le disuguaglianze e di diffondere l'informazione.

DINAMICA DEMOGRAFICA E STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

L'evoluzione demografica della popolazione italiana nel corso dell'ultimo decennio è stata caratterizzata da numerosi elementi di novità rispetto al passato. Fra questi, il dato più rilevante, in termini di incremento della popolazione, consiste nell'inversione dei ruoli tra la componente naturale e quella migratoria. Il saldo naturale, ovvero la differenza tra le nascite viventi e i decessi, che era tradizionalmente positivo, è divenuto negativo a causa della prolungata tendenza alla diminuzione delle nascite. Al contrario, il saldo migratorio, ovvero la differenza tra gli emigrati e gli immigrati, che era storicamente negativo, ha fatto registrare nel corso degli anni novanta valori positivi sempre più consistenti, a indicare che l'Italia da Paese di emigrazione è divenuto Paese di immigrazione. Spetta, dunque, alla componente migratoria il ruolo di componente attiva dell'incremento totale della popolazione. Il saldo naturale e quello migratorio tendono, inoltre, a essere sempre più vicini in valore assoluto e questo dà luogo a un incremento della popolazione sempre più contenuto.

All'1 gennaio 2000 la popolazione residente in Italia risultava pari a 57.680.000 unità, con una crescita rispetto all'1 gennaio 1999 dell'1,2 per mille. La variabilità regionale è molto accentuata: si osserva infatti un aumento della popolazione residente nel Nord e nel Centro del Paese, con un tasso annuo di incremento di circa il 2,9 per mille, mentre si conferma la tendenza alla diminuzione della popolazione residente nelle regioni del Mezzogiorno (-2 per mille).

L'incremento della popolazione nelle regioni centro-settentrionali e la diminuzione in quelle meridionali sono dovuti alla diversa dinamica del saldo naturale e migratorio nelle tre ripartizioni geografiche.

Nel 1999 si è registrato complessivamente per l'Italia un saldo negativo tra nati e morti di 34.114 unità, pari a un quoziente di saldo naturale di -0,6 per mille abitanti residenti. L'evoluzione del saldo naturale della popolazione italiana mostra un eccesso di decessi rispetto ai nati vivi a partire dal 1993. Esistono, tuttavia, notevoli differenze a livello regio-

nale. Le regioni del Meridione e delle Isole sono ancora caratterizzate da una dinamica naturale positiva, evidenziata da tassi di incremento naturale pari rispettivamente al 2,1 e all'1 per mille, al contrario nelle regioni del Nord e del Centro i decessi superano le nascite e i tassi di incremento naturale si attestano su valori pari a -2 per mille abitanti.

Nel 1999 i nati vivi della popolazione residente sono stati 537.200, risultando in lieve aumento rispetto ai 532.800 del 1998. Una momentanea crescita delle nascite si era già registrata negli anni 1996-1997, tuttavia non si può ancora ravvisare un'inversione significativa della tendenza di fondo del fenomeno, che vede le nascite in costante declino, in Italia, a partire dalla seconda metà degli anni settanta.

Le regioni settentrionali e centrali mostrano comportamenti riproduttivi piuttosto simili tra loro, presentando quozienti di natalità pari a circa 8,7 nati vivi per mille abitanti residenti, mentre nel Meridione e nelle Isole i valori del tasso di natalità sono rispettivamente pari al 10,6 e al 10,1 per mille. Il valore medio nazionale è di 9,3 nati per mille residenti.

Il numero dei decessi, in lieve aumento a livello nazionale nel corso degli anni più recenti, nel 1999 è diminuito di circa il 10 per mille rispetto al 1998, con 571.356 decessi.

L'incidenza dei decessi sulla popolazione presenta una significativa variabilità regionale: il Mezzogiorno è infatti caratterizzato da un tasso di mortalità pari a circa 9 deceduti per mille abitanti, rispetto agli 11 deceduti per mille abitanti del Centro e del Nord. Il saldo migratorio (si tratta di un dato che considera insieme il saldo migratorio con l'estero, la mancata coincidenza tra gli iscritti e i cancellati da e per altri comuni italiani dovuta allo sfasamento temporale tra i due eventi e le operazioni di revisione e controllo effettuate dalle anagrafi) si conferma positivo anche nel 1999, ammontando a 101.394 unità. In termini relativi il tasso di incremento migratorio, a livello nazionale, è pari a 1,8 per mille abitanti.

Anche nel caso della dinamica migratoria, tuttavia, esiste una grande variabilità regionale, cui contribuiscono non solo i flussi di immigrazione da e per l'estero, ma anche la consistenza degli spostamenti di popolazione all'interno del Paese. Livelli positivi del tasso di incremento migratorio si registrano al Nord e al Centro Italia, rispettivamente 4,1 per mille nel Nordovest, 6,8 per mille nel Nordest e 4 per mille al Centro. Nel Meridione e nelle Isole, al contrario, il saldo migratorio è negativo, pari rispettivamente a -4,1 e -2,9 per mille. Le regioni del Centro e del Nord continuano, dunque, ad attrarre popolazione sia dall'estero sia dal Mezzogiorno del Paese. Per quanto riguarda i flussi costituiti da immigrazioni dall'estero, è possibile monitorare il fenomeno della presenza straniera stabile utilizzando le informazioni sui cittadini stranieri iscritti nelle anagrafi. Gli stranieri iscritti in anagrafe all'1 gennaio 1999 erano circa 1.116.000, risultando in forte espansione rispetto al 1991, quando erano circa 537.100. La crescita è stata sostenuta soprattutto per gli extracomunitari, il cui peso percentuale sul totale degli stranieri iscritti in anagrafe in questi anni è passato dal 79,3 per cento all'87 per cento. Si registra inoltre una netta concentrazione di stranieri nelle regioni del Nord (54 per cento) e una presenza minore nel Centro (29,5 per cento) e nel Mezzogiorno (16,5 per cento).

Un'altra fonte che consente di valutare la presenza straniera regolare è costituita dai dati sui permessi di soggiorno. Gli stranieri presenti sul territorio italiano, secondo la rilevazione dei permessi di soggiorno all'1 gennaio 1999 (dati elaborati dall'ISTAT su fonte del Ministero dell'interno), erano 1.090.800, in crescita rispetto ai 648.900 del 1991. La presenza degli extracomunitari è aumentata dall'85,9 per cento del totale del 1991 all'87,7 per cento del 1998 e il loro peso relativo è superiore nel Mezzogiorno (91,8 per cento) rispetto alle altre

parti di Italia (Nord, 86,8 per cento; Centro 84,8 per cento). La mutata dinamica della popolazione italiana ha rilevanti conseguenze sulla sua struttura per età. Pur rimanendo sostanzialmente stabile il numero di persone residenti, la quota di giovani va progressivamente riducendosi per effetto della progressiva contrazione delle nascite. All'1 gennaio 2000 la proporzione di giovani in età inferiore a 15 anni era pari al 14 per cento (era il 16 per cento nel 1991 e superava il 21 per cento all'inizio degli anni ottanta). Per contro, le persone con almeno 65 anni sono attualmente circa il 18 per cento della popolazione (erano il 15 per cento nel 1991 e il 13 per cento nel 1982) e, all'interno di questo gruppo, è in costante aumento la proporzione attribuibile alle età più avanzate della vita: la quota di popolazione di età superiore a 79 anni è pari a circa il 5 per cento. Il fenomeno è noto come invecchiamento della popolazione e può essere misurato sinteticamente mediante il rapporto tra le persone con età di 65 anni e oltre e i giovani di età inferiore a 15 anni. Questo rapporto, noto come indice di vecchiaia, è aumentato in maniera consistente: all'1 gennaio 2000 per ogni 100 giovani di età inferiore a 15 anni si contavano, a livello nazionale, 125 persone con oltre 64 anni di età, quasi il doppio rispetto alle 62 di 65 anni e oltre che si avevano per 100 giovani nel 1982. L'indice è assai più elevato per la popolazione femminile (149 per le femmine contro 97 per i maschi) e risulta inoltre quasi il doppio al Nord (155) rispetto alle regioni del Mezzogiorno (89).

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è il risultato sia della diminuzione della fecondità sia dell'allungamento della vita media.

L'Italia si distingue per avere un livello di fecondità tra i più bassi del mondo e livelli di sopravvivenza tra i più alti.

Il tasso di fecondità totale (pari alla somma dei quozienti tra i nati vivi da madri di età compresa tra 15 e 49 anni e l'ammontare medio annuo della popolazione femminile di quelle età), noto come TFT, rappresenta l'indicatore più appropriato per monitorare il fenomeno della denatalità, in quanto consente di misurare il numero medio di figli per ogni donna in età feconda. La stima del TFT riferita all'anno 1999 è pari a 1,2 figli per donna, valore che si mantiene sostanzialmente stabile dal 1996.

La diminuzione della fecondità è legata, come è noto, alla profonda trasformazione nei comportamenti riproduttivi e familiari avvenuti in Italia a partire dalla seconda metà degli anni settanta. Dai tradizionali valori di circa tre figli per donna, caratteristici degli anni prebellici e immediatamente successivi, l'indice di fecondità ha iniziato a diminuire e tale diminuzione non ha conosciuto finora alcuna interruzione. Neanche la momentanea ripresa delle nascite osservata nella metà degli anni sessanta, nota come baby-boom, può essere interpretata come una reale inversione di tendenza. Se si osserva il comportamento delle successive generazioni di donne che hanno concluso o stanno per concludere la loro esperienza riproduttiva si può constatare come in nessuna generazione ci sia stato un aumento del numero medio di figli.

Le alterne vicende di incremento e riduzione della fecondità riferita ai singoli anni di calendario sono attribuibili, infatti, non solo al mutare dell'intensità della fecondità delle successive generazioni di donne, ma anche alla tendenza ad anticipare o posticipare l'esperienza riproduttiva. Il fenomeno del baby-boom, cui si è accennato in precedenza, è stato, in realtà, dovuto quasi completamente all'anticipazione della maternità da parte di alcune ben individuate generazioni e in alcune regioni, piuttosto che a un effettivo incremento della propensione a procreare delle donne italiane.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 1. Movimenti della popolazione (anno 1999)

regioni e ripartizioni	nati vivi	morti	saldo tra iscritti e cancellati *	tasso di incremento naturale per 1.000 abitanti	tasso di natalità per 1.000 abitanti	tasso di mortalità per 1.000 abitanti	tasso di incremento migratorio per 1.000 abitanti
Piemonte	34.639	50.255	15.030	-3,6	8,1	11,7	3,5
Valle d'Aosta	1.103	1.282	529	-1,5	9,2	10,7	4,4
Lombardia	82.285	87.512	41.754	-0,6	9,1	9,7	4,6
Trentino-Alto Adige	10.594	8.249	4.337	2,5	11,4	8,8	4,6
Veneto	41.720	43.051	25.485	-0,3	9,3	9,6	5,7
Friuli-Venezia Giulia	9.100	14.579	6.735	-4,6	7,7	12,3	5,7
Liguria	10.998	22.404	4.740	-7,0	6,8	13,8	2,9
Emilia-Romagna	31.857	46.289	35.808	-3,6	8,0	11,7	9,0
Toscana	27.093	41.702	22.438	-4,1	7,7	11,8	6,4
Umbria	6.612	9.369	5.570	-3,3	7,9	11,2	6,7
Marche	12.190	15.322	8.672	-2,1	8,4	10,5	5,9
Lazio	50.658	49.642	8.033	0,2	9,6	9,4	1,5
Abruzzo	10.768	13.116	4.034	-1,8	8,4	10,3	3,2
Molise	2.776	3.557	-212	-2,4	8,5	10,8	-0,6
Campania	68.669	47.202	-33.089	3,7	11,9	8,2	-5,7
Puglia	42.444	32.584	-11.043	2,4	10,4	8,0	-2,7
Basilicata	5.645	5.503	-1.812	0,2	9,3	9,1	-3,0
Calabria	19.612	17.717	-16.135	0,9	9,5	8,6	-7,8
Sicilia	54.879	47.857	-17.462	1,4	10,8	9,4	-3,4
Sardegna	13.600	14.164	-2.018	-0,3	8,2	8,6	-1,2
Nordovest	129.025	161.453	62.053	-2,1	8,6	10,7	4,1
Nordest	93.271	112.158	72.365	-1,8	8,8	10,6	6,8
Centro	96.553	116.035	44.713	-1,8	8,7	10,5	4,0
Meridione	149.914	119.679	-58.257	2,1	10,6	8,5	-4,1
Isole	68.479	62.021	-19.480	1,0	10,2	9,2	-2,9
Italia	537.242	571.356	101.394	-0,6	9,3	9,9	1,8

* si tratta di un dato contabile che considera sia le iscrizioni e le cancellazioni anagrafiche rispettivamente da e per l'estero sia le iscrizioni e cancellazioni anagrafiche da e per altro comune.

fonte: ISTAT.

Successivamente è emersa un'importante tendenza al posticipo dell'esperienza riproduttiva: la nascita del primo figlio, che a metà degli anni sessanta si verificava mediamente prima dei 25 anni, ora avviene in media solo dopo i 28 anni.

Un posticipo così importante ha, evidentemente, a sua volta conseguenze sul numero complessivo di figli. La probabilità di avere un figlio di ordine superiore al secondo è infatti in costante e rapida diminuzione e il modello familiare destinato a prevalere sembra essere quello di uno o al massimo due figli per coppia. La variabilità territoriale della denatalità diventa evidentissima osservando gli indicatori sintetici di fecondità per regione.

Ben sei regioni del Centro e del Nord - Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Umbria - si distinguono per livelli di fecondità appena superiori a un figlio o al di sotto di un figlio per donna (Liguria). La maggior parte delle regioni del Mezzogiorno, pur presentando livelli storicamente più elevati, ha registrato negli anni più recenti ritmi di decremento della fecondità decisamente più sostenuti che nel resto del Paese, a indicare il loro rapido avvicinamento ai livelli del Centro e del Nord. La Campania resta la regione con la più elevata fecondità: 1,6 figli per donna. Tutte le regioni presentano, dunque, attualmente livelli di fecondità ben al di sotto del cosiddetto livello di sostituzione, ovvero il valore teorico di TFT che consentirebbe, dati gli attuali livelli medi di sopravvivenza, di mantenere invariato l'ammontare della popolazione. Il perdurare di questa tendenza non potrà quindi che tradursi in un deficit di popolazione.

Nella tabella 1 sono riportati i dati relativi ai movimenti della popolazione nell'anno 1999, distribuiti per regione e ripartizione geografica, e nella tabella 2 i tassi di fecondità totale per 1.000 donne di età compresa tra 15 e 49 anni negli anni 1981 e 1999, distribuiti per regione di residenza.

NATIMORTALITÀ, ABORTIVITÀ SPONTANEA, ABORTIVITÀ VOLONTARIA

Tra i fenomeni che influiscono sui livelli di fecondità rientrano gli esiti negativi delle gravidanze, ovvero la natimortalità, l'abortività volontaria e quella spontanea.

Per quanto riguarda la natimortalità, al pari della mortalità infantile, i livelli sono andati drasticamente diminuendo dagli anni settanta a oggi. In numero assoluto si è passati da circa 13.400 nati morti nel 1971 a 2.062 nel 1999, con una riduzione del 65 per cento tra il 1971 e il 1981, del 35 per cento nel periodo 1981-1991 e del 33 per cento tra il 1991 e il 1999. A questi valori hanno corrisposto quozienti di natimortalità variabili da 14,6 nati morti ogni 1.000 nati a inizio periodo a 3,9 a fine periodo. Nel 1999 i livelli di natimortalità erano sensibilmente più bassi al Centro Italia e più alti al Nord e al Sud (figura 1).

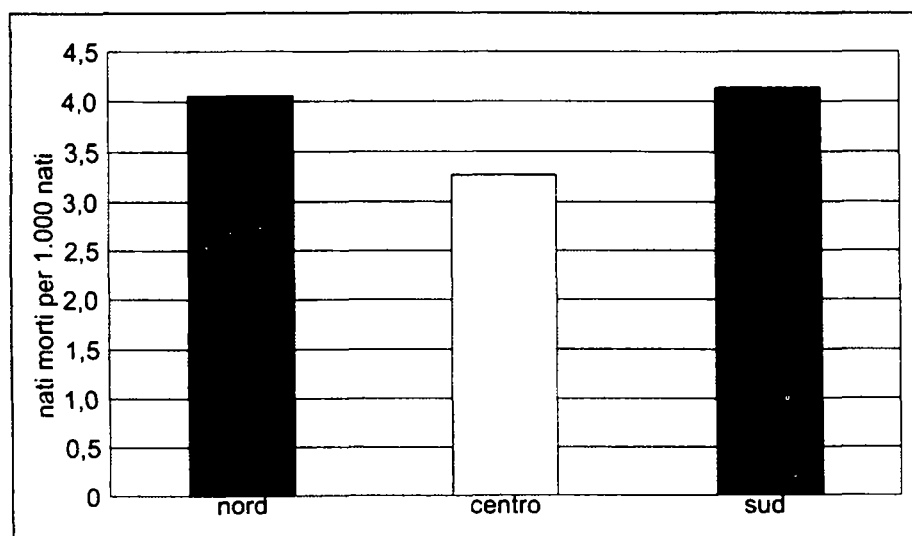


Figura 1
Natimortalità
suddivisa
per ripartizione
geografica
(anno 1999),
dati provvisori.

Tabella 2. Tassi di fecondità totale per 1.000 donne di età compresa tra 15 e 49 anni distribuiti per regione di residenza (anni 1981 e 1999)

regioni e ripartizioni	1981	1999 (*)
Piemonte	1,273	1,087
Valle d'Aosta	1,177	1,312
Lombardia	1,331	1,139
Trentino-Alto Adige	1,597	1,434
Veneto	1,376	1,148
Friuli-Venezia Giulia	1,163	1,027
Liguria	1,093	967
Emilia-Romagna	1,121	1,034
Toscana	1,246	1,036
Umbria	1,457	1,095
Marche	1,448	1,114
Lazio	1,494	1,165
Abruzzo	1,720	1,183
Molise	1,812	1,209
Campania	2,224	1,571
Puglia	2,121	1,384
Basilicata	2,017	1,282
Calabria	2,155	1,326
Sicilia	2,040	1,485
Sardegna	1,868	1,106
Nord	1,283	1,113
Centro	1,408	1,114
Sud	2,081	1,416
ITALIA	1,597	1,232
(*) valori stimati		
fonte: ISTAT		

Il fenomeno dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) è rilevato dall'ISTAT da quando la normativa (legge 22 maggio 1978, n.194, recante "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza") ha dato facoltà alle donne di interrompere la gestazione entro il 90° giorno dal concepimento. Nei primi anni ottanta si era osservato un aumento del ricorso all'IVG, sostanzialmente dovuto a una maggiore copertura della rilevazione e a un progressivo rientro nella legalità degli aborti precedentemente effettuati in clandestinità, ma negli anni successivi si è verificata una netta riduzione da oltre 207.000 casi nel 1980 a 138.000 casi nel 1998, con un massimo nel 1983 di circa 230.000 interventi. Il tasso di abortività volontaria si è così ridotto da 15,3 IVG per 1.000 donne in età feconda a 9,5. La diminuzione dei livelli di fecondità (tabella 2) spiega sicuramente una quota di queste variazioni, ma il fatto che i ritmi di decremento delle IVG siano più sostenuti di quelli relativi alla fecondità fa ipotizzare che vi sia stata anche una minore propensione a ricorrere all'abortività volontaria. Tale affermazione è suffragata dai risultati dell'ultima indagine sulla fecondità in Italia, condotta negli anni 1995-1996, da cui emerge che le donne hanno sempre più fatto ricorso a metodi di controllo delle nascite e, soprattutto, hanno cominciato a preferire metodi contraccettivi più sicuri rispetto a metodi con una

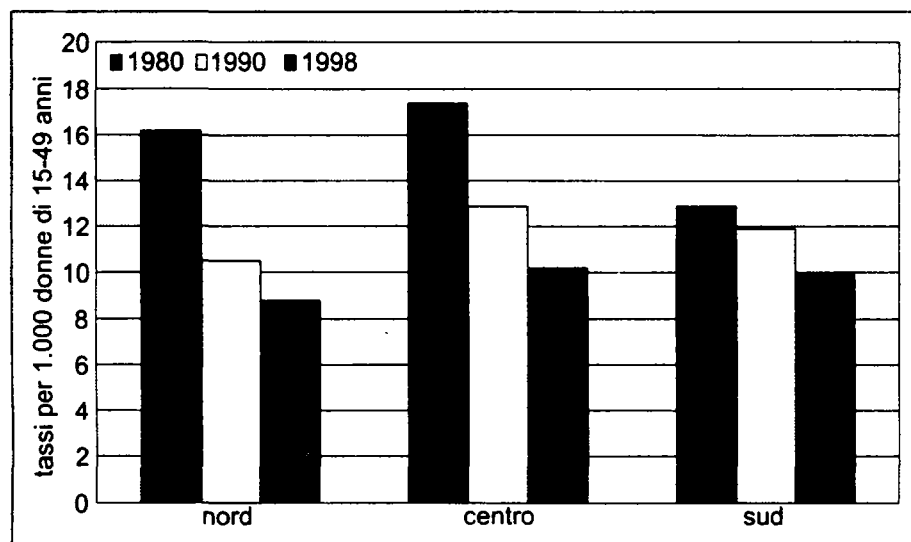


Figura 2.
Interruzioni
volontarie
di gravidanza
suddivise
per ripartizione
geografica (anni
1980, 1990, 1998).

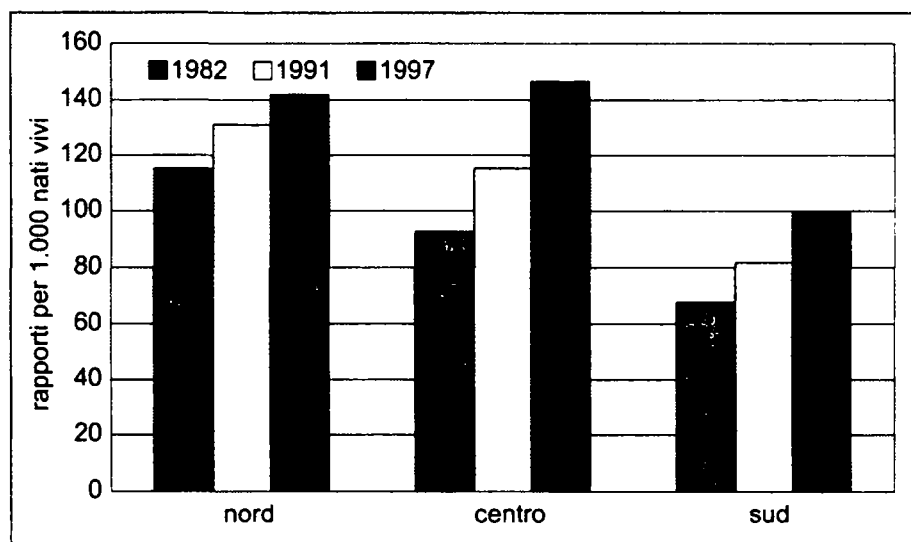


Figura 3.
Aborti spontanei
suddivisi
per ripartizione
geografica
(anni 1982, 1991,
1997).

maggior frequenza di insuccessi. Per quanto riguarda le classi di età, i livelli di abortività volontaria sono più elevati tra i 20 e i 39 anni, ovvero nelle età in cui si concentra la quota maggiore di fecondità. L'andamento temporale è comunque decrescente in tutte le classi, con un'unica eccezione: negli ultimi anni si è assistito a una ripresa dei tassi nelle giovanissime (tra 15 e 19 anni di età). Questa tendenza potrebbe essere l'inizio di un allineamento con gli altri Paesi europei più evoluti, dove l'abortività volontaria è un fenomeno in prevalenza extraconiugale, legato a una sessualità meno suscettibile di programmazione contraccettiva e più separata da progetti di profezione.

Il declino del ricorso all'IVG è stato evidente su tutto il territorio italiano, ma si è realizzato con modi differenti nelle diverse ripartizioni geografiche (figura 2). Il Nord è l'area del Paese che, partendo da livelli di abortività volontaria piuttosto elevati, ha fatto registrare le diminuzioni più forti (-46 per cento tra il 1980 e il 1998), divenendo a fine periodo l'area geografica con i tassi più bassi. Il Centro, che ha sempre avuto tassi di abortività più alti, ha comunque fatto registrare diminuzioni importanti (-41 per cento), ma rimane a tutt'oggi l'area con i livelli più elevati. Nel Mezzogiorno, invece, variazioni percentuali più contenute

Tabella 3. Aborti spontanei nel periodo 1982-1998

	1982	1991	1998
aborti spontanei	56.157	58.966	66.666
aborti spontanei per 1.000 nati vivi (*)			
totale	89,2	105,7	127,0
15-19 anni	75,7	107,2	139,3
20-24 anni	64,2	79,5	99,9
25-29 anni	71,5	82,6	96,3
30-34 anni	97,9	102,4	113,4
35-39 anni	169,0	180,5	198,1
40-44 anni	418,0	450,7	477,9
45-49 anni	1.017,8	1.782,3	1.195,1
(*) Il dato più recente si riferisce al 1997			
fonte: ISTAT			

hanno fatto sì che da area con tassi di abortività particolarmente bassi nel 1980 divenisse, negli anni '90, la seconda ripartizione geografica dopo il Centro Italia. In questo caso occorre però tenere presente che la bassa abortività volontaria del primo decennio poteva derivare da un'inerzia del fenomeno di clandestinità (maggiore reticenza a far rientrare negli aborti illegali quelli clandestini).

L'abortività spontanea è definita dalla normativa vigente come l'interruzione involontaria di gravidanza entro il 180° giorno compiuto di amenorrea. Diversamente dagli altri due fenomeni, il numero di casi di aborto spontaneo è aumentato, passando da 56.157 nel 1982 a 66.666 nel 1998; a tale aumento ha corrisposto un incremento dei rapporti di abortività spontanea, rispettivamente pari a 89 e 127 per 1.000 nati vivi (tabella 3). Questo andamento può essere stato determinato sia da un progressivo miglioramento nel tempo della rilevazione sia da una maggiore diffusione dei fattori di rischio.

Per esempio, l'età della donna è oggi riconosciuta come uno dei principali fattori di rischio. I rapporti di abortività spontanea sono aumentati nel tempo in tutte le classi di età (tabella 3). Inoltre, mostrano un andamento esponenziale con l'avanzare dell'età. Ciò potrebbe trovare in parte spiegazione nel parallelo spostamento in avanti dell'età media al momento del concepimento. Le donne tendono sempre più a procrastinare le gravidanze: l'età media alla nascita del primo figlio, come detto, è passata nel periodo di osservazione da 25 a oltre 28 anni e l'età media al momento del parto da 27 a circa 30 anni.

L'incremento dei rapporti di abortività spontanea ha interessato tutte le ripartizioni geografiche ma con ritmi differenziati (figura 3). Il Nord ha fatto registrare le variazioni più contenute (+23 per cento tra il 1982 e il 1997), ma partiva da livelli decisamente più alti delle altre aree. Il Centro, che a inizio periodo si trovava in una posizione intermedia, ha sperimentato un aumento del 58 per cento dei rapporti, portandosi in prima posizione nel 1997, con 146 aborti spontanei ogni 1.000 nati vivi. Il Mezzogiorno, che è anche la ripartizione geografica in cui l'età media al momento del parto è anticipata rispetto al resto d'Italia, è rimasto per tutto il periodo l'area con livelli di abortività spontanea più bassi, facendo comunque registrare un incremento del 47 per cento dei rapporti.

CONDIZIONI DI VITA

Le persone che godono di una posizione sociale privilegiata, hanno un titolo di studio elevato o svolgono un lavoro di prestigio e ben remunerato vivono più a lungo e si ammalano meno rispetto alle persone che hanno una posizione sociale inferiore, non accedono all'istruzione superiore o svolgono professioni meno remunerative e meno accreditate. Nella nostra società, a dispetto del generale miglioramento dello stato di salute della popolazione, la distanza tra poveri e ricchi riguardo alla opportunità di vita e di salute è rimasta invariata o è aumentata. Queste disparità tra diversi settori della popolazione italiana si sono consolidate malgrado tutte le politiche di welfare degli ultimi decenni. Il presente capitolo si propone di esaminare i principali fattori di pressione che agiscono sullo scenario socioeconomico italiano e di prevedere quali effetti, positivi o negativi, essi potranno produrre sulla salute.

Posizione e classe sociale. La posizione sociale degli individui e la loro collocazione nella struttura di potere e di privilegi sociali hanno un legame, talvolta particolarmente stretto, con le condizioni di salute. L'analisi della relazione tra posizione sociale e salute richiede la definizione di un modello di rappresentazione della posizione sociale degli individui e delle loro famiglie. I modelli in uso nella ricerca sociale possono essere raggruppati in due grandi famiglie. Alla prima appartengono i modelli che fanno riferimento alla teoria della stratificazione sociale, i quali prestano attenzione principalmente alle disuguaglianze distributive - disuguaglianze di reddito, di prestigio, di consumo eccetera - che separano le posizioni, o meglio, i ruoli di cui si compone una società. Alla seconda famiglia appartengono i modelli che fanno riferimento alla teoria delle classi. L'attenzione cade, in questo caso, sulle disuguaglianze relazionali e sulle disuguaglianze di potere. Su entrambe queste scale il tipo di occupazione svolta influenza lo stato di salute direttamente, attraverso l'esposizione a fattori di rischio fisici o psicosociali (grado di controllo sulle azioni e sulle relazioni sociali) negli ambienti di lavoro, e indirettamente, come determinante delle condizioni materiali di vita. Dato che la suddivisione della popolazione in classi occupazionali è in continuo cambiamento (tabella 4), con un aumento della classe media impiegatizia e dei servizi e una diminuzione della classe operaia e agricola, che gode generalmente di uno stato di salute più sfavorevole, è verosimile che nei prossimi anni la percentuale della popolazione in buona salute possa aumentare.

Livello di istruzione. Uno tra i più consolidati risultati della ricerca epidemiologica riguarda la relazione - inversa - tra grado di istruzione e salute. Il titolo di studio costituisce un buon indicatore del possesso di capitale culturale e capitale sociale, che sono fattori determinanti del buono stato di salute. Le conoscenze, le competenze, gli atteggiamenti, i valori e le preferenze temporali costituiscono il capitale di risorse per la salute di un individuo. La conoscenza delle conseguenze nocive di alcuni comportamenti, per esempio il consumo di tabacco o il rifiuto di partecipare a un programma di screening, costituiscono un importante fattore di promozione della salute, come anche il disporre di nozioni con cui far adeguatamente fronte a una inattesa emergenza sanitaria, quale può essere l'ingestione involontaria di una sostanza tossica o il primo manifestarsi dei sintomi di un infarto. Non meno importanti sono le competenze linguistiche e relazionali che facilitano l'accesso e l'utilizzazione dei servizi sanitari. La razionalità nella propensione al rischio, conseguente a particolari credenze e valori, rappresenta un altro esempio tipico dell'importanza del capitale culturale in

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Tabella 4. Occupati per settore di attività economica e posizione nella professione
anni 1993, 1999 (valori assoluti in migliaia e composizioni percentuali)**

posizione nella professione	settore di attività economica							
	agricoltura		industria		altre attività		totale	
	1993	1999	1993	1999	1993	1999	1993	1999
<i>valori assoluti in migliaia</i>								
indipendenti	896	686	1.482	1.497	3.495	3.686	5.873	5.869
imprenditori	28	42	174	212	133	210	335	464
liberi professionisti	5	6	94	137	543	806	641	950
lavoratori in proprio	655	477	971	903	2.148	2.023	3.774	3.403
soci di cooperativa di produzione	10	20	54	73	82	161	146	255
coadiuvanti	199	141	189	172	589	486	977	798
dipendenti	593	449	5.513	5.253	8.505	9.121	14.611	14.823
dirigenti	5	4	86	74	233	253	324	330
direttivi-quadro	4	5	113	150	608	792	726	947
impiegati o Intermedi	44	40	1.186	1.212	4.700	5.108	5.931	6.359
operai, subalterni ed assimilati	536	398	3.984	3.710	2.872	2.883	7.392	6.991
apprendisti	2	2	110	90	73	77	184	169
lavoranti a domicilio per conto imprese	1	0	34	18	18	8	53	26
totale	1.488	1.134	6.995	6.750	12.000	12.807	20.484	20.692
<i>percentuali di riga</i>								
indipendenti	15,3	11,7	25,2	25,5	59,5	62,8	100,0	100,0
<i>percentuali di colonna</i>								
imprenditori	3,1	6,1	11,7	14,2	3,8	5,7	5,7	7,9
liberi professionisti	0,5	0,9	6,3	9,2	15,5	21,9	10,9	16,2
lavoratori in proprio	73,1	69,5	65,5	60,3	61,5	54,9	64,3	58,0
soci di cooperativa di produzione	1,1	2,9	3,7	4,9	2,3	4,4	2,5	4,3
coadiuvanti	22,2	20,6	12,8	11,5	16,9	13,2	16,6	13,6
<i>percentuali di riga</i>								
dipendenti	4,1	3,0	37,7	35,4	58,2	61,5	100,0	100,0
<i>percentuali di colonna</i>								
dirigenti	0,8	0,9	1,6	1,4	2,7	2,8	2,2	2,2
direttivi-quadro	0,7	1,1	2,1	2,9	7,2	8,7	5,0	6,4
impiegati o Intermedi	7,5	8,9	21,5	23,1	55,3	56,0	40,6	42,9
operai, subalterni ed assimilati	90,5	88,6	72,3	70,6	33,8	31,6	50,6	47,2
apprendisti	0,3	0,4	2,0	1,7	0,9	0,8	1,3	1,1
lavoranti a domicilio per conto imprese	0,2	0,0	0,6	0,3	0,2	0,1	0,4	0,2
<i>percentuali di riga</i>								
totale	7,3	5,5	34,2	32,6	58,6	61,9	100,0	100,0

Tabella 5. Popolazione residente di età superiore a 6 anni per titolo di studio anni 1997-1999 (valori assoluti in migliaia e composizione percentuale)

anno	titolo di studio					totale
	licenza scuola elementare o nessun titolo	licenza scuola media inferiore	qualifica professionale	diploma scuola media superiore	diploma universitario, laurea e dottorato	
valori assoluti						
1997	20.571	17.003	2.337	10.748	2.971	53.630
1998	20.443	16.622	2.417	10.985	3.305	53.772
1999	20.442	16.404	2.554	11.255	3.267	53.922
percentuali di riga						
1997	38,4	31,7	4,4	20,0	5,5	100,0
1998	38,0	30,9	4,5	20,4	6,1	100,0
1999	37,9	30,4	4,7	20,9	6,1	100,0
fonte: ISTAT						

fonte: ISTAT

quanto fattore di conservazione della salute. Capitale culturale e salute sono inoltre legati tra loro in via indiretta: la conoscenza accresce il senso di autostima e il sentimento del proprio valore e questi sentimenti hanno un vigoroso impatto positivo sulla salute. L'altra risorsa per la salute è il capitale sociale, cioè il determinante dell'estensione e dell'affidabilità delle reti di relazioni sociali entro cui è inserito ciascun individuo. Ciò che circola in queste reti - informazioni, fiducia e sostegno - è fattore fondamentale per assicurare il benessere e la salute delle persone e per garantire la tempestività e l'accuratezza delle diagnosi. Per esempio, la rete di relazioni personali è un determinante importante dell'efficacia dei processi di cura e riabilitazione. Capitale culturale e capitale sociale, sotto questo profilo assai simili al capitale economico, possono essere trasmessi da una generazione alla successiva, dove chi eredita aggiunge a quello ricevuto il capitale accumulato autonomamente.

Istruzione e salute in età adulta sono inoltre correlate attraverso la mediazione del tipo di competenze professionali acquisite, con tutto ciò che ne consegue in termini di ambiente di lavoro e situazione di mercato. Il livello di istruzione della società italiana continua a migliorare (tabella 5) e ci si può aspettare che anche questa tendenza positiva possa contribuire a ridistribuire il capitale di salute nella popolazione in senso più ugualitario, anche se non è sicuro quanto il titolo di istruzione continuerà in futuro a essere un indicatore sensibile delle differenze culturali e sociali presenti nella popolazione.

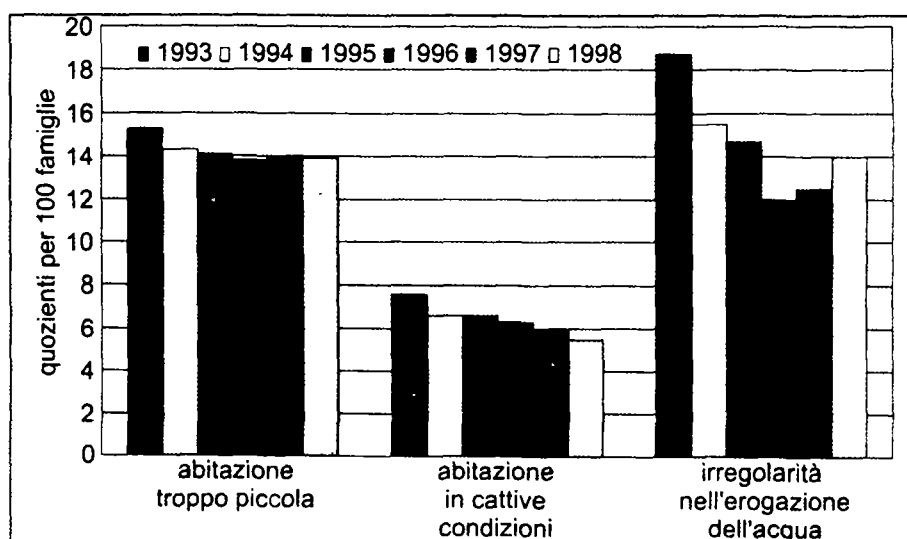
Abitazione. Agli albori dell'epidemiologia sociale già si utilizzavano le caratteristiche delle abitazioni come indicatori in grado di rilevare lo stato di salute di una popolazione. Le qualità igieniche dell'abitazione, insieme con il grado di sicurezza e disponibilità di questo bene, hanno una relazione particolarmente stretta con la mortalità e la morbosità di una popolazione. Il titolo di godimento dell'abitazione, per esempio, è un'efficace indicatore della sicurezza economica e sociale delle famiglie. Questa figura si è mantenuta su livelli pressoché stabili nel corso degli anni novanta: il 69 per cento circa delle abitazioni risulta di proprietà. Le difficoltà di una crisi economica - si pensi soprattutto ai suoi riflessi sul mercato del lavoro - ma anche le difficoltà che hanno origine all'interno della famiglia (la malattia invalidante di un congiunto, la rottura di un legame coniugale) possono essere affrontate più facilmente se si sa di poter contare sulla proprietà della casa in cui si vive. Gli indicatori relativi

alla qualità delle abitazioni dal punto di vista del comfort abitativo mostrano andamenti favorevoli nel tempo (figura 4). Anche questi indicatori fanno quindi immaginare nel futuro un miglioramento medio della salute della popolazione.

Relazioni familiari e sociali. Alla determinazione dello stato di salute di un individuo contribuisce anche la configurazione della famiglia di cui è parte, la quale spesso rappresenta una risorsa ma talvolta un detrimento. Il rapporto tra salute e famiglia può svilupparsi attraverso tre meccanismi. Il primo copre i rapporti causali diretti che legano, ora per un verso ora per l'altro, famiglia e salute. Un particolare tipo di situazione familiare può determinare uno specifico esito di salute, per esempio la perdita del coniuge potrebbe aumentare nel breve periodo il rischio di suicidio o di insorgenza di un infarto miocardico acuto. Una storia favorevole di relazioni con la persona di riferimento nella prima infanzia può determinare le condizioni necessarie a una buona capacità di adattamento allo stress in età adulta. In direzione opposta, uno stato di salute sfavorevole può determinare il successo o l'insuccesso della carriera familiare, per esempio un handicap fisico o mentale può rendere meno facile la ricerca di un partner. Il secondo meccanismo è quello attraverso cui la famiglia rappresenta un insieme di risorse che aiutano le istituzioni che svolgono attività di prevenzione a promuovere la salute presso gli individui. In questo senso la disponibilità o no di un solido capitale culturale nella famiglia può condizionare la capacità di una persona giovane di accogliere messaggi educativi sugli stili di vita capaci di proteggere la salute in età adulta. Il terzo meccanismo è quello che vede la famiglia protagonista nell'assistenza e nel recupero della salute dei suoi membri, per esempio di un anziano o di un disabile. La ricchezza e la solidità dei legami familiari è andata costantemente diminuendo negli ultimi 15 anni in Italia. Tra le configurazioni familiari maggiormente bisognose di aiuto sta diminuendo la proporzione di famiglie aiutate (figura 5 e tabella 6). Questa crisi delle reti sociali e familiari potrebbe avere influenze negative sullo stato di salute medio della popolazione in un contesto di deregolamentazione delle tradizionali forme di protezione sociale.

Povertà e rischi di marginalizzazione. La condizione sociale sfavorevole ha un impatto sullo stato di salute attraverso due modalità: una che dà luogo a svantaggi di moderata intensità, che crescono sistematicamente man mano che si scende lungo la scala sociale (ed è quello che è stato detto prima attraverso le precedenti variabili), e uno più intenso, che si

Figura 4. Indicatori relativi alla qualità delle abitazioni dal punto di vista del comfort abitativo.



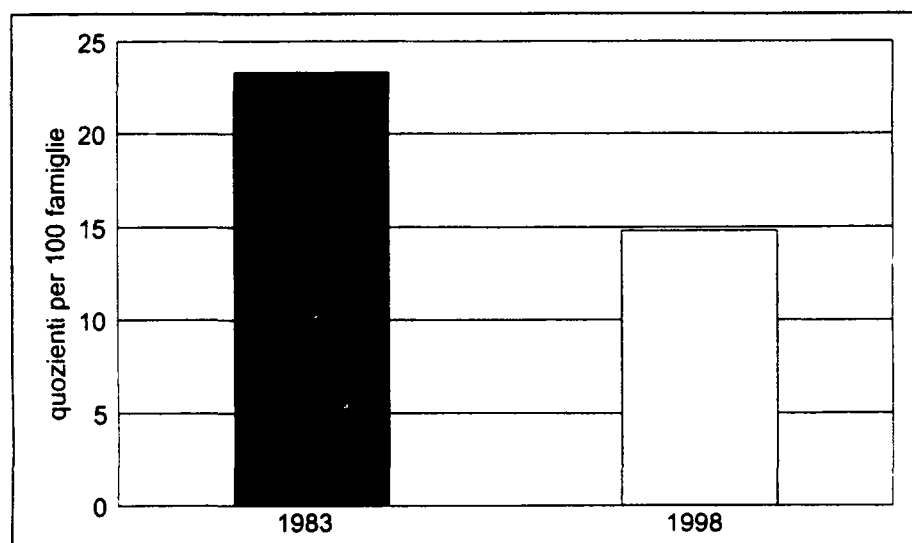


Figura 5.
Famiglie che hanno ricevuto almeno un aiuto gratuito da persone non conviventi nelle quattro settimane precedenti l'intervista (fonte ISTAT)

manifesta nei gruppi più vulnerabili. Per queste persone si potrebbe parlare più propriamente di disuguaglianze di tipo assoluto, che sono quelle in cui la ristrettezza oggettiva di risorse minaccia in modo diretto la salute, mentre nel primo caso si potrebbe parlare di disuguaglianze di tipo «relativo» e comparativo, cioè di quelle disuguaglianze in cui è la distanza da uno standard di vita ritenuto socialmente desiderabile che determina uno svantaggio per la salute.

Quali sono i gruppi sociali più a rischio di povertà per la salute?

La tabella 7 descrive le principali caratteristiche demografiche dei gruppi di popolazione più vulnerabili che verranno presi in considerazione. È da rilevare che in alcuni casi può accumularsi in un soggetto più di uno svantaggio; la tabella citata tuttavia, proprio per i suoi intenti descrittivi, non tiene conto di questa sovrapposizione tra i gruppi.

Bambini in povertà. Da un punto di vista demografico il gruppo dei bambini è tra i più numerosi. Considerando il concetto di povertà relativa rappresentato dall'International Standard of Poverty Line (consumi pro capite inferiori alla metà dei consumi medi dei residenti nel Paese), in Italia le famiglie in povertà nel 1999 erano l'11,9 per cento. Quasi 1,6

Tabella 6. Famiglie che hanno ricevuto almeno un aiuto gratuito da persone non conviventi nelle quattro settimane precedenti l'intervista per tipologia familiare anni 1983, 1998 (per 100 famiglie con le stesse caratteristiche)

tipologie familiari	1993	1998
famiglie con almeno una persona di 80 anni e più	35,5	26,5
famiglie con almeno una persona di 75 anni e più	33,6	20,9
famiglie con almeno una persona di 65 anni e più	28,9	15,9
famiglie con capofamiglia casalinga	30,3	21,1
famiglie con capofamiglia disoccupato	28,3	28,0
famiglie con capofamiglia ritirato dal lavoro	27,5	11,5
genitori soli con almeno un bambino con meno di 14 anni	38,9	30,8
coppie con almeno un bambino con meno di 14 anni e madre che lavora	30,9	31,2
coppie con almeno un bambino con meno di 14 anni e madre casalinga	20,2	15,4

Tabella 7. Gruppi sociali più svantaggiati presenti in Italia e loro indicatori

gruppo	anno	dimensione	andamento	fattori di rischio
bambini e ragazzi povertà (0-18 anni)	1999	1.553.000 (14,3% di bambini e ragazzi tra 0 e 18 anni)	meno 15% tra 1997 e 1999	Sud e isole; famiglie numerose; in famiglie monogenitoriali; genitori disoccupati, di bassa istruzione, occupati in agricoltura
anziani in povertà (più di 65 anni)	1999	1.778.500 (17,4% degli anziani con più di 65 anni)	più 18% tra 1997 e 1999	età superiore a 75 anni; donna anziana capofamiglia; soli o in coppia al Nord; in famiglia allargata al Sud
madri sole con figli dipendenti (di cui 34.000 in povertà)	1993	351.000 (5,2% delle famiglie con bambini)	in aumento	Sud e isole; alta occupazione ma basso reddito; conflitto tra lavoro e cura della famiglia
disoccupati di lunga durata (più di un anno)	1999	1.948.000 (8,3% della forza lavoro)	più 35% tra 1993 e 1999	Sud e isole; donne; giovani
disoccupati giovani (15-24 anni)	1999	32,9% della forza lavoro tra 15 e 24 anni	più 8% tra 1993 e 1999	Sud e isole; donne; bassa istruzione
stranieri immigrati da Paesi a forte pressione migratoria	1999	1.003.000, di cui 235.000 irregolari (2% della popolazione residente)	più 83% tra 1992 e 1999	Nord Africa ed Est europeo
tossicodipendenti	1999	230.000 (stima), di cui 135.000 utenti del SerT	più 100% tra 1990 e 1999 (utenti del SerT)	Nord-centro; aree metropolitane; famiglie povere, meno istruite, con storia di immigrazione
alcolisti	1999	500.000 (stima), di cui 27.000 utenti dei servizi pubblici e almeno altrettanti in cura a organizzazioni di volontariato	non stimabile (probabilmente in diminuzione)	arco alpino
senza fissa dimora		non stimabile	non stimabile	aree metropolitane; malati mentali; disoccupati; tossicodipendenti; alcolisti; stranieri immigrati

milioni di bambini e ragazzi vive in famiglie sotto la soglia di povertà (il 16,2 per cento degli individui poveri), con minori opportunità di educazione e con maggiori probabilità di essere esposti ai fattori di rischio per la salute legati alla povertà: poca sicurezza, contiguità con storie di violenza, minori attenzioni alla prevenzione e alla qualità delle cure. Non ci sono politiche sanitarie specificamente dedicate agli svantaggi di salute per i bambini più poveri e anche le politiche sociali locali rivolte al sostegno economico e sociale delle famiglie in povertà hanno una distribuzione geografica molto disuguale. Considerando l'importanza che ha l'esperienza nei primi anni di vita per la salute dell'adulto e considerando l'aumento nel tempo di queste popolazioni, è fondamentale e prioritario cercare di contrastare precocemente tutti i fattori di rischio che la povertà produce in questa età, con attività di educazione alla salute, di diagnosi precoce, di accompagnamento all'uso corretto dei servizi sanitari e della prevenzione e con un sostegno alle famiglie, insieme con le altre risorse di assistenza messe a disposizione da parte della società.

Anziani in povertà. Più di 1,7 milioni di anziani nel 1999 era sotto la soglia di povertà (pari al 16,1 per cento degli individui poveri, che rappresenta una quota abbastanza stabile nel